



HAL
open science

Les groupements hospitaliers de territoire, prémices de l'hôpital territorial

Michaël Battesti

► **To cite this version:**

Michaël Battesti. Les groupements hospitaliers de territoire, prémices de l'hôpital territorial. Droit. Université Jean Monnet - Saint-Etienne, 2023. Français. NNT : 2023STET0031 . tel-04520700

HAL Id: tel-04520700

<https://theses.hal.science/tel-04520700>

Submitted on 25 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre NNT : xxx

**THESE DE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITE JEAN MONNET SAINT-ETIENNE**

Membre de l'Université de LYON

Ecole Doctorale de Droit n°ED 492

Discipline de doctorat : Droit public

Soutenue publiquement le 12/10/2023 par :

Michaël BATTESTI

**LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE,
PREMICES DE L'HÔPITAL TERRITORIAL**

Devant le jury composé de :

M. Didier TRUCHET, Professeur émérite des universités, Université Panthéon-Assas

Mme Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur des universités, Université de Rennes

M. Hugo-Bernard POUILLAUDE, Maître de conférences HDR, Université Paris-Est Créteil

Mme Béatrice ESPESSON-VERGEAT, Professeur des universités, Université Jean Monnet Saint-Etienne

M. Joël MORET-BAILLY, Professeur des universités, Université Jean Monnet Saint-Etienne

M. Raymond LE MOIGN, Directeur de Cabinet du Ministre, Ministère de la Santé et de la Prévention

M. Baptiste BONNET, Professeur des universités, Doyen de la Faculté de droit, Université Jean Monnet Saint-Etienne, *directeur de thèse*

L'Université Jean Monnet Saint-Etienne n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

Le travail de recherche devant conduire à la rédaction d'une thèse est par définition un exercice extrêmement prenant. Cela est d'autant plus vrai lorsque celui-ci est réalisé en parallèle d'une activité professionnelle elle-même particulièrement sollicitante. Pour réaliser une telle démarche, il est nécessaire d'être accompagné de façon bienveillante.

Je tiens en ce sens à remercier M. le Pr Baptiste BONNET qui a accepté d'être mon directeur de thèse malgré ses nombreuses obligations. Il a su soutenir ce travail tout en étant particulièrement compréhensif vis-à-vis du profil inhabituel de son doctorant, et en le forçant à avoir le recul nécessaire vis-à-vis de son sujet de recherche.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : Les groupements hospitaliers de territoire, un changement de conception des coopérations hospitalières

Titre I : Les groupements hospitaliers de territoire, un nouvel instrument juridique de la politique de coopération hospitalière

Chapitre I : Une réforme issue d'un mouvement de fond de l'action publique en santé

Chapitre II : Les groupements hospitaliers de territoire, un outil de stratégie commune adapté à chaque territoire

Titre II : Les groupements hospitaliers de territoire, un changement de paradigme en trompe-l'œil

Chapitre I : Une mise en œuvre structurellement complexe des groupements hospitaliers de territoire

Chapitre II : Le maintien d'une ambiguïté sur la nature des GHT

SECONDE PARTIE : Les groupements hospitaliers de territoire, prémices d'un hôpital territorial

Titre I : Les groupements hospitaliers de territoire, une stratégie de groupe public conduisant à un effet cliquet dans la coopération

Chapitre I : Un fonctionnement désormais commun entre établissements au sein des groupements

Chapitre II : Le groupement hospitalier de territoire, un acteur privilégié du territoire en matière de santé

Titre II : Les groupements hospitaliers de territoire, une étape vers la création d'un établissement public de santé territorial

Chapitre I : Un hôpital territorial, pilote de son territoire de santé

Chapitre II : Une évolution devant s'accompagner de réformes complémentaires du système hospitalier

INTRODUCTION GENERALE

1. Au cours du XX^{ème} siècle, l'hôpital public a connu une transformation manifeste tant dans ses missions que dans sa structuration juridique. Cette adaptabilité lui a permis d'évoluer avec les enjeux de son temps¹. Ceux-ci sont aujourd'hui considérables aussi bien du point de vue de la satisfaction des patients que de l'égalité d'accès aux soins² ou de son coût financier. Longtemps loué pour sa qualité, ayant même été élevé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2000³ comme un modèle à suivre, le système de santé français fait aujourd'hui régulièrement l'objet de critiques. Il est devenu courant de souligner l'inégalité territoriale d'accès aux soins, la lenteur des prises en charge, le manque de moyens ou encore ses dysfonctionnements internes. Pilier de son organisation, l'hôpital public est à bien des égards visé par ces critiques avec un sentiment de recul du service public hospitalier⁴. Afin de répondre à ces critiques et aux attentes des citoyens, les gouvernements successifs ont souhaité par l'adoption de nombreuses lois relatives à la santé réformer le système hospitalier⁵.

¹ Voir : **DUPONT Marc**, « La mutabilité et les restructurations hospitalières », RDSS, n°01 2013, pages 31-37. **TRUCHET Didier**, « La genèse de la construction des droits sanitaire et médico-social », RDSS, n°03 2014, pages 495-505.

² Au sujet de l'accès aux soins, voir notamment : **ARCHIMBAUD Aline**, « L'accès aux soins des plus démunis – 40 propositions pour un choc de solidarité », septembre 2013, 156 pages. **APOLLIS Benoît**, « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », RDSS, n°04 2016, pages 673-682. **ROUSSET Guillaume**, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan Ma santé 2022 : entre innovation et timidité », RDSS, n°01 2019, pages 5-14. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Santé et restes à charge », RDSS, n°HS 2017, p. 5. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « La continuité et l'accès aux services de santé », RDSS, n°01 2013, pages 21-30.

³ Se référer à : **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant », juin 2000, 248 pages.

⁴ Consulter : **APOLLIS Benoît**, « Quel hôpital public au début du XXI^e siècle ? », RDSS, n°HS 2015, pages 7-18. **CASH Roland**, « Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ? », Les Tribunes de la santé, n°71 2022, pages 47-59.

⁵ Nous pouvons notamment citer sur la seule seconde partie du XX^{ème} siècle et de façon non exhaustive : **Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958** portant réforme hospitalière, **Ordonnance n°58-1199 du 13 décembre 1958** relative à la coordination des équipements sanitaires et **Ordonnance n°58-1370 du 30 décembre 1958** portant réforme hospitalo-universitaire. **Circulaire du 15 mars 1960** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, puis **la loi n°85-772 du 25 juillet 1985** portant diverses dispositions d'ordre social. **Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière (loi dite Boulin). **Loi n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière. **Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

2. Après une période de déstabilisation du service public hospitalier par la loi du 21 juillet 2009⁶, celui-ci a été rétabli dans son fondement en 2016⁷. A cette occasion, l'architecture de l'hospitalisation publique s'est vue modifiée par la création des groupements hospitaliers de territoire, devenant le nouveau modèle d'organisation territoriale des hôpitaux publics et in fine une quasi-obligation légale. Leurs objectifs et leur forme juridique hybride ont conduit à de nombreuses interrogations quant à leur nature, leur fonctionnement et leurs conséquences à plus long terme⁸ sur la structuration du système de santé.

3. Loin d'être une simple pierre supplémentaire à l'édifice, les groupements hospitaliers de territoire constituent la « clef de voûte » d'une organisation hospitalière désormais profondément territorialisée. Les politiques de santé, notamment de planification, en ont été l'esquisse ; les outils juridiques de coopération en sont les fondations foisonnantes, lentement construites mais ayant créé une base solide ; les groupements hospitaliers de territoire en sont l'élément non suffisant, mais permettant de mettre en cohérence l'édifice, en maintenant ses différentes composantes, et en lui conférant une complétude. Cette « clef de voûte », construction majeure du législateur, en dynamique constante, est pour autant dans un état intermédiaire. Il convient par conséquent désormais de finir l'ouvrage pour aboutir à un hôpital territorial parachevant le dessein originel.

4. Ce caractère nodal des groupements dans l'édifice hospitalier provient tant de leur ambition que de leurs potentialités. Contrairement aux pierres d'édifices des réformes récurrentes, les groupements hospitaliers de territoire portent en eux une ambition globale, voire globalisante. Il ne s'agit plus de coopérer, souvent de façon ciblée et donc partielle, mais bien

⁶ Voir notamment : **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Voir aussi **COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier** (sous la direction de), « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, décembre 2009, 395 pages. **BUGNON Caroline**, « La réforme de l'hôpital public », Revue du droit public, n°1 janvier 2010, pages 29-62. **BORGETTO Michel, BERGOIGNAN-ESPER Claudine**, « La loi Hôpital, patients, santé et territoires », RDSS, n°5 2009, pages 789-790.

⁷ Voir par exemple : **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. Voir aussi **CENTRE NATIONAL D'EXPERTISE HOSPITALIERE**, « Spécial Loi de modernisation de notre système de santé – L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches », L'écho JuriSanté, n°86, janvier 2016, 72 pages. **CABANIS Jean-Noël**, « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique », RDSS, n°04 2016, pages 597-611. **LAUDE Anne, TABUTEAU Didier** (sous la direction de), « La loi santé, regards sur la modernisation de notre système de santé », Presses de l'EHESP, 2016, 479 pages. **BORGETTO Michel**, « La loi santé », RDSS, n°04 2016, pages 595-596. **CLEMENT Jean-Marie**, « La loi santé 2016 », Les cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 26-28. **VARNIER Frédéric, TREPRAU Maurice**, « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé », RDSS, n°4 2016, pages 620-632.

⁸ **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages. **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448.

de proposer une stratégie commune visant une réponse générale aux besoins de soins hospitaliers de la population desservie. Les groupements hospitaliers de territoire sont de la sorte à la croisée de toutes les organisations des soins. Cependant, l'état encore intermédiaire des groupements ne permet pas d'assurer pleinement la stabilité de l'ouvrage et conduit à réinterroger de nombreux fondements juridiques précédemment considérés comme intangibles, telles que la notion d'établissement de santé autonome⁹, tout en incitant à penser différemment le territoire, non plus comme un simple ornement mais comme le mortier devant modeler la future forme de l'hôpital, et la solidifier. De la sorte, les groupements hospitaliers de territoire restent un matériau encore malléable, pouvant parfaire plus ou moins l'équilibre de l'édifice hospitalier en fonction de leur évolution potentielle.

Section 1 : Objet et champ d'étude de la recherche

5. Compte tenu de la diversité des thèmes pouvant être abordés au regard de la crise du système hospitalier et de la place des groupements hospitaliers de territoire dans ce contexte, il convient de définir l'objet d'étude (§ 1), puis d'identifier le champ d'étude (§ 2).

§1 : L'objet d'étude : le groupement hospitalier de territoire et ses évolutions potentielles

6. Nous présenterons tout d'abord le choix et la définition retenue de la notion (A), avant d'identifier les questions posées par cet objet d'étude (B).

A- Le choix et la définition retenue de la notion

7. Le choix d'un travail de recherche portant sur les groupements hospitaliers de territoire renvoie d'une part à la crise actuelle du système hospitalier conduisant à rechercher des solutions, tels que les groupements hospitaliers de territoire ; et d'autre part à la réflexion portant en tant que telle sur ce nouvel instrument de transformation de l'action publique¹⁰.

⁹ Se référer à : **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages.

¹⁰ **DELANDE Guy**, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », Revue Droit et Santé, n°76 2017, pages 255-257.

8. Le groupement hospitalier de territoire doit ainsi participer à la résolution de la crise protéiforme traversant le système hospitalier ces dernières années et se caractérisant par une triple remise en cause : économique, sociétale et politique. D'un point de vue économique, la part des dépenses de santé au regard du produit intérieur brut s'accroît d'années en années¹¹. Cette augmentation découle d'une consommation des biens de santé en croissance à corrélérer à la transition démographique¹² et épidémiologique¹³ combinant une espérance de vie en amélioration, un vieillissement de la population et une chronicisation des pathologies. La prise en charge médicale s'effectuant par ailleurs à l'aide de dispositifs médicaux et de médicaments de plus en plus onéreux, l'évolution mécanique des dépenses de santé est financée partiellement par l'Assurance-Maladie, dont le taux d'accroissement de l'objectif national d'assurance-maladie¹⁴ augmente de façon plus modérée. La conséquence en est une hausse du reste à charge pour le patient ou le recours croissant aux assurances complémentaires¹⁵. Ce coût financier a pu favoriser le deuxième motif de remise en cause, d'un point de vue sociétal dans un contexte d'évolution de l'attitude des patients pouvant désormais être qualifiée de « consumériste ». La médecine moderne était jusqu'alors fondée sur le colloque singulier entre le médecin et son patient, l'utilisation du possessif n'étant pas anodine tant cette relation était asymétrique avec un patient relevant de l'objet de soin. Depuis la loi dite Kouchner du 4 mars 2002¹⁶, les patients

¹¹ Voir **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES**, « Les dépenses de santé en 2021 – Résultats des comptes de la santé », édition 2022, 273 pages. Ce panorama nous indique par exemple que « *En France, les effets de la crise sanitaire pèsent encore en 2021 sur le niveau de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Cet agrégat, qui recouvre la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) mais également les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance du système de santé, augmente à nouveau en 2021 du fait de la crise sanitaire : +9,8 % en 2021 après +3,7 % en 2020 (...). La CSBM comprend les soins hospitaliers (y compris cliniques), les soins de ville (médecins, infirmiers, laboratoires, etc.), les médicaments, les autres biens médicaux et les transports sanitaires. Elle s'élève à 226,7 milliards d'euros en 2021, soit 9,1 % du PIB. Cette dépense représente en moyenne de 3 350 euros par habitant.* ».

¹² Voir par exemple : **DELAUNAY Michèle**, « Loi d'adaptation de la société au vieillissement : un pas pour la transition démographique », Les Tribunes de la santé, n°01 2017, pages 79-84.

¹³ Selon la définition de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), la transition épidémiologique se définit comme la « période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents. »

¹⁴ Enveloppe budgétaire créée par l'**ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996** relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et fixée annuellement par la loi de financement de la Sécurité sociale.

¹⁵ **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Reste à charge et santé », mars 2018, 45 pages. Et se référer également pour exemple à : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Sur la conformité à la Constitution du droit à dépassement d'honoraires réservé à l'activité libérale à l'hôpital », RDSS, n°06 2019, pages 1043-1053.

¹⁶ Voir notamment : **BRUN Nicolas, LASCOUMES Pierre**, « Une action collective atypique : la loi du 4 mars 2002 », JDSAM, n°34 2022, pages 16-22. **DUPONT Marc**, « La loi du 4 mars 2002 a-t-elle changé la gestion de nos hôpitaux ? », RDSS, n°03 2012, pages 486-500. **TABUTEAU Didier**, « La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades 20 ans après – La genèse d'un texte fondateur », JDSAM, n°34 2022, pages 11-15. **TRUCHET Didier**, « La loi du 4 mars 2002 vingt ans après : en guise de conclusion... provisoire », RDSS, n°02 2022, pages 271-276. **ESPER**

sont détenteurs de droits réaffirmés dont le consentement libre et éclairé. Dans le cadre de certaines pathologies, notamment chroniques, les patients se sont également organisés au sein d'associations pouvant être agréées par le ministère en charge de la santé et ainsi les représenter dans des instances hospitalières¹⁷. Cette évolution, sur le principe très positive, a permis de rééquilibrer la relation entre le praticien et le patient, le premier est bien toujours le sachant mais le second est libre de sa décision, il n'est plus objet de soin mais co-acteur de sa prise en charge. Enfin, le système de santé est remis en cause d'un point de vue politique, la confiance conférée aux progrès de la médecine ayant été considérablement ébranlée. Les scandales sanitaires, de l'affaire du sang contaminé¹⁸ à celle du Médiateur¹⁹, ont délégitimé la parole des experts et les capacités thérapeutiques de la médecine posent désormais des questionnements d'ordre éthique, le risque de l'eugénisme et les potentialités de l'humain augmenté ne relevant plus de craintes lointaines mais de possibilités immédiates interrogeant notre rapport à l'humanité.

9. Le groupement hospitalier de territoire vise également à être un outil de transformation d'un système hospitalier marqué par son éclatement et son cloisonnement. Le système hospitalier français est en effet fondé sur des établissements aux compétences considérables mais circonscrites à la phase aigüe de la prise en charge²⁰, ce qui a entraîné un cloisonnement

Claudine, « La loi du 4 mars 2002 : le renouveau encore imparfait de la coopération entre acteurs de santé », Petites affiches, 19 juin 2002, n°122, pages 58-67. **MONDIELLI Eric**, « La longue marche législative vers les réseaux de santé : l'apport de la loi du 4 mars 2002 », Petites affiches, 19 juin 2002, n°122, pages 48-55.

¹⁷ Voir de façon générale à ce sujet : **BRECHAT Pierre-Henri**, « La participation des usagers : une réussite française reconnue au niveau international », JDSAM, n°15 2017, pages 3-7.

¹⁸ Concernant les conséquences de l'affaire du sang contaminé, voir notamment : **OULDAMER Karim**, **GALLERAND Anne-Marie**, « La sécurité sanitaire en France : de l'affaire du sang contaminé à la réforme des vigilances », Santé publique, n°04 2019, pages 517-526. Ces crises sanitaires ont par ailleurs conduit à l'émergence de nombreuses agences sanitaires devant gérer de tels risques, voir à ce sujet : **TRUCHET Didier**, « Agences sanitaires : peu importe le statut ! », AJDA, n°06 2020, pages 321-323.

¹⁹ Pour illustration, se rapporter à : **MORELLE Aquilino**, **PADIS Marc-Olivier**, « Mediator : l'histoire d'une seconde défaite de la santé publique - À propos du rapport de l'Igas », Esprit, n°05 2011, pages 71-79. Plus largement sur la « crise des experts » en matière de santé, consulter : **TRUCHET Didier**, « L'ambiguïté de l'expert », RDSS, n°HS 2021, p. 83. **TRUCHET Didier**, « Déontologie des experts en santé, perspectives critiques », RDSS, n°HS 2018, p. 77. **TRUCHET Didier**, « Le besoin de déontologie », AJDA, n°38 2010, pages 2129-2131. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Défiance et santé », RDSS, n°HS 2021, p. 5. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, **LEGER Arnaud**, **MANAOUIL Cécile**, **MONTPELLIER Dominique**, **PIERRE Philippe**, « Responsabilité médicale et expertise : de la loi du Talion à la loi Kouchner », Médecine & Droit, N° 178 2023, pages 7-12. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Déontologie et santé », RDSS, n°HS 2018, p. 5. **MORET-BAILLY Joël**, **THOUVENIN Dominique** (sous la direction de), « Les conflits d'intérêts à l'hôpital public : le débat », Presses de l'EHESP, 2015, 201 pages. **MORET-BAILLY Joël**, « Les conflits d'intérêts des experts consultés par l'administration dans le domaine sanitaire », RDSS, 2004, pages 855-871. **MORET-BAILLY Joël**, « La gestion des conflits d'intérêts, composante des politiques contemporaines de santé publique », Les cahiers de droit de la santé, n° 17 2013, pages 247-256. **MORET-BAILLY Joël**, **RODWIN Marc**, « La qualification de conflits d'intérêts des médecins en France et aux Etats-Unis », RDSS, n°03 2012, pages 501-512.

²⁰ Pour une vision détaillée des missions des établissements de santé, voir par exemple : **TRUCHET Didier**, **APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages.

avec la médecine de ville²¹ et le secteur médico-social engendrant un phénomène qualifié d'hospitalo-centrisme²². Le système hospitalier est par ailleurs morcelé en différentes typologies d'établissements de santé en trois secteurs aux régimes juridiques distincts. Le plus largement développé est le secteur public²³ reposant sur des centres hospitaliers (CH), exerçant des activités notamment de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) ; des anciens hôpitaux locaux centrés sur des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et des activités médico-sociales²⁴ ; ou encore des centres hospitaliers spécialisés (CHS) développant uniquement une prise en charge de la santé mentale. Certains centres hospitaliers assument de plus des activités de référence et de recours pour les autres structures et sont qualifiés de centres hospitaliers régionaux (CHR). La plupart d'entre eux ont par ailleurs signé une convention avec une unité de formation et de recherche (UFR) de médecine à des fins de formation des praticiens et de développement de la recherche clinique, les constituant en centres hospitaliers universitaires (CHU)²⁵. En parallèle de ce secteur public, le champ de la santé a vu progressivement apparaître des structures relevant du droit privé²⁶ pouvant être à but lucratif ou

²¹ Le secteur du premier recours est quant à lui traversé par un mouvement de regroupement des professionnels de santé afin de limiter leur isolement individuel, voir pour illustration : **BRISSY Stéphane**, « Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé », RDSS, n°04 2013, pages 583-590. **CORMIER Maxence**, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ? », RDSS, n°01 2019, pages 64-73. Et concernant les liens ville / hôpital, voir par exemple : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Ambulatoire et hospitalisation », RDSS, n°HS 2016, p. 5.

²² Sur le cloisonnement du système de santé actuel, consulter : **BORGETTO Michel, FANTONI-QUINTON Sophie**, « Un système de santé unique : une utopie ? », RDSS, n°02 2014, pages 215-216.

²³ Voir **CAVALIER Monique, DOLLARD Jean-Marie, DUPONT Bernard, MAURY François**, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital », février 2013, 43 pages. **COUR DES COMPTES**, « L'organisation de l'hôpital », in Rapport Sécurité Sociale 2009, pages 113-142. **FELLINGER Francis, BOIRON Frédéric**, « Mission Hôpital Public », juin 2011-janvier 2012, 103 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « L'hôpital », rapport 2012, 297 pages. **BERGOIGNAN-ESPER Claudine**, « L'hôpital public au sein du plan Ma santé 2022 », RDSS, n°01 2019, pages 15-24. **EVIN Claude**, « La place de l'hôpital public dans le système de santé », RDSS, n°HS 2015, pages 19-22.

²⁴ Voir **COUR DES COMPTES**, « L'avenir des hôpitaux locaux », in Rapport Sécurité Sociale 2013, pages 307-332.

²⁵ Voir **MARESCAUX Jacques**, « Rapport de la Commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires », mai 2009, 325 pages. En 2023, il existe 31 CHU (dont 3 outre-mer) et 1 CHR (Metz-Thionville).

²⁶ Voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins », septembre 2012, 182 pages. **AUDOUIN Antoine**, « Hospitalisation privée et organisation de l'offre de soins », RDSS, n°06 2021, pages 990-997. **CLAVERANNE Jean-Pierre, CAPGRAS Jean-Baptiste**, « Les dynamiques de l'hospitalisation privée à but lucratif des années 80 à nos jours : le grand chambardement », RDSS, n°06 2021, pages 968-980. **CORMIER Maxence**, « Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique », RDSS, n°06 2021, pages 981-989. **FAURE Olivier**, « L'hospitalisation privée en France : une perspective historique (1800-1970) », RDSS, n°06 2021, pages 961-967. **PASCAL Christophe, CLAVERANNE Jean-Pierre**, « La clinique privée, matrice et lieu d'expérimentation des formes juridiques d'organisation médicale collective », RDSS, n°3 2014, pages 457-470. **VIUJAS Vincent**, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », RDSS, n°06 2021, pages 1006-1013. **PELLET Rémi**, « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », Les Tribunes de la santé, n°51 2016, pages 47-56. **CLEMENT Jean-Marie**, « Les relations entre établissements de santé publics et privés », AJDA, n°9 1995, pages 604-610. En 2022, le principal groupe de cliniques privées en France est le groupe ELSAN issu en novembre 2015 du rapprochement des groupes VEDICI et VITALIA, puis en juin 2017 du groupe Médipôle

à but non lucratif et ayant alors la qualification juridique d'établissements d'intérêt collectif (ESPIC), y compris pour certains établissements spécialisés en l'occurrence les centres de lutte contre le cancer (CLCC)²⁷.

10. Mais, le groupement hospitalier de territoire s'intègre dans un mouvement plus large tant d'un point de vue national qu'en comparaison de l'évolution des systèmes hospitaliers étrangers. Ainsi, le groupement hospitalier de territoire a été instauré en tant qu'instrument de transformation de l'action publique dans la continuité des évolutions portées par la doctrine du New Public Management²⁸, les solutions avancées s'orientant vers la massification des structures²⁹ et la recherche de la performance économique de la dépense publique. La crise traversée par l'Etat en général, et les services publics dont il assure la gestion en particulier, a conduit à la mise en place de vagues successives dites de modernisation telles la LOLF³⁰, la RGPP³¹, la MAP³² ou enfin Action Publique 2022³³. Nous n'aborderons pas le détail des mesures prises dans le cadre de ces réformes mais leurs objectifs étaient de façon générique de simplifier l'organisation des services publics, d'améliorer le coût de ces fonctions et de rendre davantage de services aux citoyens. Tel n'est pas le sujet de notre travail de recherche, et nous n'approfondirons pas cet aspect, mais la similitude entre ces réformes et les sujets traversant

Partenaires. En 2022, ELSAN comptabilise plus de 120 établissements de santé. Voir également : **ESPESSON Béatrice**, « Le contrôle des opérations de concentration dans le secteur des établissements de santé : un enjeu économique, un impact de santé publique », Revue Lamy de la Concurrence, n° 65 2017, pages 18-26.

²⁷ Voir **COUR DES COMPTES**, « Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins », in Rapport Sécurité Sociale 2015, pages 269-297. En 2022, le réseau UNICANCER regroupe les 18 CLCC constitués sur le territoire.

²⁸ Pour illustration de l'influence de cette mouvance sur la structuration des politiques publiques, voir : **SPINDLER Jacques**, « Les finances publiques françaises et le New Public Management », Gestion & Finances Publiques, n°05 2019, pages 83-89. En synthèse, nous pouvons en conclure que cette doctrine vise essentiellement à l'application de méthodes de gestion issues du secteur privé aux politiques publiques, en niant les spécificités éventuelles de l'administration publique, et en remettant fondamentalement en cause son bon fonctionnement.

²⁹ Par exemple, dans le domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche, voir ainsi : **MIGNOT-GERARD Stéphanie**, **NORMAND Romuald**, **RAVINET Pauline**, « Les (re)configurations de l'université française », RFAP, n°01 2019, pages 5-20 ou **GUISELIN Emmanuel-Pie**, « Les regroupements d'établissements dans l'enseignement supérieur et la recherche : enjeux politiques et cadrage juridique », RFAP, n°01 2019, pages 37-50.

³⁰ Voir par exemple : **KOTT Sébastien**, « La RGPP et la LOLF : consonances et dissonances », RFAP, n°04 2010, pages 881-893.

³¹ Pour plus de précision, voir : **BEZES Philippe**, « Morphologie de la RGPP : une mise en perspective historique et comparative », RFAP, n°04 2010, pages 775-802. **BEZES Philippe**, **LE LIDEC Patrick**, « L'hybridation du modèle territorial français – RGPP et réorganisations de l'Etat territorial », RFAP, n°04 2010, pages 919-942. **LAFARGE François**, **LE CLAINCHE Michel**, « La révision générale des politiques publiques », RFAP, n°04 2010, pages 751-754. **LAFARGE François**, « La révision générale des politiques publiques : objet, méthode et redevabilité », RFAP, n°04 2010, pages 755-774.

³² La démarche de « Modernisation de l'action publique » a pris la suite à partir de 2012 de la « Revue générale des politiques publiques » et a été animée par une structure spécifique avec la création d'un secrétariat général de la modernisation de l'action publique, rattaché directement au Premier ministre.

³³ Dernier exemple en date des politiques de modernisation de l'administration et de ses politiques publiques, le programme Action Publique 2022 a été annoncée dès le 13 octobre 2017 par le Premier Ministre.

actuellement l'hôpital public, notamment avec la solution portée par le groupement hospitalier de territoire, est à noter. En effet, la réforme de l'Etat a surtout été pensée à travers le regroupement des différentes administrations déconcentrées de l'Etat. La démarche est celle de la recherche de l'effet-taille, c'est-à-dire de la massification. Or, l'objectif ne semble qu'imparfaitement atteint pour l'Etat dans la mesure où un sujet de préoccupation s'avère être le manque de proximité des services publics ayant fait l'objet d'une telle démarche. Cet effet-taille est précisément ce qui caractérise les groupements hospitaliers de territoire, ce qui dans le même temps interroge quant aux résultats réels de cette mutualisation³⁴.

11. Cette démarche de massification s'est aussi appliquée à l'action publique locale et nous permet d'éclairer notre thème de recherche dans la mesure où certaines contraintes pesant sur les collectivités territoriales se recoupent avec celles des établissements publics de santé, comme le nombre conséquent de communes en France et le nombre tout aussi important d'établissements de santé autonomes³⁵. Comme pour l'Etat, une des mesures utilisée pour tenter de remédier à cette situation a été le recours à la massification des organisations par la création de structures de mutualisation de fonctions à travers les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Les groupements hospitaliers de territoire ont naturellement été constitués à l'aune de cette expérience même si leur modèle juridique reste spécifique. Cette évolution de l'organisation des collectivités territoriales a conduit à une complexité croissante et à un enchevêtrement des compétences entre les EPCI et les communes dont nous verrons que le constat s'applique également aux groupements hospitaliers de territoire.

12. Le groupement hospitalier de territoire répond enfin à un mouvement observable au sein des systèmes hospitaliers étrangers notamment à travers les expériences de la province du Québec et de l'Italie. Au Québec³⁶, ce mouvement de fond a débuté dès les années 2003-2005 avec la réforme dite Couillard ayant regroupé les différentes structures et établissements à

³⁴ **PAULIAT Hélène**, « Groupements hospitaliers de territoire : une mutualisation raisonnée ? », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°19, 17 mai 2016, notice 401.

³⁵ Sur la question du nombre de communes, voir : **KERROUCHE Eric**, « Bilan de l'intercommunalité à la française dans une perspective européenne : une réforme territoriale incomplète », RFAP, n°01 2012, pages 37-53.

³⁶ Sur l'évolution de l'organisation des soins au Québec, voir : **TURGEAN Jean, JACOB Robert, DENIS Jean-Louis**, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les tribunes de la santé, n°30-2011, pages 57-85. Et de façon plus générale, se référer à : **KERLEAU Monique**, « Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers ; tendances générales et variations nationales (Etats-Unis, Royaume-Uni, Québec) », Revue française des affaires sociales, n°2-2001, pages 59-78. **MORDELET Patrick**, « L'évolution du cadre juridique des hôpitaux publics en Europe et l'avenir de l'établissement public de santé français », RDSS, n°5 2008, pages 851-864. **BENZAKEN Sylvia, GODEAU Thierry, CASSE Daniel, GRUSON David, ARCOS Cédric, MALONE Antoine**, « Transformation d'un système de santé, l'expérience québécoise », Revue Hospitalière de France, n°574, janvier-février 2017, pages 16-18. **REGIS Catherine**, « Santé et Constitution : l'exemple canadien et québécois », RDSS, n°HS 2013, pages 105-114.

travers d'une part des agences de la santé et des services sociaux et d'autre part des centres de santé et de services sociaux. Ce mouvement sera renforcé en 2015 avec la réforme dite Barrette instituant une trentaine de centres intégrés de santé et de services sociaux en lieu et place de près de deux cents structures. L'organisation sanitaire italienne³⁷ est fondée sur un principe similaire avec un Etat fixant des orientations générales et allouant des moyens aux différentes régions qui gèrent au quotidien l'organisation de la santé. Les établissements publics de santé sont par ailleurs organisés entre eux selon une approche graduée en trois niveaux de complexité de leur plateau technique. La démarche italienne s'avère intégrative au sein d'un territoire tout en assumant une grande subsidiarité entre le niveau national et le niveau local.

13. A travers les évolutions retracées précédemment, nous pouvons retenir comme définition de l'objet de notre recherche que le groupement hospitalier de territoire est un instrument juridique, d'une forme hybride oscillant entre coopération et intégration, devant partiellement répondre à la crise du système hospitalier, par la définition d'une offre de soins graduée sur un territoire et la rationalisation des fonctions supports des établissements parties, en ayant recours à une massification des structures telle qu'observée, mais d'un genre novateur, tant dans les autres champs de l'action publique, que dans les systèmes hospitaliers étrangers.

B- Les questions posées par l'objet d'étude

14. La définition retenue de notre objet de recherche conduit nécessairement à soulever des questionnements de deux ordres. Le groupement hospitalier de territoire n'est-il au fond qu'une réforme de plus dans la litanie des lois relatives à l'organisation hospitalière ou un véritable changement de paradigme ? Et au-delà, quelle est la finalité des groupements hospitaliers de territoire, et celle-ci constitue-t-elle une rupture dans l'approche du droit hospitalier ?

15. La place du groupement hospitalier de territoire dans l'histoire juridique du système hospitalier se pose au regard de la réforme permanente de l'hôpital public, démontrant par ailleurs son extrême mutabilité. Hormis au XIII^e siècle au cours duquel la royauté semble s'intéresser aux établissements de santé en étant à l'initiative de la création de certains d'entre eux comme en 1260 de l'Hospice des Quinze-Vingts à Paris par le roi Louis IX, il faudra

³⁷ Sur l'organisation italienne, voir : **FARGION Valeria**, « Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement », Revue française des affaires sociales, n°2-3 2006, pages 285-311. **DIURNI Amalia**, « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne », Les Tribunes de la santé, n°51 2016, pages 23-36. **GAREL Pascal**, « L'Europe des hôpitaux : diversité et convergences », Les tribunes de la santé, n°3-2004, pages 29-36.

attendre la Révolution française pour que les hospices deviennent un objet politique dans le cadre de la confiscation des biens des congrégations religieuses et avec le décret du 23 messidor de l'an II qui nationalise les hôpitaux avant que la loi du 16 vendémiaire de l'an V en confie la gestion aux communes³⁸. Leur essor interviendra avec leur transformation d'un lieu d'hébergement et d'assistance, à un établissement de soins techniques grâce aux premiers traités de chirurgie rédigés au XVI^{ème} siècle et à son développement à partir de la fin du XVIII^{ème} siècle avec l'apparition de l'anesthésie³⁹. Au cours du XIX^{ème} siècle, les normes hospitalières ne connaissent pas de modifications substantielles, ce qui n'empêche pas la puissance publique de poursuivre une politique de structuration des établissements hospitaliers⁴⁰. S'écartant de cette relative stabilité normative, la V^{ème} République va voir au contraire se développer un foisonnement de textes régissant l'organisation hospitalière à commencer par la réforme hospitalo-universitaire des ordonnances de 1958. Nous ne reviendrons pas sur l'entière portée des législations successives, soit que leur portée soit considérable mais ne faisant pas évoluer les structures hospitalières comme la loi du 4 mars 2002⁴¹, soit que leur portée a été réduite en termes de changement de paradigme. Nous mettrons en exergue les réformes qui ont modifié en profondeur la gouvernance de l'hôpital public. Il en est ainsi de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé⁴², la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009⁴³ poursuivant l'évolution interne des hôpitaux et créant les

³⁸ Consulter pour une perspective historique : **TRUCHET Didier**, « La ville dans le droit de la santé », Les Tribunes de la santé n°03 2017, pages 43-47.

³⁹ Pour un panorama complet de l'histoire des hôpitaux, voir par exemple : **INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)**, « Les réformes hospitalières en France - Aspects historiques et réglementaires », juin 2021, 68 pages.

⁴⁰ Voir pour exemple : **SALAÛN Françoise**, « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e siècle », Revue française des affaires sociales, n°03 2003, pages 9-26.

⁴¹ A ce sujet, consulter notamment : **TRUCHET Didier**, « La loi du 4 mars 2002 vingt ans après : en guise de conclusion... provisoire », RDSS, n°02 2022, pages 271-276. **TRUCHET Didier**, « La faute et la loi du 4 mars 2002 en matière de responsabilité des établissements publics de santé », RDSS, n°01 2015, pages 14-21. **TRUCHET Didier**, « La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », RDSS, n°04 2002, p. 817. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », JDSAM, n°04 2022, pages 27-32. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Le juge administratif face à l'obligation d'information des patients », AJDA, n°44 2012, pages 2459-2463. **MORET-BAILLY Joël**, « Affirmation d'un droit subjectif et abandon de la régulation déontologique en matière d'information médicale : les conséquences de la loi du 4 mars 2002 », Gestions hospitalières, 2003, pages 641-645.

⁴² Pour une évaluation des effets de l'ordonnance du 2 mai 2005, se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », juillet 2010, 124 pages. **DUPONT Bernard**, **DEWITTE Jean-Pierre**, **MENAGER Claire**, « L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable », Le management de pôles à l'hôpital, 2012, pages 51-70.

⁴³ Voir par exemple concernant la loi HPST : **CLEMENT Jean-Marie**, « La loi HPST : l'Etat maître du jeu hospitalier », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 39-48. **MORET-BAILLY Joël**, « La loi HPST et l'accès aux soins », RDSS, n°5 2009, pages 820-831. **KELLER Catherine**, **LOUAZEL Michel**, **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre

agences régionales de santé, et la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 instaurant les groupements hospitaliers de territoire et se voulant être un contrepois à la loi de 2009 en ce sens qu'elle rétablit la notion de service public hospitalier en mettant fin à la définition matérielle⁴⁴ de celui-ci, insufflée par l'approche du droit communautaire⁴⁵, sans revenir à une définition organique mais plutôt à un bloc d'obligations⁴⁶.

hospitalière ? », RDSS, n°04 2013, pages 687-699. **PONTIER Jean-Marie**, « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité », AJDA, n°40 2009, pages 2205-2211. **SAISON-DEMARS Johanne**, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », AJDA, n°16 2010, pages 888-894. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales, n°39, 21 septembre 2009, notice 2224.

⁴⁴ Pour une étude complète, se référer à : **ROMANENS Jean-Louis**, « Permanences, mutations et renouveau du service public hospitalier », thèse de droit privé, sous la direction du Professeur François VIALLA, Université Montpellier I, juin 2014, 391 pages. Et pour d'autres débats en la matière : **CABANIS Jean-Noël**, « Faut-il réinscrire dans la loi la notion de service public hospitalier ? », RDSS, n°01 2013, pages 58-66. **TABUTEAU Didier**, « Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics », Droit social, n°12 2011, pages 1277-1282. **TABUTEAU Didier**, « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », RDSS, n°01 2013, pages 5-20. La loi HPST a scindé le service public hospitalier en 14 missions étant : permanence des soins ; prise en charge des soins palliatifs ; enseignement universitaire et postuniversitaire ; recherche ; développement professionnel continu des praticiens ; formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ; actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; aide médicale urgente ; lutte contre l'exclusion sociale ; actions de santé publique ; prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ; soins dispensés aux détenus ; soins dispensés aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative ; soins dispensés aux personnes retenues dans les centres médico-judiciaires de sûreté.

⁴⁵ Sur l'influence du droit communautaire, se référer par exemple à : **GUINARD Dorian**, « Aides d'Etat et financement des hôpitaux – Note sous TPIUE, 7 novembre 2012, CBI c/ Commission », RDSS, n°03 2013, pages 431-438. **GUINARD Dorian**, « Services sociaux et services de santé dans le droit de l'Union Européenne – Note sous CJUE, 11 juillet 2013, Fédération des maisons de repos privées de Belgique », RDSS, n°05 2013, pages 835-842. **HENNION Sylvie**, « Services d'intérêt général, santé et droit de l'Union européenne », RDSS, n°6 2010, pages 993-1003. **HENNION Sylvie**, « Service public de santé et droit européen », RDSS, n°01 2013, pages 45-57. **ILIOPOULOU-PENOT Anastasia**, « Service public hospitalier et droit de l'Union », RDSS, n°04 2017, pages 626-633. **PELLET Rémi**, « Les exigences constitutionnelles en matière d'assurance maladie à la lumière du droit de l'Union européenne », RDSS, n°HS 2013, pages 85-104. **BORGETTO Michel**, « Le sanitaire et le social à l'épreuve de l'Europe », RDSS, n°6 2010, pages 991-992. **BROSSET Estelle**, « Les coordonnées de l'influence du droit de l'Union européenne en matière de soins de santé », RDSS, N°6 2013, pages 1050-1063.

⁴⁶ Voir notamment : **STINGRE Didier**, « Le service public hospitalier », PUF, 6ème édition, 2016, 126 pages. **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », mars 2014, 209 pages. **APOLLIS Benoît**, « La nouvelle définition du service public hospitalier », Les Cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 29-31. **BORGETTO Michel**, « Service public et santé », RDSS, n°01 2013, pages 3-4. **BOUSSARD Sabine**, « Les vicissitudes du service public hospitalier », RFDA, n°03 2016, pages 565-576. **BOUSSARD Sabine**, « La fabuleuse histoire du service public hospitalier », RDSS, n°04 2017, pages 607-616. **CAUMES Grégory**, « Service public hospitalier : un retour aux sources ou une notion juridique inapplicable », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 83-91. **CLUZEL-METAYER Lucie**, **GRITTON Anne-Claude**, « Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier », RDSS, n°04 2017, pages 595-606. **CRISTOL Danièle**, « Les habits neufs du service public hospitalier », RDSS, n°04 2016, pages 643-657. **POUPEAU Diane**, « Vers une redéfinition du service public hospitalier », AJDA, n°35 2014, page 1972. **RENAUDIE Olivier**, « La dimension idéologique du service public hospitalier », RDSS, n°04 2017, pages 617-625. **VIUJAS Vincent**, « La résurrection du service public hospitalier », AJDA, n°23 2016, pages 1272-1278. **VIUJAS Vincent**, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », RDSS, n°04 2017, pages 644-656. **ROMANENS Jean-Louis**, « Service public hospitalier : genèse d'un concept », Revue Droit et Santé, n°53 2013, pages 276-289. **ROMANENS Jean-Louis**, « Le service public de l'hôpital : mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé », Revue Droit et Santé, n°HS 2013, pages 279-287. **SAISON Johanne**, « Service public

16. Au-delà de sa place dans l'histoire de la législation hospitalière, le groupement hospitalier de territoire interroge quant à sa finalité, sujet de débat entre les acteurs hospitaliers. D'une part, il peut être considéré que les groupements hospitaliers de territoire, ne faisant dans leur appellation aucune référence à leur caractère public, sont amenés à devenir des groupements intégrant l'ensemble des acteurs hospitaliers d'un territoire et à être ainsi l'interlocuteur commun vis-à-vis de la médecine de premier recours⁴⁷ et du secteur médico-social. Dans cette optique, il conviendrait de ne pas étendre de façon disproportionnée la mutualisation des fonctions supports et d'intégrer les établissements privés de santé. La démarche se voudrait donc coopérative au sens strict du terme, l'établissement support du groupement devant essentiellement animer les travaux du groupement⁴⁸. A l'inverse, il peut être estimé que malgré leur appellation, en effet sujette à interprétation, l'esprit de la réforme et de ses travaux préparatoires est bien de constituer par ce biais des groupes hospitaliers publics à l'instar des groupes de cliniques privées⁴⁹. Le groupement hospitalier de territoire n'aurait ainsi pas vocation à intégrer l'ensemble des acteurs hospitaliers, car devant établir au contraire une stratégie de groupe public, ni à être le régulateur des activités de santé au sein d'un territoire, mission dévolue aux délégation territoriales des agences régionales de santé. Par conséquent,

hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé », RDSS, n°04 2017, pages 634-643.

⁴⁷ A ce sujet, voir par exemple : **SEGOVIA-KUENY Sandrine**, « Soins de premier et de second recours », RDSS, n°HS 2009, pages 35-37. **POIROT-MAZERES Isabelle**, « Pratiques avancées et médecine de parcours », RDSS, n°03 2021, pages 425-434.

⁴⁸ Sur cette première interprétation de la finalité des GHT, voir par exemple : **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448. **DE LARD-HUCHET Brigitte**, **SEGUI-SAULNIER Stéphanie**, « Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions... Et presque autant de réponses ! », Gestions hospitalières, n°551, décembre 2015, pages 634-639. **DE MONTECLER Marie-Christine**, « Publication du décret sur les groupements hospitaliers de territoire », in AJDA, n°16 2016, page 876. **KELLER Catherine**, « La modernisation de la coopération hospitalière : le groupement hospitalier de territoire », Les Cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 39-41. **TOURMENTE David**, « Les groupements hospitaliers de territoire : missions et gouvernance de ces nouvelles structures de coopération », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°50, 19 décembre 2016, notice 2333.

⁴⁹ Sur cette seconde interprétation de la finalité des GHT, voir notamment : **DAGORN Claude**, **GIORGIO Dominique**, **MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 77-87. **DELANDE Guy**, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », Revue Droit et Santé, n°76 2017, pages 255-257. **DEWITTE Jean-Pierre**, « Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 89-99. **EVIN Claude et HOUDART Laurent**, « Groupements hospitaliers de territoire, état des lieux et feuille de route », Revue Hospitalière de France, n°571, juillet-août 2016, pages 32-37. **EVIN Claude**, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de France, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40. **HOUDART Laurent**, « Vers une coopération contrainte : les GHT », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 103-109. **PAULIAT Hélène**, « Groupements hospitaliers de territoire : une mutualisation raisonnée ? », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°19, 17 mai 2016, notice 401. **ROMANENS Jean-Louis**, « Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 72-83. **TANGUY Hervé**, **GEY Marine**, **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupements hospitaliers de territoire – Et maintenant, comment sortir de la (con)fusion ? », Gestions hospitaliers, n°562, janvier 2017, pages 14-17.

les évolutions ultérieures des groupements devraient se faire à l'aune de cette finalité de groupe hospitalier public en levant l'ambiguïté pesant quant à la nature des groupements et en assumant leur caractère nécessairement intégratif.

17. L'objet de cette recherche est par conséquent de savoir si le groupement hospitalier de territoire correspond à un changement de paradigme conduisant à penser différemment l'hôpital public. En effet, si le groupement hospitalier de territoire évolue au regard d'une nature intégrative, cela ne peut pas être sans conséquence sur le fonctionnement des établissements publics de santé. Leur autonomie juridique, leur façon de travailler tant en interne qu'avec les autres établissements, la carrière de leurs professionnels ne pourraient plus être régis par les règles juridiques existantes qui seraient alors antinomiques avec l'intégration au sein du groupement.

§2 : Le champ d'étude : le groupement hospitalier de territoire en tant qu'instrument de transformation du système hospitalier

18. La présente thèse vise à analyser le groupement hospitalier de territoire au prisme du droit et de la pratique (A), avant d'établir les limites de ce champ d'étude (B).

A- Le champ d'étude : le groupement hospitalier de territoire au prisme du droit et de la pratique

19. Dans le cadre de notre recherche concernant les groupements hospitaliers de territoire, notre approche se portera tant sur l'ordonnancement juridique des groupements, que sur leur pratique après plus de cinq ans de mise en place, mais sans aller jusqu'à une étude empirique de l'ensemble des conventions constitutives existantes. Notre réflexion se fondera sur trois aspects, la construction juridique des groupements, l'adéquation entre leur fonctionnement et les outils juridiques dont ils disposent, et enfin nos préconisations d'évolution des groupements.

20. Concernant la construction juridique des groupements hospitaliers de territoire, il sera observé que ces derniers ont été précédés d'une comitologie importante et qu'ils sont le fruit d'une évolution des politiques de santé vers davantage de territorialisation de l'action publique

et de recherche d'une coordination accrue des acteurs⁵⁰. Dès 2008, le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard LARCHER proposait la mise en place d'une coordination territoriale reposant sur la création d'une nouvelle catégorie d'établissement de santé sur le modèle de l'intercommunalité entre les collectivités territoriales⁵¹. La loi du 21 juillet 2009 va ainsi créer, sur un modèle plus souple et fondé sur le volontariat, les communautés hospitalières de territoire dont les groupements hospitaliers de territoire constituent le prolongement et l'amplification⁵². En vue de la future loi du 26 janvier 2016, les pouvoirs publics ont mis en place une mission relative à la constitution de groupements hospitaliers de territoire, mission confiée dès novembre 2014 à Mme Jacqueline HUBERT, alors Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, et à M. le Dr Frédéric MARTINEAU, alors Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier de la Côte Basque. Après de nombreuses auditions et visites, les deux rapporteurs de la mission ont pu rendre deux rapports en mai 2015 et février 2016⁵³ dressant les contours des futurs groupements hospitaliers de territoire et émettant des propositions d'amendements législatifs dont la plupart furent repris⁵⁴. Ce travail préparatoire a permis de dégager les orientations principales et notamment de consolider le caractère obligatoire des groupements, leur fonctionnement à travers un établissement support et un degré avancé d'intégration des établissements membres allant jusqu'à une solidarité financière devant contrebalancer les effets du mode de financement des établissements de santé⁵⁵. La mission préconisait par ailleurs de réduire au strict nécessaire les dispositions législatives et

⁵⁰ Se référer à : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979. Voir également : **BERTRAND Dominique, MICHOT Francis, RICHARD François**, « La construction juridique des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1981-1992.

⁵¹ Voir en ce sens : **LARCHER Gérard**, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions », avril 2008, 102 pages. Et concernant une mise en perspective, voir : **ATTANE Cécile, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire : et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? », Gestions hospitalières, n°541, décembre 2014, pages 584-589.

⁵² Voir par exemple : **KELLER Catherine**, « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°28, 13 juillet 2015, notice 2229.

⁵³ Pour les conclusions complètes de la mission, voir : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages.

⁵⁴ Consulter : **ATTANE Cécile, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire, petit vade-mecum du GHT voté par les députés », Gestions hospitalières, N°545, avril 2015, pages 252-255.

⁵⁵ Voir notamment : **IFERGAN Joseph**, « GHT et nouvelle gouvernance financière », Gestions hospitalières, n°561, décembre 2016, pages 614-620.

réglementaires détaillant le fonctionnement des groupements afin de laisser les acteurs les bâtirent au gré des réalités locales. A l'inverse, la mission souhaitait que les pouvoirs publics construisent une doctrine administrative nourrie afin d'accompagner les acteurs avec de nombreux guides ou documents types⁵⁶, ainsi qu'avec une politique de formation et de soutien financier aux établissements⁵⁷. Ce travail préparatoire a conduit le législateur à ne faire évoluer que marginalement le projet de loi lors de son passage tant devant l'Assemblée nationale que devant le Sénat⁵⁸. Après son adoption, l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 a été jugé conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel⁵⁹. Les parlementaires n'avaient d'ailleurs saisi le Conseil concernant cet article qu'au regard de la procédure de transfert des autorisations sanitaires dans le cadre du projet médical partagé, considérant que celle-ci constituait une rupture d'égalité par rapport aux autres établissements de santé. Notre premier champ de réflexion portera par conséquent sur l'analyse de cet ordonnancement juridique originel en pointant les aspects de rupture par rapport aux outils juridiques préexistants, les raisons ayant conduit à un tel ordonnancement et les éventuels écueils ou interrogations juridiques y ayant trait.

21. Notre deuxième champ de réflexion se fondera sur l'analyse entre l'ordonnancement juridique des groupements hospitaliers de territoire et leur fonctionnement pratique afin de déterminer si les outils juridiques prévus par le législateur sont suffisants ou non pour atteindre les objectifs assignés à ces groupements. Au terme de la concertation préparatoire puis de l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé par le Parlement, un consensus

⁵⁶ Pour un exemple de doctrine administrative, voir : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT Mode d'emploi - Vade-mecum », mai 2016, 76 pages ou **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT », mai 2016, 4 pages.

⁵⁷ Concernant l'accompagnement par la formation, voir : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT Mode d'emploi – Plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT à destination des établissements parties », octobre 2016, 26 pages.

⁵⁸ Concernant le travail parlementaire, voir principalement : **Etude d'impact** du projet de loi relatif à la santé, octobre 2014, 232 pages ; **VERAN Olivier, LACLAIS Bernadette, TOURAINE Jean-Louis, GEOFFROY Hélène, FERRAND Richard**, Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé, mars 2015, 905 pages et **MILON Alain, DEROCHÉ Catherine, DOINEAU Elisabeth**, Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé – Tome I, juillet 2015, 1027 pages. Par ailleurs, le processus consultatif avait également conduit à peu de modifications, voir ainsi : **CONSEIL NATIONAL D'EVALUATION DES NORMES**, délibération n°16-04-19-00841 « Décret relatif aux groupements hospitaliers de territoire », séance du 19 avril 2016, 2 pages. Cette création législative des groupements hospitaliers de territoire sera complétée par voie réglementaire notamment par le **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire puis le **décret n° 2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire

⁵⁹ **CONSEIL CONSTITUTIONNEL**, Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016, Loi de modernisation de notre système de santé.

semble apparaître concernant les groupements hospitaliers de territoire. Les enjeux pesant sur le système hospitalier sont conséquents et les outils de coopération existants ne semblent pas adaptés pour y répondre de façon globale ; aussi un nouveau dispositif doit être instauré de façon obligatoire pour tous les établissements publics de santé avec un double objectif. Il s'agit tout d'abord pour les groupements de mettre en place une organisation graduée de l'offre de soins afin de permettre un accès aux soins et une sécurité de ceux-ci. Ensuite, il convient de rationaliser les modes de gestion notamment par la mutualisation de certaines fonctions supports devant permettre d'accompagner le projet médical partagé⁶⁰. Plus de cinq ans après leur mise en place, des bilans de l'action des groupements hospitaliers de territoire ayant été établis par les corps de contrôle et d'inspection, nous nous interrogerons sur la pertinence des outils juridiques dont disposent les groupements au regard de leurs missions⁶¹, au lieu d'effectuer une étude empirique des résultats obtenus ou non par chaque groupement.

22. Notre troisième champ de réflexion se focalisera enfin sur les évolutions que nous proposons pour adapter le modèle juridique des groupements hospitaliers de territoire, notre recherche se voulant alors prospective. Des évolutions législatives et réglementaires⁶² sont

⁶⁰ Il nous semble important de préciser de façon exhaustive le libellé des missions des groupements hospitaliers de territoire tel qu'établi par l'**article 107 de la loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé : « Art. L. 6132-1.-I.-Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale. 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. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. »

⁶¹ Plusieurs champs seront ainsi approfondis, par exemple la gestion des ressources humaines, voir notamment à ce sujet : **BARBOT Jean-Marie**, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », Les Cahiers de la Fonction Publique n°364, mars 2016, pages 45-49. Une part importante de notre réflexion portera sur la fonction achat, sur ce thème se référer par exemple : **DONNY Alexandra**, « Piloter la performance de la fonction achat en GHT », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 53-54. **ESCURAT Charles-Edouard**, « Organiser la fonction achat », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 44-46. **LEBON Pierre**, « Découvrir un outil structurant, le plan d'actions achat territorial », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 51-52. **LEGENTIL Cécile**, « Maîtriser les outils juridiques de la fonction achat », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 47-50. **LEGOUGE Dominique**, « Construire une fonction achat mutualisée de territoire », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, page 43. La fonction de convergence du système d'information fera aussi l'objet d'une réflexion particulière, voir sur ce thème : **DELPLANQUE Sylvie**, « Système d'information et GHT, une chance pour les parcours de soins ? », Revue Hospitalière de France, n°574, janvier-février 2017, pages 20-24.

⁶² Une réforme des groupements hospitaliers de territoire, qualifiée d'acte II, est intervenue en 2019, voir : **Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Un complément réglementaire interviendra en 2021 avec le **décret n° 2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et le **décret n° 2021-676 du 27 mai 2021** relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

intervenues après leur création et ont permis de sécuriser juridiquement le fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire, sans toutefois trouver à le simplifier. Surtout, la pratique des groupements hospitaliers de territoire depuis leur mise en place en 2016 a engendré un « effet cliquet » dans la coopération entre leurs membres. En ce sens, l’alignement stratégique recherché semble en passe d’être atteint malgré les limites encore existantes de ce modèle, notamment dues à leur trop grande hétérogénéité. Nous verrons que les évolutions législatives concernant les groupements hospitaliers de territoire ont également permis de confirmer leur nature intégrative. Le groupement hospitalier de territoire constitue bien un changement majeur dans l’ordonnancement du système de santé. Il est ainsi proposé de prendre acte de ce changement pour dessiner les contours d’une potentielle évolution des groupements hospitaliers de territoire vers un établissement public de santé territorial⁶³ doté d’une personnalité morale unique. Un tel changement nécessiterait assurément de proposer un nouveau modèle juridique d’organisation conciliant une intégration des établissements membres et une subsidiarité forte de la prise de décision quotidienne.

B- Les limites du champ d’étude

23. Nécessairement, notre champ de réflexion ne se veut pas holistique dans son approche. Ce travail de recherche concernant une structure administrative se veut avant tout juridique, tout en empruntant à la science administrative, voire parfois aux théories des organisations.

⁶³ Notion proposée dans **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d’étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages. L’IGAS propose deux scénarii d’évolution des groupements hospitaliers de territoire (page 6) : « (...) la mission propose deux scénarios, un de court terme, un de moyen terme. Le premier scénario, de court terme, est ancré sur la proximité. Les établissements ou sites de proximité constituent désormais une priorité, un mode de labellisation et des moyens de fonctionnement et financement nouveaux étant en voie de définition. Intégrés aux GHT, ils doivent bénéficier des synergies internes qu’il peut procurer, et constituer pour eux un apport, compatible avec les objectifs de gradation des filières et d’ouverture sur l’offre libérale. Dans cette perspective et en référence au principe de subsidiarité, la mission propose les ajustements nécessaires à la gouvernance du GHT, avec un champ de compétences déléguées aux hôpitaux de proximité pour les relations avec le médicosocial et la médecine de ville. La mission note également que les GHT les plus avancés sont ceux qui sont d’ores et déjà les plus intégrés. C’est pourquoi un second scénario de moyen terme, reposant sur un GHT personne morale unique est envisagé. La fusion progressive des établissements parties apparaît cependant trop longue et complexe pour y parvenir. La possibilité de créer un « établissement public de santé territorial » se substituant en une fois aux établissements parties, mériterait une étude de faisabilité approfondie. ». A mettre en perspective par ailleurs avec : **MOQUET-ANGER Marie-Laure** (sous la direction de), « De l’hôpital à l’établissement public de santé », L’Harmattan, 1998, 477 pages. Et également avec l’analyse très complète, et proposant plusieurs modèles d’organisation, de : **KELLER Catherine**, « L’établissement de santé à l’épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages.

Mais de nombreux autres prismes auraient pu être utilisés pour observer les groupements hospitaliers de territoire. Un regard complémentaire, et non forcément concordant, aurait ainsi pu venir de la science politique ou de l'économie de la santé⁶⁴. Le regard que nous avons par conséquent porté reste nécessairement partiel. De même, notre approche s'est voulue, autant que faire se peut, fondée sur le droit existant et ses potentialités. Une approche empirique basée sur l'étude des conventions constitutives de l'ensemble des groupements hospitaliers de territoire aurait pu être entreprise. Nous avons considéré que les rapports des corps de contrôle et d'inspection avaient déjà rempli cette mission de façon suffisante et qu'il convenait de revenir le plus possible au droit même si sa mise en pratique est également un élément tangible d'analyse.

24. De même, notre démarche de recherche se concentre sur l'efficacité de l'ordonnancement juridique des groupements au regard des objectifs leur étant fixés sans ouvrir un autre champ d'étude portant davantage sur les fondements et la pertinence de ces objectifs. Nous verrons que d'autres champs de recherche pourraient être ouverts dans sa continuité. Des réflexions bien entendues juridiques apparaissent fondamentales telles que la définition précise du concept de responsabilité populationnelle⁶⁵ et ses conséquences pour les établissements de santé, ou encore de l'organisation interne d'un établissement public de santé territorial tel que proposé. Mais également des recherches relevant d'autres disciplines et traitant de la notion de management territorial ou des déterminants des choix politiques en matière de santé. Si la création de l'hôpital territorial nous apparaît comme un élément structurant, son éventuelle mise en place est bien loin d'épuiser le sujet de la réforme du système de santé⁶⁶.

⁶⁴ Pour un exemple de recherche dans le champ de l'économie de la santé, voir : **NOGUERA Florence, CANES Nathalie, SBAI Hayat**, « Évolution des technologies et prospective des métiers : les nouveaux défis des organisations hospitalières. Cas d'un groupement de laboratoires de biologie médicale d'un groupement hospitalier de territoire », Revue de gestion des ressources humaines, n°04 2020, pages 19-37 ou encore **FULCONIS François, JOUBERT Jérôme**, « Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire », Management & Avenir, n°03 2017, pages 37-63.

⁶⁵ Sur la responsabilité populationnelle et la création de systèmes de soins intégrés, voir par exemple : **EL SAÏR Philippe, LEBEE-THOMAS Emilie, MALONE Antoine**, « Pour un système de santé français intégré », Futuribles, n°04 2022, pages 5-24.

⁶⁶ Voir à ce sujet par exemple : **MARROT Bernard**, « Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ? », RFAP, n°02 2020, pages 443-458.

Section 2 : Intérêt du sujet et orientations de la démarche scientifique

25. Il convient désormais d'expliquer l'intérêt scientifique de notre thèse (§ 1), ce qui nous conduira ensuite à établir la problématique et le plan soutenu (§ 2).

§1 : L'intérêt scientifique de la thèse

26. Les groupements hospitaliers de territoire ne constituent pas un domaine de recherche particulièrement investi, notamment en droit. En effet, quelques thèses ont pu être consacrées en totalité ou partiellement à cet objet mais principalement sous l'angle des sciences de gestion⁶⁷ ou de la santé publique. A notre connaissance, aucun travail doctoral n'a été engagé spécifiquement sur l'analyse juridique des groupements hospitaliers de territoire, ces derniers pouvant cependant faire l'objet de regards complémentaires, et particulièrement intéressants, au décours de travaux portant de façon plus globale sur les coopérations hospitalières⁶⁸. De même, la doctrine ne s'est pas beaucoup penchée sur les groupements hospitaliers de territoire, hormis lors de leur création ou de l'apport législatif intervenu en 2019. A l'inverse, de nombreux rapports, tant parlementaires que des autorités de contrôle et d'inspection, ont dressé un bilan de ce dispositif, nous pouvons souligner notamment ceux établis par l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁶⁹, la Cour des Comptes⁷⁰ ou encore la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale⁷¹. Ces évaluations ont porté un regard contrasté sur les groupements, notant les avancées réalisées depuis leur mise en œuvre tout en pointant des difficultés manifestes à déployer leurs projets médicaux partagés. Un tel constat nous a incité à plus largement interroger le modèle juridique des groupements hospitaliers de

⁶⁷ Parmi les travaux de recherche relevant des sciences de gestion, nous pouvons notamment citer : **ROCHE Régine**, « Les Groupements Hospitaliers de Territoire : vers un nouveau modèle de la performance des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières », thèse en sciences de gestion, sous la direction du Professeur Florence NOGUERA, Université de Montpellier III, décembre 2019.

⁶⁸ Nous pouvons ainsi citer les travaux de : **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages. **VAUTARD Aurélien**, « L'aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations », LEH Edition, septembre 2016, 245 pages.

⁶⁹ **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages.

⁷⁰ **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages.

⁷¹ **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages.

territoire lors de leur création par la loi du 26 janvier 2016 et à la suite des évolutions apportées notamment par la loi du 24 juillet 2019 et ses textes d'application.

27. De surcroît, une conclusion largement partagée par ces rapports fait état de groupements hospitaliers de territoire « au milieu du gué »⁷². Nous verrons que ce constat s'avère concordant avec notre analyse mettant en exergue l'effet cliquet installé depuis leur constitution, tout en faisant apparaître leurs faiblesses intrinsèques, notamment d'un point de vue juridique. Cela dit, ces rapports ne proposent pas d'évolution claire des groupements hospitaliers de territoire, tentant de leur faire porter des objectifs très variés et parfois contradictoires. Seul le rapport de 2019 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales prend acte de leur nature intégrative et propose, comme nous, l'émergence d'un établissement public de santé territorial⁷³ mais sans en esquisser les contours et les bases juridiques⁷⁴, et sans même reprendre cette proposition parmi les vingt recommandations de ce rapport. Notre recherche permettra de corroborer et d'étayer les remarques formulées concernant les réussites et les failles des groupements hospitaliers de

⁷² Nous pouvons citer en ce sens **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire – Rapport – Tome I », décembre 2019, 129 pages et leur appréciation synthétique (page 4) : « *Globalement, les GHT sont actuellement « au milieu du gué », avec des déploiements très inégaux. Certains apparaissent clairement en avance, convergeant vers un modèle intégratif, d'autres sont en retard, pénalisés par des périmètres ou compositions inadéquats, ou freinés par des contextes médicaux ou économiques défavorables. Enfin, une troisième catégorie, probablement la majorité, est « en chantier ». Des freins apparaissent ainsi récurrents : contexte peu porteur de l'offre de soins publique (activité en faible croissance, problèmes de recrutements médicaux), lenteur des mouvements institutionnels (création de directions communes ou de fusions d'établissements) ; persistance de dissensions internes, fragilités financières, insuffisance des méthodes d'évaluation mises en œuvre. Des mouvements amorcés restent à confirmer, notamment les recompositions et gradations en cours de l'offre de soins, ainsi que la prise en compte de la qualité et de la gestion des risques dans la démarche des GHT. ».*

⁷³ Sans reprendre la même qualification, il est à noter que d'autres autorités préconisent une telle évolution, voir notamment : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages ; et plus précisément (page 11) : « *La Cour recommande ainsi l'émergence à moyen terme d'une personne morale unique au sein du GHT, effaçant la notion d'établissement. Cette dynamique d'intégration constitue une façon de répondre efficacement à la question de l'optimisation des moyens, à la fin de la concurrence intra-GHT, à la mise en œuvre d'une réelle solidarité entre structures hospitalières et d'une collaboration cohérente entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social. C'est d'ores et déjà la voie suivie dans plusieurs régions, soit par le biais des directions communes soit par la fusion juridique complète. Cependant la définition d'ensembles hospitaliers de plus grande dimension ne doit pas se traduire par une perte de la proximité avec les équipes médico-soignantes, les patients et leurs familles, la médecine libérale, le secteur médico-social et les élus. Les réformes engagées dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » offrent une occasion d'agir en ce sens. ».*

⁷⁴ Voir en ce sens l'analyse et la contribution de : **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages. Nous nous départirons des différentes hypothèses proposées dans ce travail, au regard de la dynamique globale des coopérations hospitalières, pour nous focaliser sur une proposition unique nous apparaissant découler de l'étude particulière des groupements hospitaliers de territoire, ces derniers étant pour nous l'élément désormais central de la structuration territoriale de l'offre de soins malgré l'existence d'autres outils juridiques de coopération, et ayant une finalité d'intégration dépassant la notion de coopération.

territoire mais elle aura aussi comme finalité de tenter modestement de proposer de façon détaillée les lignes d'une réforme en cohérence avec les bilans ainsi réalisés ces dernières années.

28. Notre volonté de proposer un nouveau modèle juridique prenant le relai des groupements hospitaliers de territoire nous conduira à explorer l'équilibre délicat de la dialectique entre l'intégration et la subsidiarité⁷⁵. L'intégration est une étape ultime et définitive pouvant renvoyer à la notion d'assimilation dans un tout, que nous préférons à la notion de fusion ayant une connotation marquée dans le domaine hospitalier⁷⁶. Aussi, nous en déduisons que l'intégration visée par les groupements hospitaliers de territoire conduit nécessairement à une personnalité morale unique. En ce sens, l'intégration dépasse la mutualisation⁷⁷ renvoyant plutôt à la mise en commun solidaire de moyens détenus par différentes entités contrairement à l'intégration dans laquelle l'entité est unique. L'intégration est également à distinguer de la coopération⁷⁸ correspondant aux relations exercées entre deux ou plusieurs parties autonomes et voulant atteindre un objectif commun, même si nous soutiendrons que les groupements hospitaliers de territoire établissent un nouveau paradigme découlant d'une longue tradition de coopération. Ainsi, l'intégration hospitalière provient de la coopération, mais cette dernière ne s'y abandonnera pas totalement, l'établissement public de santé territorial pouvant lui-même nouer des coopérations avec d'autres acteurs de santé. A l'inverse, la subsidiarité sera préférée à d'autres notions dans la dialectique que nous exposerons. Il ne s'agit en effet pas d'une simple

⁷⁵ A propos de la notion de subsidiarité, consulter : **OBERDORFF Henri**, « Subsidiarité », Dictionnaire d'administration publique, 2014, pages 484-486. **BARROCHE Julien**, « La subsidiarité – Le principe et l'application », Etudes, N°06 2008, pages 777-788. **DURANTHON Arnaud**, « La subsidiarité peut-elle constituer un paradigme utile ? », Revue française de droit constitutionnel, n°04 2019, pages 905-927. **PELJAK Dominique**, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIème siècle », Gestion, n° 03 2002, pages 134-141.

⁷⁶ A ce sujet, voir par exemple : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages. **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières », in Rapport Sécurité Sociale 2008, pages 263-304. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées », in Rapport public annuel 2013, février 2013, pages 151-186. **COUR DES COMPTES**, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in Rapport Sécurité Sociale 2015, septembre 2015, pages 185-216.

⁷⁷ Pour une mise en pratique de la notion de mutualisation, consulter : **RACCA Gabriella, PONZIO Silvia**, « La mutualisation des achats dans le secteur de la santé publique : les centrales d'achat et les accords-cadres dans une perspective comparative », Droit administratif, n°7, juillet 2011, notice 12. **DEGOFFE Michel**, « La mutualisation des moyens de l'aménagement public », Civitas Europa, n°02 2019, pages 67-78.

⁷⁸ Pour la définition de la notion de coopération, voir : **KELLER Catherine, LOUAZEL Michel**, « Coopération hospitalière et territoire », Les Cahiers de la fonction publique, n°363 2016, pages 40-43. **KELLER Catherine, LOUAZEL Michel**, « La coopération territoriale hospitalière », Le management en santé, 2018, pages 97-119. **EYMEUD Camille**, « La coopération entre les établissements publics et privés de santé : état des lieux et démarche prospective », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Antoine LECA, Université d'Aix-Marseille, juin 2018.

délégation⁷⁹ ne traduisant pas assez la dimension géographique entre les différents lieux possibles d'exercice du pouvoir. Cependant, nous n'utiliserons pas à cet effet non plus la notion de proximité⁸⁰, celle-ci ne renvoyant qu'à une notion géographique sans forcément retranscrire l'intensité des compétences pouvant être exercées à ce niveau. Dans tous les cas, la subsidiarité ne doit pas s'entendre au travers de notre recherche comme synonyme, même partiellement, d'autonomie⁸¹, cette notion ne pouvant consubstantiellement pas être compatible avec une personnalité morale unique. Finalement, si ces différents concepts sont familiers à de nombreux champs de la recherche juridique, ils ne sont que rarement utilisés pour soutenir une réflexion relevant du droit consacré à l'organisation hospitalière. Nous tenterons d'en montrer l'intérêt dans le cadre d'une proposition d'articulation, tout en pointant les écueils de notre proposition.

29. Notre choix d'axer cette recherche sur la formulation d'une proposition normative aura également l'intérêt d'interroger la notion de territoire⁸², pourtant intrinsèque à cette démarche mais ne semblant pas l'avoir été par les différents rapports des autorités de contrôle et d'inspection. Les travaux de la mission préparatoire démontrent que cette notion ne doit pas être confondue avec les découpages administratifs existants du territoire national. Pour la mission, le territoire des groupements n'a pas à permettre d'assumer l'ensemble des activités médicales, notamment les activités de recours régional. Il s'agit au contraire d'un territoire de proximité reconnu par la population au travers des parcours inter-établissements constatés. Le

⁷⁹ En ce qui concerne la notion de délégation, se référer à : **JOUBERT Sylvie**, « Délégation », Dictionnaire d'administration publique, 2014, pages 138-140. Et pour son application au domaine hospitalier, voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », juillet 2010, 124 pages. **LACHENAYE-LLANAS Chantal**, « Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – Une impérative obligation, mais une construction pas à pas », Le management de pôles à l'hôpital, 2012, pages 179-198. **VILLENEUVE Pierre**, « Gouvernance interne des établissements publics de santé : vers de nouveaux équilibres en termes de règlement intérieur et de gestion des pôles d'activité », Les cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 42-44.

⁸⁰ Sur la notion de proximité, voir : **ARNAUD Charlene, ANBERREE Alice**, « Dynamiques de proximité et politiques publiques territoriales : quels effets de la proximité d'opportunité ? », Management & Avenir, n°05 2021, pages 69-95. **BAHERS Jean-Baptiste, DURAND Mathieu**, « Le retour de la proximité ! Quelles implications pour les services urbains en réseau ? », Flux, n°03-04 2017, pages 1-8.

⁸¹ Pour définir la notion d'autonomie, voir par exemple : **PROTIERE Guillaume**, « Autonomie », Dictionnaire d'administration publique, 2014, pages 42-43.

⁸² Sur la notion de territoire, voir : **LAJARGE Romain**, « Territoire », Dictionnaire d'administration publique, 2014, pages 494-495. **CHAMBON Maxence**, « L'espace et le territoire : le droit public à l'épreuve de l'extranéité », Civitas Europa, n°35 2015, pages 95-121. **BUDET Jean-Michel**, « Rapport DGOS – Territoire et offre de soins », Gestions hospitalières, n°560, novembre 2016, pages 529-535. Et pour une étude complète, voir : **VAUTARD Aurélien**, « L'aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations », LEH Edition, septembre 2016, 245 pages. **PELLET Rémi**, « Assurance maladie et territoires », RDSS, n°HS 2009, pages 38-64. **VIGNERON Emmanuel**, « Les territoires au cœur de la réforme », Revue Droit et Santé, n°26 2008, pages 688-694. **TABUTEAU Didier**, « Politiques de santé et territoire », RDSS, n°HS 2009, pages 7-15. **BONNICI Bernard**, « Etablissements de santé et territoire », RDSS, n°HS 2009, pages 98-107. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Territoires de santé et égalité des citoyens », RDSS, n°HS 2009, p. 116.

territoire se base ainsi sur l'étude des flux de patients et ne doit pas déboucher sur un périmètre conduisant à avoir plus d'une heure de temps de trajet entre un établissement membre et l'établissement support du groupement. Nous verrons que l'absence de définition normative du territoire, malgré la préconisation de la mission préparatoire⁸³, a entraîné une hétérogénéité des groupements et qu'il conviendrait dans le cadre de notre proposition de revenir à un schéma plus traditionnel permettant de concilier un fonctionnement juridique de la structure et une plus grande intelligibilité du dispositif par les différents acteurs, et au premier chef de la population.

§2 : Le choix de la problématique et du plan

30. Les rapports administratifs consacrés aux groupements hospitaliers de territoire convergent sur leur réussite contrastée. Notre hypothèse de travail conforte cette vision et tend à considérer que les groupements sont en effet « au milieu du gué », ce qui doit conduire à opter entre le choix de l'inaction, que nous ne soutiendrons pas car ne pouvant nous satisfaire du maintien en l'état d'un outil juridique pas toujours adapté à son objectif, et le choix que nous explorerons de faire des groupements hospitaliers de territoire la dernière étape avant une intégration à travers un établissement public de santé territorial que nous qualifierons opportunément d'« hôpital territorial ».

31. Nous soutiendrons tout d'abord que les groupements hospitaliers de territoire, bien que pétris de la longue tradition de territorialisation⁸⁴ et de coopération hospitalière⁸⁵, en sont à la

⁸³ Voir ainsi **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages, et la préconisation de définition du territoire du groupement hospitalier de territoire (page 9) : « (...) *Au moment où les contours des GHT sont sur le point d'être définis et arrêtés par les Directeurs Généraux d'ARS sur proposition des établissements de santé, il paraît donc opportun de porter un discours sans ambiguïté, à l'attention des établissements de santé et ARS concernés, quant au périmètre et à la taille à retenir. Cela suppose probablement un rappel des attendus de cette mesure. Cela peut également se traduire dans des instructions précises quant à la méthodologie à retenir pour définir et apprécier les périmètres des futurs GHT. (...)* ».

⁸⁴ Sur la notion de territorialisation, voir notamment : **AUBY Jean-Marie**, « Territorialisation : le cas de la santé », *Droit administratif*, n°1 janvier 2012, notice 1. **APOLLIS Benoît**, « Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 65-72. **MOREAU Jacques**, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », *RDSS*, n°HS 2009, pages 16-27.

⁸⁵ Concernant l'histoire et les outils de la coopération hospitalière, se référer par exemple à : **COUR DES COMPTES**, « Les coopérations hospitalières », in *Rapport Sécurité Sociale 2011*, septembre 2011, pages 259-286. **AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE**, « Guide méthodologique des coopérations territoriales », janvier 2011, 92 pages. **AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE**, « Guide méthodologique des coopérations territoriales – Formes juridiques », janvier 2011, 185 pages. **AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE**, « Guide méthodologique des coopérations territoriales – Approfondissements thématiques », janvier 2011, 140 pages. **AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE**, « Guide méthodologique des coopérations territoriales – Exemples issus du terrain », janvier 2011, 44 pages. **BERGOIGNAN-ESPER Claudine**, « Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation », *RDSS*, n°5

fois l'aboutissement et le dépassement. Après avoir rappelé les étapes de ce long cheminement passant de la planification à la territorialisation pour arriver à la coopération, nous expliciterons en quoi les groupements hospitaliers de territoire ont été pensés pour résoudre les écueils soulevés par les outils juridiques préexistants, et donc en quoi leur création constitue une rupture dans cette approche, notamment du fait de leur ambition globale et de leur caractère obligatoire. Néanmoins, voulant dépasser ces limites, la construction des groupements a conduit à un changement suscitant de nombreux questionnements. La création des groupements hospitaliers de territoire a ainsi pu pâtir du manque de congruence entre trois démarches s'effectuant en parallèle. Tout d'abord, la fixation des objectifs des groupements au regard des enjeux rencontrés par le système hospitalier, en premier lieu la difficulté à assumer une offre de soins de qualité en tout point du territoire national du fait d'une démographie médicale sous vive tension⁸⁶. Ensuite, la définition du fonctionnement et des outils à disposition des groupements qui a découlé d'une part de l'histoire de la coopération hospitalière au fil des dernières décennies, et surtout de la volonté des différentes parties prenantes soit à être représentées dans les instances des groupements, soit à conserver une autonomie juridique bien que relative. Enfin, du fait d'un calendrier de mise en œuvre très contraint, les acteurs hospitaliers et les agences régionales de santé ont tenté d'anticiper la création des groupements et sans consignes nationales claires en la matière ont fait émerger des groupements très hétérogènes selon les régions. Les divergences apparaissant à l'issue de ces trois temps de leur conception font que les groupements hospitaliers de territoire ne disposent pas de la structuration juridique adéquate pour atteindre leurs objectifs. Leur fonctionnement s'avère très complexe et se surajoute à celui des établissements membres. La prise de décision n'est pas suffisamment sécurisée, notamment du fait d'une imbrication peu lisible des compétences entre le groupement et son établissement support. Le projet médical partagé ne dispose enfin pas encore des outils juridiques suffisants pour être mis en œuvre de façon opérationnelle. Nous rejoindrons en ce sens les conclusions des différents rapports cités précédemment mais en démontrant le ressort juridique de ce constat.

2009, pages 806-819. **CORMIER Maxence**, « Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », AJDA, n°08 2006, pages 416-421. **DUPONT Marc**, « Hôpital public et coopération sanitaire », RDSS, n°HS 2015, pages 23-40. **MOZOL Patrick**, « La réforme continue du droit de la coopération organique hospitalière », Petites affiches, 17 septembre 2010, n°186, pages 18-26. **VILLENEUVE Pierre**, « La coopération hospitalière de territoire, outil de performance ou gestion de la pénurie hospitalière », La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales, n°8, 18 février 2013, notice 2050.

⁸⁶ Concernant l'exercice médical et sa structuration à l'hôpital public, se référer à : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Le statut des médecins hospitaliers publics », Presses Universitaires de France, Les grandes thèses du droit français, 1994, 319 pages. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Professions et professionnels de santé », RDSS, n°HS 2022, p. 99. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Médecins et hôpital », RDSS, n°HS 2015, p. 119.

32. Loin de remettre en cause les groupements hospitaliers de territoire, nous démontrerons que ce constat découle d'une ambiguïté non levée quant à leur nature intégrative et qu'il conviendrait au contraire d'appréhender les nombreux acquis liés à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. Ceux-ci sont devenus légitimes tant en leur sein parmi les établissements membres, que vis-à-vis des acteurs extérieurs et en premier lieu de l'agence régionale de santé. Fort de cette dynamique, il apparaîtrait nécessaire d'assumer la nature intégrative des groupements et de constituer un établissement public de santé territorial, que nous qualifierons d'« hôpital territorial », nous paraissant être une évolution permettant de remplir l'objectif d'organisation graduée de l'offre de soins publique au sein d'un territoire, malgré les potentiels écueils d'hospitalo-centrisme liés à la création d'une démarche de massification. Ce constat nous conduira à émettre l'hypothèse de l'émergence d'un hôpital territorial animant un réseau de sites hospitaliers avec une subsidiarité renforcée. Néanmoins, la création de cet hôpital territorial ne serait pas en soi une réponse suffisante aux enjeux actuels, et se doit d'être accompagnée par d'autres réformes complémentaires.

33. Nous soutiendrons ainsi que les groupements hospitaliers de territoire constituent un changement de conception des coopérations hospitalières (première partie), avant de démontrer que les groupements hospitaliers de territoire sont en réalité les prémices d'une évolution intégrative devant aboutir à l'émergence d'un hôpital territorial (seconde partie).

PREMIERE PARTIE : LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE, UN CHANGEMENT DE CONCEPTION DES COOPERATIONS HOSPITALIERES

34. La coopération entre les établissements de santé, notamment publics, est une orientation des politiques hospitalières depuis plusieurs décennies⁸⁷. Cette tendance a accompagné la démarche de planification généralisée après la Seconde Guerre Mondiale⁸⁸ dans une optique d'aménagement du territoire. En tant qu'équipements structurants pour la collectivité, les établissements de santé ont été intégrés à cette politique et une planification hospitalière a été établie. Il s'agit là de mettre en pratique le principe d'égalité d'accès aux soins⁸⁹ sur le territoire national. De nombreux outils spécifiques⁹⁰ ont été créés pour favoriser la coopération territoriale entre établissements de santé, à la suite du recours initial à des outils juridiques de droit commun utilisés dans les autres secteurs d'intervention publique⁹¹. Cette volonté d'organisation des soins par une approche de coopération territoriale a été confrontée à son manque d'effet concret⁹².

⁸⁷ Concernant l'histoire des coopérations hospitalières, voir : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979.

⁸⁸ Pour un exemple d'application de la planification au domaine hospitalier, consulter : **APOLLIS Benoît**, « La réforme de la planification hospitalière », AJDA, n°08 2006, pages 422-428. **BRECHAT Pierre-Henri, LOPEZ Alain**, « Pour une planification en santé adaptée à notre temps », RDSS, n°4 2016, pages 612-619.

⁸⁹ Ne revenant pas dans notre travail de recherche sur les sources constitutionnelles de la santé, voir notamment : **BIOY Xavier**, « L'objectif de protection de la santé publique sort renforcé de l'examen constitutionnel de la loi Touraine », Constitutions, n°01 2016, pages 125-138. **BORGETTO Michel**, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », RDSS, n°HS 2013, pages 9-30. **BYK Christian**, « La place du droit à la santé au regard du droit constitutionnel », Gazette du Palais, n°331 2001, pages 3-17. **EGEA Pierre**, « Les formes constitutionnelles de la santé », RDSS n°HS 2013, pages 31-44. **JUAN Stéphanie**, « L'objectif à valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé : droit individuel ou collectif ? », Revue du droit public, n°2 2006, pages 439-458. **LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand, BIOY Xavier**, « Constitutions et santé », RDSS, n°HS 2013, pages 5-8. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Santé et Constitution : l'exemple français », RDSS, n°HS 2013, pages 127-136. **MOREAU Jacques**, « Le droit à la santé », AJDA, n°HS 1998, pages 185-190.

⁹⁰ Le groupement de coopération sanitaire constitue l'outil de coopération spécifiquement créé pour le champ hospitalier, voir à ce sujet : **ESPER Claudine**, « Le groupement de coopération sanitaire, nouvelle forme juridique de collaboration entre établissements de santé », Petites affiches, 24 décembre 1997, n°154, pages 8-16. **ESPER Claudine**, « Le groupement de coopération sanitaire ; actualité et limites », RDSS, n°1 2007, pages 117-124. **GALLET Bruno**, « Les enjeux de la réforme du groupement de coopération sanitaire », Revue Droit et Santé, n°28 2009, pages 114-124. **GANDOUET Benjamin**, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement », Revue Droit et Santé, n°10 2006, pages 117-126.

⁹¹ Sur les outils de coopération de droit commun, voir l'exemple des partenariats public / privé appliqués au domaine hospitalier dans : **ESPER Claudine**, « Les contrats de partenariat : investir à l'hôpital public par de nouveaux moyens juridiques », RDSS, n°3 2004, pages 619-637.

⁹² Considérant que les effets concrets attendus étaient des restructurations hospitalières au sens de la réduction des plateaux techniques lourds (chirurgie et maternité essentiellement) et le rapprochement des différents établissements, voir par exemple : **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières », in Rapport

D'autres outils, financiers ou réglementaires, n'ont pas eu davantage de portée⁹³. Ce mouvement de fond des politiques hospitalières au fil des décennies passées, et l'importance des enjeux à solutionner, ont conduit à la mise en place d'une nouvelle démarche fondée sur les groupements hospitaliers de territoire.

35. Le groupement hospitalier de territoire a comme objectif d'établir une stratégie de groupe public entre les établissements publics de santé d'un même territoire préalablement défini. Mais, il est capable également d'être, de fait, le réceptacle des coopérations avec les autres parties prenantes de l'organisation des soins sur un territoire, à savoir les établissements de droit privé ou les acteurs de ville⁹⁴. Surtout, cet outil de coopération hospitalière est doté de compétences notables, soit obligatoires soit facultatives, lui donnant un véritable levier d'action pour redéfinir l'offre de soins sur un bassin de population. De telles compétences n'ont pas été sans susciter des interrogations de plusieurs natures. Comme tout instrument administratif, ses mécanismes de fonctionnement institutionnel et de prise de décision sont analysés. En l'espèce, leur complexité a été pointée⁹⁵ du fait de la volonté légitime de toutes les parties prenantes d'être représentées. Des questionnements juridiques très opérationnels sont également apparus par exemple dans le champ de la cohérence avec les règles de la commande publique.

36. Nous tenterons de démontrer en quoi ces interrogations découlent en réalité d'un non-dit intrinsèque de la création des groupements hospitaliers de territoire quant à leur nature intégrative. Outil de coopération, l'ambition de ces groupements est pourtant de conduire progressivement vers une intégration de ses différents établissements parties. Les conséquences juridiques sont par conséquent nombreuses pour les établissements de santé, les prérogatives de leur chef d'établissement ou le fonctionnement de ces structures. Cette indécision se traduit dans la construction même des outils mis à disposition des groupements. Si ceux-ci sont

Sécurité Sociale 2008, pages 263-304. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées », in Rapport public annuel 2013, février 2013, pages 151-186. **COUR DES COMPTES**, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in Rapport Sécurité Sociale 2015, septembre 2015, pages 185-216. **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages. **MORO François**, « Les réformes de la coopération sanitaire : retour sur les tentatives de recomposition de l'offre de soins », Revue Droit et Santé, n°HS 2013, pages 268-278.

⁹³ Sur les différents outils de régulation utilisés dans le champ hospitalier, voir par exemple : **CORMIER Maxence**, « Régulation(s) de l'hôpital public », RDSS, n°HS 2015, pages 131-146.

⁹⁴ Concernant les différentes modalités d'association et de partenariat aux groupements hospitaliers de territoire, se référer à : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine**, **BRINGER Jacques**, **BUDET Jean-Michel**, **VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages.

⁹⁵ Concernant les interrogations liées au fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire, voir par exemple : **TANGUY Hervé**, **GEY Marine**, **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupements hospitaliers de territoire – Et maintenant, comment sortir de la (con)fusion ? », Gestions hospitaliers, n°562, janvier 2017, pages 14-17.

structurants, ils restent largement perfectibles et parfois détournés de leur usage conduisant à une confusion quant à la mission des groupements.

37. Aussi, nous verrons que les groupements hospitaliers de territoire constituent un nouvel instrument juridique découlant d'une politique de coopération hospitalière (titre I). Nous verrons ensuite que les groupements hospitaliers de territoires établissent un changement de paradigme en trompe-l'œil (titre II).

TITRE I : Les groupements hospitaliers de territoire, un nouvel instrument juridique de la politique de coopération hospitalière

38. Dernière création parmi les outils de coopération hospitalière, le groupement hospitalier de territoire ne sera certainement qu'une étape supplémentaire vers plus d'intégration. Le groupement hospitalier de territoire est issu d'une longue évolution ayant fait de la territorialisation et de la coopération les deux approches complémentaires des politiques hospitalières en France ; mais, le groupement hospitalier de territoire crée une rupture dans l'approche de la coopération entre les établissements de santé. Le groupement hospitalier de territoire instaure un nouvel instrument juridique transcendant la traditionnelle *summa divisio* entre la coopération organique et la coopération conventionnelle⁹⁶. Il tente de dépasser les limites inhérentes à chacune de ces catégories en recherchant un champ d'actions le plus large possible et une légitimité fondée sur des instances spécifiques tout en souhaitant conserver la souplesse et l'agilité du cadre conventionnel. Le groupement hospitalier de territoire apporte également une clarification concernant la coopération hospitalière, l'objectif étant une stratégie de groupe public⁹⁷. Après la création d'outils favorisant la coopération public / privé dans le secteur hospitalier, le législateur a souhaité doter les établissements publics de santé d'un dispositif juridique créant un alignement stratégique sur un territoire d'action. Nous verrons que cette stratégie publique est à nuancer et que de nombreux partenariats sont envisageables avec les autres acteurs de santé. Le groupement hospitalier de territoire dépasse ainsi les classifications pour devenir un instrument hybride.

39. Nous verrons ainsi que les groupements hospitaliers de territoire sont une réforme issue d'un mouvement de fond de l'action publique en santé (chapitre I) ; pour ensuite, constater en quoi ces derniers s'avèrent être un outil de stratégie commune adapté à chaque territoire (chapitre II).

⁹⁶ Sur la classification des outils de coopération hospitalière, voir : **TRUCHET Didier, APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages. Et plus précisément : **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages.

⁹⁷ Pour un point de vue sur la stratégie de groupe public, consulter par exemple : **EVIN Claude**, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de France, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40.

Chapitre I : Une réforme issue d'un mouvement de fond de l'action publique en santé

40. La notion de réforme pilotée par l'Etat des structures hospitalières renvoie inévitablement à la responsabilité de l'Etat en matière d'organisation des soins. Celle-ci est désormais acquise et ne paraît pas devoir être remise en cause⁹⁸. Si les collectivités territoriales, notamment au niveau régional, avancent régulièrement l'idée d'un investissement plus conséquent de leur part dans l'organisation des soins, y compris hospitalier, cette proposition s'insère toujours dans un cadre global restant sous l'autorité de l'Etat⁹⁹. L'Etat est donc légitime à organiser l'offre de soins sur son territoire. Il en fixe les objectifs, au premier rang desquels figure l'égalité d'accès aux soins. Or, si la responsabilité de l'Etat ne fait pas débat, force est de constater que celle-ci s'avère récente. L'Etat a pris la suite des congrégations religieuses et des communes qui ont été les pionnières dans la construction d'un réseau de soins au bénéfice de la population. Ces initiatives étaient par définition éparses et ne constituaient pas une organisation globale permettant d'assurer l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire¹⁰⁰. Aussi, l'organisation hospitalière a été légitimement intégrée dans la démarche de reconstruction d'après-guerre fondée sur la planification. Celle-ci a été mise en place en matière de santé en ayant recours à des instruments plus ou moins contraignants mais au final avec des

⁹⁸ Sur la responsabilité de l'Etat en matière de santé, voir par exemple : **CLEMENT Jean-Marie**, « La loi HPST : l'Etat maître du jeu hospitalier », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 39-48. **PAGES Jacques**, « Le projet de loi patient, santé et territoire : le retour de l'Etat ? », *Revue Droit et Santé*, n°30 2009, pages 350-352. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé », juillet 2010, 125 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages », juin 2013, 147 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Stratégie nationale de santé – Feuille de route », septembre 2013, 32 pages. **AUBY Jean-Marie**, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, n°9 1995, pages 588-591. **TRUCHET Didier**, « L'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, n°09 1995, p. 587. Et pour illustration de l'extension de cette responsabilité : **POUILLAUDE Hugo-Bernard**, « Suspension d'un praticien hospitalier et responsabilité sans faute de l'Etat », *AJDA*, n°34 2017, pages 1971-1975. **POUILLAUDE Hugo-Bernard**, « Hépatite C : le juge administratif indemnise le préjudice d'inquiétude », *AJDA*, n°41 2015, pages 2340-2343. **POUILLAUDE Hugo-Bernard**, « L'extension de la responsabilité solidaire de l'Etat en matière de santé des détenus », *AJDA*, n°41 2014, pages 2377-2380. **ESPESSON Béatrice**, « Vaccination : entre la protection de la santé publique et le respect des droits individuels », *Droit, Santé et Société*, n°01 2015, pages 28-33.

⁹⁹ Concernant la place des collectivités territoriales dans le champ de la santé, voir notamment : **LEVOYER Loïc**, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », *AJDA*, n°40 2009, pages 2219-2223. **MAILLARD DESGREES DU LOÛ Dominique**, « La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements », *AJDA*, n°08 2006, pages 406-409.

¹⁰⁰ Pour une vision détaillée de l'évolution historique des hôpitaux, se référer à : **INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)**, « Les réformes hospitalières en France - Aspects historiques et réglementaires », juin 2021, 68 pages.

résultats contrastés. C'est pourquoi, la planification s'est progressivement accompagnée de son corollaire, la territorialisation¹⁰¹. Un cadre national peut être fixé dans un objectif d'intérêt général mais il convient de le rendre applicable à travers une prise en compte des spécificités territoriales. Ces deux tendances conduisent à responsabiliser les acteurs hospitaliers et à les coordonner à travers la coopération hospitalière.

41. Un florilège d'instruments juridiques sera créé en l'espace de quelques décennies. Ceux-ci visent à être soit adaptables à l'ensemble de l'action publique tandis que d'autres, peu à peu majoritaires, se verront spécialisés au champ hospitalier. Si l'organisation hospitalière française est moins fragmentée qu'autrefois, un constat d'insuffisance de coopération est pointé. D'autres outils ont aussi été utilisés en complément de la coopération hospitalière afin de la favoriser, notamment le traditionnel recours aux normes¹⁰² ou le levier du financement¹⁰³ mais sans plus de réussite. Ce constat global conduira naturellement à franchir une nouvelle étape avec l'instauration des groupements hospitaliers de territoire.

42. Nous verrons donc que la politique de territorialisation dans le domaine hospitalier s'est considérablement développée tout en restant inachevée (section I). De même, la coopération hospitalière s'est avérée trop morcelée pour être structurante (section II).

¹⁰¹ Voir à ce sujet : **APOLLIS Benoît**, « Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 65-72. **AUBY Jean-Marie**, « Territorialisation : le cas de la santé », *Droit administratif*, n°1 janvier 2012, notice 1. **MOREAU Jacques**, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », *RDSS*, n°HS 2009, pages 16-27.

¹⁰² Concernant le recours aux normes ou recommandations comme outil de régulation du système hospitalier, voir par exemple : **BIROUSTE Nicolas**, « L'activité de normalisation dans le secteur de la santé », *JDSAM*, n°04 2015, pages 32-40. **CALLU Marie-France**, « Les recommandations de bonnes pratiques confrontées au droit de la responsabilité médicale », *Revue Droit et Santé*, n°15 2007, pages 29-39. **FRANCIA Yannick**, « L'évolution des conditions d'octroi des autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 451-459. **KRZISCH Delphine**, « Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale », *RDSS*, n°6 2014, pages 1087-1100. **MASCRET Caroline**, « Les recommandations des autorités sanitaires : quelle valeur juridique ? », *JDSAM*, n°03 2015, pages 17-28. **ESPESSON Béatrice** (sous la direction de), « La force des avis et recommandations des autorités de santé : actes du colloque, jeudi 19 juin 2008, Faculté de droit Université Jean-Monnet, Saint-Étienne », *Les Études hospitalières*, 2009, 140 pages. **ESPESSON Béatrice**, « La force des avis et recommandations des autorités de santé », *Revue générale de droit médical*, n° 30 2009, pages 15-32. **ESPESSON Béatrice**, « La pratique médicale face aux avis et recommandations », *Revue générale de droit médical*, n° 30 2009, pages 115-126.

¹⁰³ Sur l'utilisation du mode de financement comme instrument de régulation, se référer à : **APOLLIS Benoît**, « Vers une transformation financière du système de santé ? », *RDSS*, n°01 2019, pages 35-45. **MARIN Philippe**, « Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé », *RDSS*, n°03 2021, pages 415-424. **MARKUS Jean-Paul**, « Nature juridique des recommandations de bonne pratique médicales », *AJDA*, n°6 2006, pages 308-310.

Section I : La territorialisation inachevée de la politique hospitalière française

43. Le groupement hospitalier de territoire est l'aboutissement d'un long continuum des politiques de santé en France¹⁰⁴. La structuration d'un véritable système hospitalier découle des ordonnances dites Debré de 1958 ayant donné une ambition aux établissements publics de santé en leur fournissant d'une part un cadre commun d'exercice et d'autre part une mission, pour les structures les plus importantes, en matière d'enseignement et de recherche. L'objectif est bien d'appliquer à cette politique publique les méthodes de rationalité mises en œuvre couramment à cette époque. Les établissements hospitaliers constituent le vecteur d'une ambition étatique en matière de santé dont la responsabilité s'est installée au XX^{ème} siècle. L'Etat, « chef d'orchestre », doit en conséquence mettre en ordre des structures ayant été fondées au gré des initiatives locales.

44. Cette recherche de rationalisation va conduire l'hôpital à être un secteur de prédilection de la planification (paragraphe I), à laquelle s'adjoindra une territorialisation progressive des structures et des politiques publiques en santé (paragraphe II).

Paragraphe I : L'hôpital, secteur de prédilection de la planification

45. A la fin du second conflit mondial, la France se lance dans une vaste opération de reconstruction. L'opportunité est saisie d'initier ce qui rapidement sera qualifié de grands projets, notamment en matière d'infrastructures de communication et de production d'énergie. Dès 1946, un Commissariat Général au Plan¹⁰⁵ est institué pour diriger cet effort sans précédent d'aménagement du territoire en utilisant des outils scientifiques. L'organisation hospitalière n'est pas restée en dehors d'une telle dynamique. Elle fût au contraire un des secteurs de prédilection d'une planification rationnelle visant à répartir sur le territoire les ressources dont dispose la Nation afin de répondre aux besoins de santé de la population. Loin d'être homogène, cette planification a pris plusieurs formes plus ou moins contraignantes. Il s'est agi d'abord de fixer des quantifications, notamment de lits, devant être mises en place au regard de la

¹⁰⁴ Voir : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979.

¹⁰⁵ Sur la thématique plus large de la prospective en politiques publiques, voir par exemple : **ANDERSSON Jenny, PRAT Pauline**, « Gouverner le long terme - La prospective et la production bureaucratique des futurs en France », Gouvernement et action publique, n°03 2015, pages 9-29.

population desservie par un établissement de santé. Basée sur un égalitarisme certain, cette technique s'est avérée trop contraignante et ne prenant pas en compte les interactions entre les différentes structures sur un territoire. La solution choisie a alors été la planification sur un territoire régional tout en conservant des objectifs, non plus de capacités d'hospitalisation, mais de mise en œuvre d'activités de soins ou d'équipements lourds sur un bassin de population.

46. Cette rationalisation de la politique hospitalière a cependant eu le travers d'être directive sans rechercher l'adhésion et surtout la responsabilisation des acteurs. Aussi, dans une optique similaire aux autres politiques publiques, cette planification a été plus récemment accompagnée d'une démarche de contractualisation avec les établissements, voire de mise en concurrence entre eux pour l'exercice de missions de service public. L'objectif est de fonder l'action publique sur une négociation même si celle-ci s'avère asymétrique. Ces deux parangons de l'action publique que sont la planification et la contractualisation ont permis d'instaurer un système hospitalier rationnel sur l'intégralité du territoire national. Cet aménagement du territoire, et la mise en place d'un système original rapprochant les soins, l'enseignement et la recherche, ont permis à la France de figurer parmi les pays jugés par l'Organisation Mondiale de la Santé comme les plus efficaces en matière de santé. Cependant, cette action publique n'a pas réussi à répondre à tous les défis et la nécessité est apparue de compléter cette approche pour aller vers une véritable coopération hospitalière.

47. Nous verrons tout d'abord les soubassements et l'essor de la planification hospitalière (A), avant d'expliquer son évolution vers une planification contractualisée aux effets cependant limités (B).

A) Les soubassements et l'essor de la planification hospitalière

48. Pour commencer, nous mettrons en perspective les principales raisons ayant conduit au recours à la planification hospitalière (a), puis nous en détaillerons les principales modalités ayant entraîné à une planification de plus en plus précise des activités hospitalières (b).

a. Les raisons d'une planification en matière hospitalière

49. Il convient avant tout de s'interroger sur les fondements de l'application de la planification au domaine hospitalier. Les réponses en sont multiples mais trois principales peuvent être mises en exergue. Tout d'abord, la bonne organisation du système hospitalier est nécessaire pour garantir le principe d'égalité d'accès aux soins pour toute la population. Ensuite, l'utilisation de la planification s'avère fréquente lorsqu'une action est dépendante de nombreux acteurs dont la coordination n'est pas spontanée. Enfin, du fait de ressources spécialisées mais rares pour faire fonctionner le système hospitalier, la planification fût requise pour permettre un bon ordonnancement.

50. La raison première de la planification hospitalière est ainsi celle de la réalisation de l'idéal démocratique ayant érigé le principe d'égalité d'accès aux soins¹⁰⁶ pour la population. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la constitution des établissements de santé n'ayant pas répondu à une logique nationale fondée sur un aménagement harmonieux du territoire mais étant davantage la conséquence d'initiatives locales de la part des congrégations religieuses et des collectivités territoriales, l'organisation des soins a nécessité une planification étatique pour répondre à cet impératif juridique. Il s'agit bien là d'un objectif qui ne saurait être totalement atteint, l'accès aux soins ne pouvant jamais être parfaitement égalitaire. Sans être une obligation de résultat, il n'en demeure pas moins une obligation de moyens, et au-delà une obligation morale. Plusieurs leviers traitent de l'égalité d'accès aux soins en tentant de réduire les disparités relevant du champ socio-économique. Il en est ainsi de la mise en place des permanences d'accès aux soins en santé¹⁰⁷ permettant d'apporter une réponse immédiate aux besoins de santé de populations souvent en marge du système de soins. D'autres actions visent à réduire les inégalités découlant cette fois-ci de disparités socio-culturelles au sein de la population. Il s'agit de favoriser l'accès aux soins en incitant les individus à prendre soin d'eux et à s'orienter dès que nécessaire vers un médecin. Toute une démarche de santé publique a été

¹⁰⁶ Se référer à : **MARKUS Jean-Paul**, « Le Conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins, note sous Conseil de l'Europe, 26 juin 2013, résolution n°1946 », RDSS, n°01 2014, pages 63-76. **BRECHAT Pierre-Henri**, « Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé », thèse de droit public, sous la direction du Professeur Michel BORGETTO, Université Panthéon-Assas, novembre 2012, 612 pages. Et plus une vision comparative, voir : **PALIER Bruno**, « La réforme des systèmes de santé », 2015, notamment le chapitre II « La diversité des systèmes de santé », pages 26-54.

¹⁰⁷ Concernant les inégalités socio-économiques d'accès aux soins, voir notamment : **BRECHAT Pierre-Henri**, **LEBAS Jacques** (sous la direction), « Innover contre les inégalités de santé », Presses de l'EHESP, 2012, 512 pages. **PORCHERIE Marion**, « Les instruments au service de la réduction des inégalités sociales de santé selon les acteurs des agences régionales de santé : entre changement et continuité », Revue française des affaires sociales, n°04 2021, pages 179-206.

mise en place à cet effet, notamment pour favoriser une certaine hygiène de vie ou un dépistage précoce de la population vis-à-vis de certaines pathologies¹⁰⁸. La planification intervient quant à elle dans un autre registre, à savoir la réduction des inégalités d'accès aux soins en raison de la géographie, la démarche se fondant intrinsèquement sur l'aménagement du territoire¹⁰⁹. Dans ce cadre, la planification hospitalière va rechercher deux objectifs étant le maillage et la gradation. Le maillage territorial repose sur une logique de quantification des structures. Pour un nombre donné d'habitants ou pour une distance maximale, la population doit avoir accès à une offre hospitalière. Il en est ainsi lorsque l'Etat fixe comme objectif qu'aucun habitant ne soit à plus d'une demi-heure d'une structure de prise en charge en urgences, que celle-ci soit un service d'urgences, des médecins correspondants formés spécifiquement aux techniques de la médecine d'urgence ou le recours rapide à un transport médicalisé par hélicoptère¹¹⁰. Cependant, ce maillage ne peut pas conduire à la mise à disposition en chaque point du territoire d'une offre de soins complète. Le nombre de professionnels de santé spécialisés, d'équipements hautement techniques ou de volume d'activité suffisant pour garantir une sécurité des soins ne peuvent accepter que chaque arrondissement de département soit pourvu par exemple d'une unité de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie. Le maillage territorial doit par conséquent être complété d'une gradation des soins. La logique présidant à cette organisation est que chaque citoyen doit avoir accès à une structure le prenant en charge en urgence de façon globale et permettant de l'orienter rapidement vers le plateau technique adéquat. L'offre très spécialisée n'est pas présente de façon égalitaire en tout point du territoire mais facilement et rapidement accessible depuis les portes d'entrée hospitalières ayant fait l'objet d'un maillage le plus homogène possible. Le point à traiter sera alors la fluidité entre le site hospitalier et le plateau spécialisé plus éloigné. Ainsi, la planification ne résout pas toutes les problématiques d'égalité d'accès aux soins mais elle tente de minimiser les conséquences liées aux disparités géographiques.

51. Au-delà de la réponse à un objectif d'égalité d'accès aux soins, la planification hospitalière est rendue nécessaire pour utiliser rationnellement des ressources spécialisées et

¹⁰⁸ En matière d'inégalités socio-culturelles face à la santé, se référer à : **LANG Thierry**, « Inégalités sociales de santé », Les Tribunes de la santé, n°02 2014, pages 31-38. Et concernant les actions de santé publique, voir par exemple : **MARTINEZ Eric**, « La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », Revue Droit et Santé, n°2 2004, pages 95-107. **TREPPEAU Maurice**, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 389-401.

¹⁰⁹ Sur la démarche d'aménagement du territoire en matière de santé, consulter : **VAUTARD Aurélien**, « L'aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations », LEH Edition, septembre 2016, 245 pages.

¹¹⁰ Il s'agit là de l'engagement n°4 « assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes » du Pacte Territoire Santé initié par le ministère en charge de la santé en 2012.

rare. Les progrès de la médecine ont en effet conduit à la spécialisation croissante des professionnels de santé. Au niveau des études médicales, il existait déjà une dichotomie entre les spécialités chirurgicales et les spécialités médicales. Au sein de chacun de ces deux ensembles, les différents diplômes d'études spécialisées se sont multipliés par exemple la chirurgie orthopédique distincte de la chirurgie digestive. Il s'agit là encore de l'architecture de la formation médicale¹¹¹, mais la pratique médicale est en réalité encore davantage spécialisée. Par exemple, un pédiatre est un spécialiste qui existe de moins en moins, les établissements de santé devant désormais recruter des spécialistes comme des neuro-pédiatres ou des diabétopédiatres. Or, la continuité des soins au sein d'une structure et le respect des conditions techniques de fonctionnement fixées par voie réglementaire vont nécessiter la présence de plusieurs praticiens de la même surspécialité. La cohérence entre le maillage territorial et la gradation des soins que la planification met en œuvre s'avère ainsi indispensable. Elle prendra entre autre la forme d'objectifs quantifiés pour les activités de soins et les équipements lourds en fonction des territoires.

52. Le troisième objectif de la planification est celui de la coordination des acteurs sur un territoire donné, ceci en prenant une double dimension. Tout d'abord, il s'agit que ces professionnels de santé aient une action répondant aux objectifs fixés par les autorités de tutelle. Par exemple, inciter les médecins à réaliser davantage de consultations périodiques de dépistage et de prévention ou les établissements de santé à développer des prises en charge dites ambulatoires. Là encore, plusieurs instruments ont été établis allant de l'incitation à ces actions par le biais de rémunérations complémentaires à la contrainte par la signature de contrats d'objectifs et de moyens plus empreints de la prérogative de la puissance publique que d'une réelle négociation. La coordination visée par la planification sera également la mise en relation des différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients. Les conditions techniques de fonctionnement fixées par voie réglementaire pour chaque activité de soins seront les leviers de cette coordination. Ainsi, l'autorisation de traitement du cancer par chirurgie devra nécessiter, si l'établissement n'en dispose pas en propre, la réalisation de conventions entre les différents professionnels d'un territoire afin de garantir l'accès entre autres à un plateau d'imagerie, à un service de réanimation ou encore à un laboratoire d'anatomopathologie.

¹¹¹ Les études médicales ont été récemment révisées, notamment le 3^{ème} cycle déterminant les différentes spécialités. Il s'agit de la réforme dite du R3C fondée sur les dispositions réglementaires de l'**arrêté du 12 avril 2017** portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

b. La planification de plus en plus précise des activités hospitalières

53. Pour répondre aux objectifs assignés à la planification hospitalière, celle-ci va suivre une première phase reposant sur une approche régaliennne d'imposition de règles aux acteurs. Il s'agit d'établir une carte sanitaire divisant le pays en de multiples territoires répondant à des critères de population ou d'accessibilité et d'appliquer des ratios d'équipement. Tout en conservant cette même philosophie, l'approche sera progressivement de plus en plus précise, le schéma régional d'organisation des soins détaillant les différentes activités de soins concernées. Enfin, la planification se voudra encore plus globalisante avec le projet régional de santé en embrassant l'intégralité du parcours de soins en intégrant l'amont et l'aval de l'hospitalisation.

54. Des initiatives de planification ont été mises en place dans des champs d'activité particuliers. La psychiatrie a ainsi vu son organisation fondée dès 1960¹¹² sur la notion de secteur et la présence d'un centre hospitalier spécialisé dans chaque département. La première démarche d'ampleur de planification hospitalière a été initiée par la loi du 31 décembre 1970¹¹³ et a conduit à partir de 1974 à découper le territoire national en 21 régions comprenant 256 secteurs sanitaires. Chaque secteur sanitaire devait être doté d'une offre de soins hospitalière minimale fondée sur un ratio rapportant le nombre de lits d'hospitalisation à la population desservie par le secteur sanitaire. Un secteur correspond à un bassin de vie d'environ 80 000 habitants devant pouvoir accéder à un bloc opératoire, un plateau d'imagerie ou encore à un laboratoire d'analyses médicales. Cette démarche reposait sur les travaux préparatoires de la Commission nationale de l'équipement sanitaire et social instaurée suite à l'intégration de la santé parmi les thématiques du II^{ème} Plan quinquennal¹¹⁴. Cette approche de la carte sanitaire et d'un ratio lits / population a ainsi prévalu de 1970 à 1991.

¹¹² Concernant la sectorisation en santé mentale, la **circulaire du 15 mars 1960** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales indique ainsi que « ... l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée secteur. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler « sous-secteur » et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de post-cure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1.000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67.000 habitants environ. ». Sur l'organisation récente de la santé mentale, voir également : **COUTURIER Mathias**, « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », RDSS, n°04 2016, pages 683-696.

¹¹³ La **loi n°70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière dans son article 44 précise que : « Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale de l'équipement sanitaire, la carte sanitaire de la France. ».

¹¹⁴ La **loi n°56-342 du 27 mars 1956** portant approbation du deuxième Plan de modernisation et d'équipement indique en matière de santé que : « L'équipement sanitaire existant est absolument insuffisant pour satisfaire les

55. A compter de cette date, la démarche de planification s'est accompagnée d'un mouvement de déconcentration, et a recherché une approche plus transversale de l'organisation des soins et moins centrée sur le seul équipement sanitaire. La loi du 31 juillet 1991 instaure des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dont l'élaboration a été confiée aux directions régionales aux affaires sanitaires et sociales¹¹⁵ et ayant comme objectif de compléter la carte sanitaire par une approche plus qualitative que quantitative. Ces deux documents fondamentaux sont par ailleurs évolutifs et doivent être révisés au moins tous les cinq ans, ce qui traduit leur adaptabilité à l'évolution des besoins et des techniques de prise en charge. La loi du 31 juillet 1991 instaure également une forme de responsabilité des autorités nationales concernant la planification hospitalière puisque le Ministre en charge de la santé devra répondre de son action tous les trois ans devant le Parlement en lui remettant un rapport sur l'état de l'organisation et de l'équipement sanitaires. Le périmètre des schémas régionaux est plus détaillé que celui de la carte sanitaire et son approche centrée sur l'équipement en nombre de lits d'hospitalisation. La loi du 31 juillet 1991 met ainsi en place un régime d'autorisation pour vingt activités devant être organisées par ces schémas régionaux selon des conditions d'implantation et des modalités de fonctionnement définies par voie réglementaire pour chacune d'entre elles. Le schéma régional détermine par conséquent la répartition et la localisation de ces activités au sein de la région pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population. Toujours dans une approche articulant le maillage territorial et la gradation des soins, certaines activités hautement spécialisées relèveront de schémas nationaux ou interrégionaux. Dans ces cas, les schémas sont arrêtés directement par le Ministre en charge de la santé, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Les directions régionales aux affaires sanitaires et sociales ayant eu un délai de trois ans après la publication

besoins dans des conditions compatibles avec l'état de la science médicale et celui des conceptions sociales correspondant à notre civilisation. Les raisons en sont multiples : elles tiennent à l'évolution tant de la morbidité que des techniques médicales et hospitalières et à l'aggravation de la vétusté des établissements. De l'inventaire général des ressources et des besoins et des projets de travaux existant dans les différents secteurs tel qu'il a été établi par la commission créée à la demande du ministre de la santé publique et de la population dans le cadre du commissariat général au plan... ». Voir à ce sujet : TIRERA Lamine, « L'Etat stratège », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Laurent VIDAL, Université Paris I, avril 2015.

¹¹⁵ La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière précise que : « La carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, ils sont arrêtés, dans les conditions fixées à l'article L.712-5, sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante. ». En la matière, se référer à : HOLCMAN Robert, « Management hospitalier », Dunod, 2015 et notamment le chapitre 5 « La planification hospitalière », pages 53-106. TRUCHET Didier, « La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière », AJDA, n°02 1992, pages 130-142.

de la loi pour arrêter les schémas régionaux, une première génération sera applicable jusqu'en 1999, date à laquelle une révision de ceux-ci interviendra¹¹⁶. L'actualisation suivante aura lieu dès 2004¹¹⁷ dans un contexte nouveau puisqu'une ordonnance de 2003¹¹⁸ va supprimer la carte sanitaire et mettre en exergue la dimension transversale et qualitative des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Entre temps, l'élaboration des schémas régionaux sera confiée à une nouvelle autorité spécialisée et territorialisée, l'agence régionale de l'hospitalisation¹¹⁹. Dans le cadre de ces révisions, le secteur devient le territoire de santé et n'est plus un découpage fictif devant permettre l'application de ratios d'implantation de lits d'hospitalisation mais une réalité concrète d'un bassin de population au sein duquel il convient d'organiser les soins.

56. Le regard de plus en plus précis de la planification sera conforté en 2009¹²⁰ avec la création du projet régional de santé. Ce document encore plus global et stratégique inclut les

¹¹⁶ Pour la deuxième génération de schémas régionaux d'organisation des soins, **la circulaire DH/EO n°98-192 du 26 mars 1998** relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire précise que : « *Les SROS 2 poursuivront trois objectifs : améliorer la prise en compte par le système de santé, et en son sein par l'offre hospitalière, des besoins de santé ; promouvoir la coordination des soins en développant la complémentarité entre les différents segments de l'offre : médecine hospitalière, médecine de ville, prise en charge médico-sociale ; accélérer la recomposition du tissu hospitalier.* ».

¹¹⁷ Concernant la troisième génération, **la circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004** relative à l'élaboration des SROS de troisième génération indique que : « *Les SROS de troisième génération se déclineront autour de quatre priorités : une meilleure évaluation des besoins de santé, une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers, une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.* ». Voir également : **APOLLIS Benoît**, « Les nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire : entre dirigisme et concertation », *Revue Droit et Santé*, n°2 2004, pages 155-158.

¹¹⁸ **L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003** portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, renforce le schéma en prévoyant que : « *Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.* ». Sur son interprétation, se référer à : **CLEMENT Jean-Marie**, « L'ordonnance du 4 septembre 2003 : bilan et perspective », *Revue Droit et Santé*, n°1 2004, pages 5-11 et **DE FORGES Jean-Michel, CORMIER Maxence**, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 », *RDSS*, n°1 2004, pages 110-131. Sur l'utilisation du schéma comme outil de planification, se référer à : **PORTE A.**, « Une déclinaison plurielle de l'outil traditionnel de la planification : le schéma », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 22-24 ou encore : **VIGOUROUX Christian**, « L'intervention publique dans le domaine de la santé : planification, autorisation, schéma », *AJDA*, n°9 1995, pages 592-603.

¹¹⁹ **L'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, charge de nouvelles structures de la planification régionale : « *Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. (...)* ». Voir en ce sens : **GHEBALI-BAILLY Marguerite**, « Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'Etat éclaté », *RDSS*, n°3 1997, pages 571-588. **DE FORGES Jean-Michel**, « Le volet hospitalier de la réforme de la protection sociale de 1996 », *RDSS*, n°4 1996, pages 713-742.

¹²⁰ Concernant la création du projet régional de santé, se référer à la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, **chapitre V – section 1** : « *Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses*

précédents schémas régionaux devenant au passage des schémas d'organisation des soins et non plus seulement des schémas d'organisation sanitaire. Le projet régional de santé bénéficie en parallèle de la mise en place des agences régionales de santé¹²¹ dont l'autorité et le champ de compétences élargi renforcent son approche globale. Le projet régional de santé se compose ainsi de plusieurs sous-ensembles avec un plan stratégique régional de santé fixant les objectifs de santé définis pour la région, les schémas régionaux et des programmes portant notamment sur l'accès aux soins par les personnes les plus démunies ou la télémédecine¹²². Le prisme est large puisqu'il est précisé par la loi que le plan stratégique de santé doit prendre en considération des aspects aussi spécialisés que la santé au travail ou la santé en milieu scolaire relevant traditionnellement de l'action d'autres administrations publiques. De même, les schémas régionaux s'émancipent de leur carcan sanitaire pour traiter de l'ensemble des soins, comprenant les soins ambulatoires et hospitaliers, et sont assortis de schémas régionaux traitant de la prévention et de l'organisation médico-sociale. Le schéma régional de prévention traite également des domaines de la promotion de la santé, de la santé environnementale¹²³ et de la sécurité sanitaire. Le caractère transversal du projet régional de santé est enfin renforcé par l'intégration d'un programme pluriannuel régional de gestion des risques arrêté après concertation et contractualisation avec les organismes et services de l'Assurance-Maladie.

57. Afin d'effectuer cette planification régionale au champ beaucoup plus étendu, le législateur réaffirme la place du territoire de santé¹²⁴ et lui adjoint une instance spécifique de

domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale. ». Se référer également à : **COUR DES COMPTES**, « Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel », in Rapport Sécurité Sociale 2014, pages 321-347, septembre 2014.

¹²¹ Voir à ce sujet : **RITTER Philippe**, « Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) », janvier 2008, 63 pages. **COUR DES COMPTES**, « La mise en place des agences régionales de santé », in Rapport Sécurité Sociale 2012, pages 232-260. **BORGETTO Michel**, « Les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale », RDSS, n°03 2016, pages 403-404. **CASTAING Cécile**, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », AJDA, n°40 2009, pages 2212-2218. **CHAUVET Clément**, « La nature juridique de l'agence régionale de santé », RDSS, n°03 2016, pages 405-414. **CHAUVIN Francis**, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », RDSS, n°HS 2009, pages 65-76.

¹²² Sur les questions posées par la télémédecine et le numérique en santé, consulter : **TRUCHET Didier**, « Télémédecine et déontologie », RDSS, n°01 2020, pages 44-50. **ESPESSON Béatrice**, **BENNICHE Mélissa**, **DUROUSSET Jean-Loup**, « Droit agile et révolution numérique en santé », LEH éditions, 2021, 221 pages. **ESPESSON Béatrice** (sous la direction de), « Innovation juridique et transversalité des politiques liées au numérique, à la santé et aux territoires : actes du colloque tenu à la Faculté de droit de Saint-Etienne le 28 septembre 2017 », LEH Édition, 2018, 151 pages. **ESPESSON Béatrice**, « L'impact du numérique dans le droit de la santé », Journal de gestion et d'économie de la santé, n° 8 2022, pages 172-187. **ESPESSON Béatrice**, « Des « Télé médecins » en pharmacie : une innovation applicable en France ? », Droit, Santé et Société, n°01 2015, pages 70-78. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Télémédecine et égal accès aux soins », RDSS, n°01 2020, pages 13-22.

¹²³ Sur cette extension du droit de la santé aux questions environnementales, se référer à : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Santé et environnement », RDSS, n°HS 2019, p. 5.

¹²⁴ Sur la notion de territoire de santé, la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, **chapitre V – section 3** précise que : « *L'agence régionale de santé définit*

concertation devant s'assurer de la cohérence entre les projets territoriaux et les objectifs du projet régional de santé, lequel est par ailleurs fondé sur le diagnostic des besoins locaux de santé. En 2016¹²⁵, ce cadre de planification régional est à nouveau remodelé pour accroître sa vision prospective des besoins de santé de la population. Il comprend notamment en ce sens un cadre d'orientation stratégique établi quant à lui pour une durée de dix ans¹²⁶, tandis que le schéma régional de santé, regroupant désormais l'ensemble des schémas régionaux précédemment spécialisés, reste arrêté pour cinq ans.

les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. ». Voir à ce sujet : **BOURDILLON François**, « Les territoires de santé : un outil de planification en santé », RDSS, n°HS 2009, pages 28-34. **VILLENEUVE Pierre**, « Une nouvelle approche territoriale de l'offre de soins ? A propos de la loi du 21 juillet 2009 », La semaine juridique Edition générale, n°37, 7 septembre 2009, notice 210. **MARIN Philippe**, « Le territoire de santé : un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré », Les Cahiers de la Fonction Publique n°343, mai 2014, pages 52-55.

¹²⁵ Concernant la révision du projet régional de santé et le changement de ses sous-ensembles, la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 158**, indique que : « *Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le projet régional de santé est constitué : d'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ; d'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11. Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ; d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.* ». Voir également : **NIETO Adrien**, « PRS de nouvelle génération et politique territoriale de santé », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 92-98.

¹²⁶ Le **décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016** relatif au projet régional de santé, complète cet ordonnancement en précisant que : « *Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. (...) Ces objectifs portent notamment sur : 1o L'organisation des parcours de santé ; 2o Le renforcement de la pertinence, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de l'efficacité des prises en charge et des accompagnements ; 3o Les effets sur les déterminants de santé ; 4o Le respect et la promotion des droits des usagers. Le cadre d'orientation stratégique s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.* ». Voir ainsi : **CORMIER Maxence**, « La réforme de la planification sanitaire et médico-sociale », Les Cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 32-36.

B) Une planification contractualisée aux effets limités

58. Au cours des dernières décennies, la planification s'est accompagnée de l'instauration corollaire d'une contractualisation avec les opérateurs (a). Ce double mouvement de planification et de contractualisation a néanmoins eu des résultats mitigés (b).

a. L'instauration corollaire d'une contractualisation avec les opérateurs

59. Au fil de son évolution, la planification s'est structurée autour d'une approche plus qualitative que quantitative. Elle a élargi son champ d'application, l'organisation hospitalière était son unique prisme lors du II^{ème} Plan dans une optique de reconstruction ou d'amélioration des établissements de santé. Elle s'attache désormais à la santé en général, les soins hospitaliers n'étant qu'un maillon, certes primordial mais réinséré dans un continuum de soins allant des soins ambulatoires de ville en amont, au secteur médico-social en aval et en toile de fond des démarches de prévention. Cette planification s'est surtout adaptée aux réalités en faisant émerger la notion de territoire de santé, pouvant ne pas coïncider avec les découpages administratifs classiques mais visant à être le niveau adéquat d'organisation des soins. La planification a permis de la sorte de réorganiser l'offre de soins mais elle connaît aussi des limites. Elle prévoit un schéma d'organisation et bénéficie du régime juridique des autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds pour accorder ou non le droit d'exercer une activité au sein d'un établissement de santé. Mais, elle ne suffit pas en soi à faire naître des initiatives parmi les acteurs locaux de santé. La planification constitue une démarche sans doute indispensable mais qui reste de nature descendante et impérative. Les acteurs, devant mettre en œuvre ses préconisations, ne sont pas incités à le faire, notamment en raison d'une certaine absence de responsabilité leur incombant.

60. Aussi, comme de nombreuses autres politiques publiques, la planification hospitalière a été progressivement associée à d'autres instruments au premier rang desquels figure la contractualisation avec les opérateurs en charge de la mettre en œuvre. La forme de contractualisation privilégiée dans le cadre de cette planification hospitalière a été le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens¹²⁷. Les autorités en charge de l'élaboration de la

¹²⁷ Sur le contrat d'objectifs et de moyens et sa nature, voir notamment : **COCQUEBERT Laurent**, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », RDSS, n°01 2012, pages 34-44. **COCQUEBERT Laurent**,

planification régionale, en l'espèce les agences régionales de santé, en concluent un avec l'Etat. Mais surtout, les établissements de santé de toutes les régions ont l'obligation d'être signataires d'un contrat avec l'agence régionale de santé dont ils relèvent. Ces contrats sont éminemment stratégiques pour les établissements de santé et leur portée conduit donc à leur caractère pluriannuel fixé à cinq ans. Ils font l'objet d'une négociation préalable entre les établissements et l'agence régionale de santé sur la base d'un guide méthodologique formalisé par chaque agence régionale de santé tendant à créer ainsi un cadrage homogène pour tous les établissements de santé. Le contenu de ces contrats pluriannuels est traditionnellement décomposé en trois parties¹²⁸. Il s'agit tout d'abord de déterminer les actions que l'établissement de santé s'engage à mettre en œuvre afin de favoriser la réalisation des objectifs régionaux de santé déterminés dans le projet régional de santé. Il peut ainsi s'agir de développer les prises en charge en ambulatoire, de structurer des filières entre les soins de ville et l'hôpital ou encore de réduire la prévalence de l'usage du tabac parmi le personnel de l'établissement. En second lieu, le contrat pluriannuel définira les projets stratégiques que l'établissement de santé a proposé et qui ont reçu l'accord de principe de l'agence régionale de santé. En l'occurrence, le contrat peut faire référence à des projets immobiliers, au développement d'une activité de soins ou à la construction de coopérations renforcées avec une autre structure. Enfin, le contrat pluriannuel fera l'état des lieux des financements spécifiques versés à l'établissement par l'agence régionale de santé au titre des missions d'intérêt général ou des missions de service public, tels que les crédits dédiés à la permanence des soins¹²⁹. Ainsi, pour une spécialité médicale ou chirurgicale donnée, l'établissement devra assumer l'accueil des patients de façon permanente, ce qui diffère de la continuité des soins en ce sens qu'il s'agit de l'accueil de nouveaux patients. Cette description fait apparaître un schéma paraissant très efficace. De la sorte, l'agence régionale de

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », RDSS, n°01 2012, pages 34-44. **HARDY Jacques**, « Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », Droit social, n°11 1997, pages 949-960. **RIHAL Hervé**, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », RDSS, n°01 2012, pages 27-33. Sur la notion de contractualisation, se référer à : **TRUCHET Didier**, « Contractualisation et décentralisation fonctionnelle », RFDA, n°02 2018, pages 221-226. Et plus largement à : **TRUCHET Didier**, « Droit administratif », Presses Universitaires de France, 2021, 530 pages.

¹²⁸ L'**ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée – **Section IV**, précise les attendus des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en indiquant que : « *Les contrats (...) déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé. A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération. (...) Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L.712-3-2 et L. 712-3-3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre. (...) Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement (...).* ».

¹²⁹ Sur la continuité et la permanence des soins, consulter : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « La continuité et l'accès aux services de santé », RDSS, n°01 2013, pages 21-30.

santé fixe des objectifs de santé sur la base desquels une planification est établie, notamment en termes d'implantations d'établissements et d'activités de soins. Puis, ces implantations sont mises en mouvement pour servir les objectifs de santé par le biais d'une contractualisation permettant de responsabiliser les acteurs. La voie de la négociation complète ainsi utilement l'approche administrative traditionnelle de l'acte unilatéral. Cependant, ce modèle théorique est souvent éloigné de la pratique d'un contrat pluriannuel faisant l'objet de peu de négociation et relevant comme tout contrat administratif d'un acte d'autorité de l'agence régionale de santé détenant des prérogatives de puissance publique dont dépendent *in fine* la conclusion du contrat.

61. Afin d'accroître la responsabilisation et l'engagement des acteurs hospitaliers, la contractualisation a été complétée ces dernières années par une approche fondée sur des appels à projets ou à manifestation d'intérêts. De la sorte que pour chaque projet de développement d'activité sous la forme par exemple de la mise en place d'une structure médico-sociale ou d'une action de santé publique, les agences régionales de santé publient des appels à projets associés à un cahier des charges. Sur le territoire considéré par cet appel à projets, tous les établissements peuvent ou non concourir à l'exercice de cette mission. Cette modalité de mise en concurrence des établissements pour accorder une autorisation ou un financement se développe considérablement au sein de l'administration publique. Cette technique vise à renforcer l'efficacité d'une action publique en la confiant à l'établissement le plus compétent ou ayant le meilleur projet. Il s'agit là d'une approche visant à éviter les effets potentiellement néfastes de la position dominante ou établie d'un établissement et cet outil s'insère ainsi totalement dans la lignée du New Public Management¹³⁰. Dans le champ hospitalier, cette technique est désormais devenue la norme en matière de recherche clinique¹³¹. Elle s'est véritablement installée dans le domaine des activités de soins en 2009 avec la mise en place d'un système de mise en concurrence pour la réalisation des missions de service public entre les établissements publics et privés de santé. Il convient cependant de nuancer cette concurrence dans la mesure où les établissements publics bénéficiaient d'une reconnaissance préférentielle mais non absolue. Le passage d'une conception organique et homogène du service public hospitalier à une vision fonctionnelle reposant sur quatorze missions scindées procède de cette

¹³⁰ Pour rappel sur les principes de ce courant de pensée, voir notamment : **CHAPPOZ Yves, PUPION Pierre-Charles**, « Le New Public Management », *Gestion et management public*, n°02 2012, pages 1-3. **MORGANA Laurence**, « Un précurseur du New Public Management : Henri Fayol (1841-1925) », *Gestion et management public*, n°02 2012, pages 4-21.

¹³¹ Concernant la recherche clinique, consulter par exemple : **DIEBOLT Vincent, MISSE Christophe**, « Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital - Enjeux, réglementation, organisation et financement », Dunod, 2014, 286 pages.

logique d'appels à projets¹³². Même si en 2016, la conception en bloc du service public hospitalier a été rétablie, l'utilisation d'appels à projets ou à manifestation d'intérêts est restée une modalité utilisée par les agences régionales de santé afin de stimuler les initiatives des acteurs locaux.

b. Les résultats mitigés de ce double mouvement de planification et de contractualisation

62. L'organisation hospitalière française a été un champ d'action privilégié de la démarche de planification mise en œuvre par l'administration publique. Les techniques utilisées à cet effet ont été améliorées au fil des années jusqu'à une approche très précise des activités de soins et des équipements lourds à installer pour répondre aux besoins de santé de chaque bassin de population. Une démarche de contractualisation a été mise en place afin de limiter la vision unilatérale de la planification et d'inciter plus que de contraindre les acteurs locaux à mettre en œuvre les actions souhaitées par l'Etat. Cependant, non pas que la planification ait été infructueuse, mais les enjeux du secteur de la santé et l'évolution des techniques de prise en charge ont rapidement fait que les résultats attendus de la planification n'ont plus été suffisants pour assurer une régulation adéquate. Ainsi, les inégalités d'accès aux soins se sont accrues

¹³² La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – **Article 1^{er}**, précise les différentes missions de service public hospitalier : « *Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : 1o La permanence des soins ; 2o La prise en charge des soins palliatifs ; 3o L'enseignement universitaire et postuniversitaire ; 4o La recherche ; 5o Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ; 6o La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ; 7o Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; 8o L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ; 9o La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ; 10o Les actions de santé publique ; 11o La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ; 12o Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ; 13o Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ; 14o Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.* ». Voir à ce sujet : **TABUTEAU Didier**, « Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics », *Droit social*, n°12 2011, pages 1277-1282. **TABUTEAU Didier**, « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », *RDSS*, n°01 2013, pages 5-20. **VALLAR Christian**, « Permanence des soins et service public hospitalier », *RDSS*, n°2 2004, pages 288-297. **DEVICTOR Bernadette, DUBOSQ Christian, FENOLL Bertrand, CASTEL Paul**, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le service public hospitalier », février 2013, 143 pages. **DESCOURS-ALFANDARI Nathalie, VORMS Bertrand**, « Le service d'intérêt économique général : chronique d'une mort annoncée de l'hospitalisation privée ou du système de santé ? », *Revue Droit et Santé*, n°67 2015, pages 651-664. **SAISON Johanne**, « Ma santé 2022 : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé », *RDSS*, n°1 2019, pages 25-34.

tandis que les dépenses de santé devenaient de plus en plus conséquentes et alors que les acteurs d'un même bassin étaient davantage des concurrents que des partenaires.

63. L'objectif premier de la planification hospitalière était de mettre en œuvre le principe d'égalité d'accès aux soins sur l'intégralité du territoire national. Il s'agissait de mettre en place les structures hospitalières requises en fonction d'un indice populationnel et en prenant en considération les aléas géographiques de certaines zones isolées. En ce sens, la planification hospitalière a été un véritable succès. Avec près d'un millier d'établissements publics de santé, le maillage territorial souhaité a été fondé¹³³. La gradation des soins à travers le recours à des centres hospitaliers de référence et des centres hospitaliers universitaires de recours est devenue un dispositif ancré dans les parcours des patients. Pourtant, il n'a jamais été autant question de déserts médicaux en France¹³⁴. Cela procède du fait que la planification s'est attelée à répartir les structures et les autorisations d'activité mais qu'elle n'a pas été en mesure de relever le défi de la démographie médicale et de sa répartition harmonieuse au sein des différents établissements. Parallèlement, les progrès médicaux ont conduit à une spécialisation toujours plus accrue des praticiens renforçant par là même la difficulté à assurer une continuité des soins ne pouvant reposer sur un praticien mais requérant une équipe de plusieurs spécialistes.

64. L'enjeu financier n'a pas davantage été relevé par les efforts de la planification hospitalière. Sa première phase a été au contraire d'établir une remise à niveau des structures et d'être un projet bâtisseur. Mais très vite, la médecine est devenue de plus en plus onéreuse du fait de sa spécialisation, de l'utilisation croissante d'équipements biomédicaux dont les évolutions conduisent à leur renouvellement fréquent et à l'apparition de molécules pharmaceutiques plus adaptées aux prises en charge mais conduisant à des coûts exponentiels de recherche et de développement. Le tendanciel des dépenses hospitalières étant bien supérieur aux ressources que la Nation peut mettre à disposition de ce secteur d'activité, des efforts d'économie sont annuellement demandés aux établissements à travers la loi de financement de la Sécurité sociale. Des améliorations de performance étaient possibles et légitimes, et elles ont notamment été initiées dans le domaine des achats hospitaliers, de la gestion des ressources

¹³³ Pour une vision globale sur le maillage des établissements de santé en France, consulter : **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES**, « Panorama de la DREES Santé – Les établissements de santé – Edition 2022 », juillet 2022, 231 pages.

¹³⁴ Voir par exemple : **BABINET Olivier, ISNARD BAGNIS Corinne**, « Les déserts médicaux en question(s) », Presses de l'EHESP, 2021, 168 pages. **HASSENTEUFEL Patrick, SCHWEYER François-Xavier, GERLINGER Thomas, REITER Renate**, « Les déserts médicaux comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », Revue française des affaires sociales, n°01 2020, pages 33-56. **CHEVILLARD Guillaume, LUCAS-GABRIELLI Véronique, MOUSQUES Julien**, « Déserts médicaux en France : état des lieux et perspectives de recherches », L'Espace géographique, n°04 2018, pages 362-380.

humaines ou des transformations des prises en charge avec le développement de l'ambulatoire. Mais, le nombre d'établissements de santé n'a que peu été réinterrogé alors même que le développement des moyens de communication et de transport pourrait conduire à penser qu'un maillage territorial datant des années 1960 n'est plus nécessairement le plus adapté à la situation actuelle. Une révision du nombre de structures ou de leurs activités aurait pu être une piste de moindre dépense tout en augmentant la sécurité des soins pour des prises en charge brèves ne nécessitant pas une proximité immédiate du lieu d'habitation du patient. Les réticences politiques et la difficile pédagogie en la matière envers la population n'ont pas permis d'ouvrir ce débat. Le constat reste par conséquent un accroissement sensible des dépenses hospitalières¹³⁵ rendant indispensable aussi la réflexion quant à la pertinence de certains soins¹³⁶ alors qu'une approche consumériste de la santé semble désormais bien ancrée.

65. Cet écueil de mobilisation des acteurs devait être réglé par l'introduction de mécanismes de contractualisation au sein de la planification hospitalière. Certes, cette contractualisation n'est en réalité qu'un acte unilatéral négocié, la volonté d'un des acteurs étant soumise à une asymétrie de négociation et à la prérogative de puissance publique dont dispose l'autre cocontractant. Malgré tout, ce mécanisme permet d'assujettir de fait la volonté d'un établissement de santé en lui faisant respecter les objectifs du planificateur et en lui finançant par ailleurs certaines missions spécifiques. Mais, un contrat pluriannuel entre un établissement et l'agence régionale de santé n'empêchera pas le premier d'avoir au quotidien une stratégie de concurrence avec les autres acteurs de santé du territoire, pourtant disposant eux-mêmes de leur propre contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le contrat est bilatéral et ne conduit pas à la constitution d'un collectif entre les acteurs au sein d'un bassin de population. Ainsi, pour gagner en effectivité, la planification au-delà de la responsabilisation des acteurs à travers le contrat, devra faire naître une communauté d'intérêts entre eux ; il s'agira là de toute l'ambition de la coopération hospitalière.

¹³⁵ Voir **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES**, « Les dépenses de santé en 2021 – Résultats des comptes de la santé », édition 2022, 273 pages.

¹³⁶ Voir en ce sens : **GINON Anne-Sophie**, « La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 428-436.

Paragraphe II : La territorialisation progressive des structures et des politiques publiques en santé

66. La planification des politiques publiques de santé n'a pas entraîné le mouvement périodique escompté de réorganisation de l'offre de soins. Comme pour d'autres politiques publiques, le pilotage centralisé de cette démarche a été mis en exergue comme un élément explicatif¹³⁷. Il est difficile de prévoir l'organisation des soins dans des territoires aussi disparates que ceux de la France métropolitaine. Des pondérations ou coefficients en fonction de la population desservie ou de l'éloignement géographique des structures ne peuvent être des réponses suffisantes alors que les découpages administratifs utilisés pour planifier ces politiques ne reflètent pas la spécificité des mouvements de la population en matière de santé. Aussi, un mouvement progressif s'est dessiné vers une territorialisation des politiques publiques de santé et des structures les animant. L'objectif est de permettre une différenciation des approches tout en restant dans un cadre national commun. Des structures de pilotage proches des territoires étant nécessaires pour élaborer de telles politiques, ce mouvement s'est construit sur la base de la déconcentration¹³⁸. Celle-ci a été accompagnée d'un découpage *ad hoc* en matière de santé ayant cependant complexifié la compréhension de l'organisation des soins.

67. Nous observerons ainsi que le recours plus récent à une territorialisation des politiques de santé (A), comporte des écueils provenant d'une créativité excessive de découpages territoriaux (B).

A) Le recours plus récent à une territorialisation des politiques de santé

68. La planification hospitalière classique présente deux principaux écueils. Elle est fondée sur une approche unilatérale ne permettant pas aux acteurs de santé d'être parties prenantes de cette démarche. De plus, il s'agit d'un unilatéralisme complété par une homogénéité de la méthodologie. Les spécificités locales sont gommées sans que des différenciations ne soient

¹³⁷ Sur le pilotage national des politiques de santé, consulter : **COUR DES COMPTES**, « La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire », in Rapport Sécurité Sociale 2015, pages 217-244, septembre 2015. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé », juillet 2010, 125 pages. **CLEMENT Jean-Marie**, « La loi HPST : l'Etat maître du jeu hospitalier », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 39-48.

¹³⁸ Au sujet de la déconcentration, voir par exemple : **CORMIER Maxence**, « Déconcentration de la compétence en matière de planification et d'autorisation de certains équipements matériels lourds, notamment en matière d'imagerie », RDSS, n°3 2002, pages 520-521.

possibles. Nous détaillerons par conséquent les raisons ayant conduit à une plus grande territorialisation des politiques hospitalières (a), puis à une territorialisation partielle des autorités de régulation (b).

a. Les raisons d'une plus grande territorialisation des politiques hospitalières

69. Les politiques publiques de santé sont protéiformes, elles peuvent renvoyer certes à l'organisation des soins, mais également à la prévention en milieu scolaire, au développement de l'activité sportive, aux politiques de transport ou encore d'habitat. Elles sont par nature complexes à articuler et à coordonner. Ce constat peut également être appliqué à l'organisation des soins qui va renvoyer aux établissements de santé mais aussi aux structures médico-sociales et sociales, et aux multiples acteurs libéraux et de ville dans des professions aussi diversifiées que les médecins, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et bien d'autres. Enfin, une même déclinaison est possible pour la seule organisation des soins hospitaliers qui relèvera des établissements publics de santé, des établissements de santé privés à but lucratif ou encore des établissements de santé privés d'intérêt collectif. La santé est ainsi un environnement pouvant être qualifié d'atomisé. Plus l'émiettement est important, plus les responsabilités sont diluées entre tous les acteurs et aucun d'entre eux n'est responsable de l'organisation des soins au sein d'un territoire. L'objectif de la territorialisation des politiques de santé vise à réguler une telle situation avec des structures de planification plus proches des territoires et des découpages spécifiques, des lieux de concertation institués pour partager le diagnostic territorial et échanger avec l'ensemble des acteurs concernés. Ainsi, même sans en être responsables au sens juridique, les acteurs s'investissent de fait dans l'organisation des soins au sein de leur territoire¹³⁹.

70. Cette territorialisation permet avant tout de pouvoir traiter plus finement des situations complexes et contrastées selon les territoires. Les démarches de planification pilotées au niveau national vont se fonder sur des indicateurs épidémiologiques et démographiques à l'échelle départementale. Les décisions qui en découleront seront objectivées et basées a priori sur des critères scientifiques, mais l'échelon départemental peut parfois s'avérer encore trop macroscopique pour déployer précisément une politique de santé. Prenons l'exemple d'un

¹³⁹ A ce sujet, consulter : **CORVEZ Alain**, « Les enjeux d'un nouveau pilotage régional (ARS) », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 17-21. **HARDY Jacques**, « Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », RDSS, n°02 2014, pages 229-238.

département disposant d'une superficie importante conduisant à avoir des temps de trajet de plus d'une heure entre le nord et le sud du département. La planification va pouvoir déterminer le nombre de lits et places à consacrer à la médecine ou à la chirurgie, elle pourra également préconiser un nombre de structures d'urgence en se fondant sur un objectif moyen de passages aux urgences. Mais, elle n'indiquera pas la localisation précise de ces capacités d'hospitalisation. Or, celles-ci peuvent être concentrées uniquement dans le sud du département accueillant une aire urbaine dense, mais ne pas prévoir de structure d'urgences dans le nord du département dont la démographie est certes stable mais dont la population est vieillissante et aura un temps de trajet encore bien plus considérable que l'heure prévue statistiquement. De même, des départements connaissant une évolution rapide de leur structure démographique, avec un agrandissement de la population ou un vieillissement accéléré de celle-ci, ne disposeront pas des capacités hospitalières adéquates du fait d'un temps trop long de la planification au niveau national. Tout en conservant une méthodologie scientifique, la présence de structures territorialisées et de politiques plus ciblées dans leur périmètre permettent d'accéder à la réactivité et à la finesse d'analyse requises¹⁴⁰.

b. Une territorialisation partielle des autorités de régulation

71. Le principal axe de la territorialisation en matière de politique de santé a été de créer puis de renforcer un régulateur régional. La déconcentration est ainsi à la base de cette dynamique. A l'inverse, la décentralisation est jusqu'à présent restée très en retrait afin que la territorialisation et la prise en compte des spécificités locales ne conduisent pas à une différenciation non égalitaire des territoires. La première phase de cette déconcentration de la planification hospitalière s'est effectuée dès 1996 avec la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation¹⁴¹ constituées sous la forme de groupements d'intérêt public, ne constituant pas une déconcentration structurelle de l'administration de la santé. Ces agences comprenaient en effet une petite dizaine d'agents par région. Il s'agissait davantage de structures de conseil et d'accompagnement que d'une administration de plein exercice. Corolaire de cette souplesse,

¹⁴⁰ Pour illustration des actions de santé à un niveau infra-départemental, voir par exemple : **LERIQUE Florence**, « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé », RDSS, n°5 2013, pages 859-867.

¹⁴¹ Concernant les agences régionales de l'hospitalisation, consulter par exemple : **CHAUVIN Francis**, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », RDSS, n°HS 2009, pages 65-76. **GHEBALI-BAILLY Marguerite**, « Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'Etat éclaté », RDSS, n°3 1997, pages 571-588. **COUR DES COMPTES**, « Organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie », in Rapport Sécurité Sociale 2004, pages 267-302.

les prérogatives des agences régionales de l'hospitalisation étaient relativement restreintes. Elles ont néanmoins permis de déployer les schémas régionaux d'organisation des soins représentant une planification hospitalière fondée pour la première fois sur un diagnostic fin des réalités territoriales. Mais, la pluralité des administrations de régulation intervenant dans le champ de la santé au niveau régional restait une réalité ; les agences régionales de l'hospitalisation ne venaient finalement qu'ajouter un acteur supplémentaire.

72. En 2009, le législateur a ainsi souhaité franchir un nouveau cap en remplaçant les agences régionales de l'hospitalisation par des agences régionales de santé¹⁴², désormais sous la forme d'établissements publics administratifs. Surtout, ces nouvelles agences regroupent un certain nombre d'opérateurs tant de l'Etat que de la Sécurité sociale au niveau de la région. De ce fait, leurs compétences se voient élargies à l'ensemble de l'organisation des soins, y compris médico-sociaux ou de ville, et à des champs tels que la prévention ou la santé environnementale. Par conséquent, cette agence régionale de santé va détenir l'ensemble des outils nécessaires pour organiser pleinement l'offre de soins au sein de la région. Traduction de cette dynamique, le Directeur Général de l'agence régionale de santé est doté de compétences propres très importantes lui conférant régulièrement le titre de préfet sanitaire de la région¹⁴³. Loin de recréer au niveau régional une planification homogène telle qu'elle était précédemment appliquée, les agences régionales de santé vont déployer des délégations territoriales au sein de chaque département afin de connaître précisément les spécificités locales et de pouvoir organiser la concertation avec les acteurs de santé locaux.

¹⁴² Sur les agences régionales de santé, voir par exemple : **COUR DES COMPTES**, « La mise en place des agences régionales de santé », in Rapport Sécurité Sociale 2012, pages 232-260. **RITTER Philippe**, « Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) », janvier 2008, 63 pages. **ACAR Bruno**, « L'Etat départemental au cœur de la gestion de la crise sanitaire », RDSS, n°03 2022, pages 403-411. **CASTAING Cécile**, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », AJDA, n°40 2009, pages 2212-2218. **CHAUVET Clément**, « La nature juridique de l'agence régionale de santé », RDSS, n°03 2016, pages 405-414. **CORVEZ Alain**, « Les enjeux d'un nouveau pilotage régional (ARS) », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 17-21. **DELANDE Guy, AMIEL Philippe**, « Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile », Revue Droit et Santé, n°34 2010, pages 194-197. **TABUTEAU Didier**, « Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », RDSS, n°06 2017, pages 1056-1064. **DE LARD Brigitte, TANGUY Hervé**, « Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé », RDSS, n°5 2009, pages 845-857. **PIERRU Frédéric**, « Agences régionales de santé : mission impossible », RFAP, n°02 2020, pages 385-403.

¹⁴³ Autour des pouvoirs du Directeur Général de l'agence régionale de santé, se référer à : **LELEU Thibault**, « Les relations entre ministres et agences régionales de santé précisées par le juge – Note sous Conseil d'Etat, 12 décembre 2012, Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA) et Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP) », RDSS, n°02 2013, pages 275-282. **NAITALI Pierre**, « Les pouvoirs du directeur général de l'ARS en matière médico-sociale », RDSS, n°03 2016, pages 415-424. **VIDANA Jean-Louis**, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », RDSS, n°02 2012, pages 267-279. **APOLLIS Benoît**, « La dualité fonctionnelle du directeur général de l'ARS », Revue Droit et Santé, n°53 2013, pages 377-381.

73. Un mouvement d'ampleur de déconcentration est ainsi intervenu au cours des vingt-cinq dernières années, mais sans être couplé d'une plus grande décentralisation en matière de santé¹⁴⁴. L'Etat reste responsable de l'objectif de protection de la santé et les collectivités territoriales sont limitées à des matières subsidiaires. Ainsi, dans le champ hospitalier, les élus locaux sont représentés au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé. Mais, depuis la transformation des anciens conseils d'administration, ces instances sont plus informatives que décisionnelles. Il en est de même au niveau de l'agence régionale de santé où le conseil d'administration, présidé par le préfet de région, comprend les élus locaux mais est bien loin de disposer de compétences équivalentes à celles du Directeur Général de l'agence. Les collectivités territoriales sont par contre compétentes dans des domaines importants de la santé environnementale avec des pouvoirs de police spéciale pour la commune concernant les piscines, les eaux de baignade ou encore les cimetières¹⁴⁵. Le département est compétent essentiellement dans le champ médico-social d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Tandis que la région participe au financement des instituts de formation paramédicale et peut intervenir dans le domaine de la santé à travers ses compétences en matière de développement économique¹⁴⁶.

B) Une créativité excessive de découpages territoriaux

74. La territorialisation des structures, essentiellement à travers la déconcentration, a été accompagnée de la révision des découpages administratifs servant de base à la planification. Cette logique a cependant été poussée jusqu'à l'extrême et a favorisé l'émergence d'un nombre conséquent de découpages au point de complexifier la compréhension et la cohérence des

¹⁴⁴ Sur la place des collectivités territoriales en matière de santé, voir notamment : **DONIER Virginie**, « Les partenariats entre ARS et départements », RDSS, n°03 2016, pages 451-458. **DONIER Virginie**, « La construction des compétences départementales, ou la porosité de la distinction entre action sanitaire et action sociale », RDSS, n°03 2022, pages 423-432. **LAFORCADE Michel**, « Les partenariats entre ARS et régions », RDSS, n°03 2016, pages 443-450. **LEVOYER Loïc**, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », AJDA, n°40 2009, pages 2219-2223. **LONG Martine**, « La loi 3DS : la fin du département-providence ? », RDSS, n°03 2022, pages 412-422. **MAILLARD DESGREES DU LOÛ Dominique**, « La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements », AJDA, n°08 2006, pages 406-409. **PONTIER Jean-Marie**, « La santé, entre centralisation et décentralisation », RDSS, n°04 2019, pages 669-679.

¹⁴⁵ Voir aussi : **TRUCHET Didier**, « La ville dans le droit de la santé », Les Tribunes de la santé, n°03 2017, pages 43-47.

¹⁴⁶ Pour une perspective en la matière, se référer à : **TRUCHET Didier**, « Aspects historiques et institutionnels », Les Tribunes de la santé, n°03 2006, pages 23-28.

politiques de santé. Nous constaterons en ce sens le foisonnement des zonages et territoires de santé (a), entraînant une lisibilité limitée de l'action publique (b).

a. Le foisonnement des zonages et territoires de santé

75. En premier lieu, l'approche par département a été modifiée pour intégrer la notion de territoire de santé¹⁴⁷ déterminé par l'agence régionale de santé. Ce nouveau découpage a pu épouser les contours du département ou bien s'en extraire selon la volonté du régulateur. L'agence régionale de santé a parfois utilisé cette notion pour déterminer des territoires de santé fondés au contraire sur l'observation des flux de patients quant à leur recours à des structures hospitalières ; cette approche a notamment été retenue en ce qui concerne l'ex région Rhône-Alpes. C'est dans le pourtour du territoire de santé que l'agence régionale de santé va déterminer les objectifs quantifiés du projet régional de santé servant ensuite de base d'analyse à l'octroi ou au refus d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements lourds. Mais, le zonage n'en est pas resté à ce stade puisque les territoires de santé ont pu être divisés en bassins hospitaliers¹⁴⁸ voire même en zones de soins de proximité¹⁴⁹ pour les soins de ville. Par ailleurs, des zonages spécifiques ont été constitués pour l'installation des pharmacies ou d'autres professions réglementées, pour les laboratoires d'analyses médicales sans oublier le zonage particulier des subdivisions d'internat pour la gestion des terrains de stage des internes de médecine.

¹⁴⁷ Sur la notion de territoire de santé, voir : **BOURDILLON François**, « Les territoires de santé : un outil de planification en santé », RDSS, n°HS 2009, pages 28-34. **GIBLIN Béatrice**, « Santé publique et territoires », Hérodote, n°04 2011, pages 3-12. **AMAT-ROZE Jeanne-Marie**, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », Hérodote, n°04 2011, pages 13-32.

¹⁴⁸ Sur les bassins hospitaliers ou de santé, se référer à : **VIGNERON Emmanuel**, « Les bassins de santé, concept et construction », Actualité et dossiers en santé publique, n°29, décembre 1999, pages 38-43. **TONNELIER François**, « Bassins de santé et territoires gérontologiques : limites et frontières », Gérontologie et société, n°01 2010, pages 35-45.

¹⁴⁹ Concernant les zones de soins de proximité, et plus précisément les critères de détermination des zones sous-denses, consulter l'**arrêté du 1er octobre 2021** modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

b. Une lisibilité limitée de l'action publique

76. Un tel foisonnement de zonages a créé de la complexité et réduit la compréhension des mécanismes de régulation¹⁵⁰. Les professionnels de santé voulant coopérer entre eux sont encadrés par des découpages et des instances locales de concertation distincts. La permanence des soins relève de chaque établissement de santé au sein de chaque bassin hospitalier tout en faisant reposer la régulation médicale sur un seul établissement du département. Mais la régulation médicale libérale¹⁵¹, le plus souvent réalisée dans les locaux mêmes du SAMU-Centre 15 est distincte et va solliciter des effecteurs selon un découpage spécifique à la permanence des soins ambulatoires ou faire appel à des transports sanitaires ayant eux-mêmes un découpage particulier d'intervention. Au-delà de ces problématiques d'articulation entre les différents zonages existants, ceux-ci peuvent encore être bouleversés par des dispositifs contractuels. Il en est ainsi des contrats locaux de santé¹⁵² signés entre l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale ou un groupement concernant principalement des actions de promotion de la santé ou de prévention. Avec une telle structuration territoriale, les acteurs de santé n'arrivent pas à en appréhender les mécanismes, et la population encore moins.

Section II : Une coopération hospitalière trop morcelée pour être structurante

77. La territorialisation des politiques de santé a complété la planification hospitalière pour la rendre plus proche des réalités territoriales, des enjeux de chaque bassin de population et des acteurs. Elle a conduit à un morcellement des territoires en des zones spécialisées mais offrant au final un cadre peu lisible aux non-initiés. Cette territorialisation de la planification a constitué une avancée pour plus d'adaptabilité face à la différenciation naturelle entre les territoires. Mais, ce cadre de planification plus opérationnel reste confronté à une véritable atomisation des acteurs de santé. Or, il est vain de planifier s'il est impossible de faire se coordonner les acteurs

¹⁵⁰ Sur la complexité des différents niveaux de découpage, voir : **EVIN Claude**, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », RDSS, n°1 2017, pages 107-118.

¹⁵¹ Au sujet de la permanence des soins ambulatoires, voir : **LEMORTON Catherine**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins », juin 2015, 179 pages.

¹⁵² En ce qui concerne les contrats locaux de santé, consulter par exemple : **FLEURET Sébastien**, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? », Sciences sociales et santé, n°02 2016, pages 107-115.

de santé pour réaliser les objectifs fixés. La planification territorialisée en santé s'est donc accompagnée d'une démarche de coopération hospitalière¹⁵³. Malgré tout, le constat partagé par les autorités publiques et les acteurs a été maintes fois celui d'un caractère insuffisant¹⁵⁴, conclusion que nous rejoindrons dans notre analyse. L'objectif des coopérations est double à savoir d'une part de faire se coordonner les acteurs et d'autre part de le faire à des fins de réorganisation de l'offre de soins afin que celle-ci évolue au gré des besoins de santé. Même l'adjonction d'autres techniques de régulation, comme le mode de financement des établissements de santé, n'a pas permis d'améliorer ce bilan mitigé ayant conduit à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire.

78. La diversité des outils juridiques présente des avantages mais aussi des limites et en réalité nous observons un trop grand foisonnement d'outils de coopération hospitalière (paragraphe I). Les autres politiques de régulation ont également connu des effets restreints en matière d'organisation de l'offre de soins (paragraphe II).

Paragraphe I : Un trop grand foisonnement d'outils de coopération hospitalière

79. La coopération hospitalière est un levier important de la planification des politiques de santé. Celle-ci peut émaner de la volonté propre des acteurs ou bien être une condition préalable à l'octroi ou au maintien d'autorisations sanitaires¹⁵⁵, que cela soit à la demande de l'agence régionale de santé ou un principe même établi par les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins ou équipement lourd¹⁵⁶.

¹⁵³ Sur la notion de coopération hospitalière, consulter : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979. **COUR DES COMPTES**, « Les coopérations hospitalières », in Rapport Sécurité Sociale 2011, septembre 2011, pages 259-286. **CORMIER Maxence**, « Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », AJDA, n°08 2006, pages 416-421. **DUPONT Marc**, « Hôpital public et coopération sanitaire », RDSS, n°HS 2015, pages 23-40. **KELLER Catherine, LOUAZEL Michel**, « Coopération hospitalière et territoire », Les Cahiers de la Fonction Publique n°363, février 2016, pages 40-43.

¹⁵⁴ Pour illustration, voir : **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages.

¹⁵⁵ Pour un panorama global du droit des autorisations sanitaires, se référer à : **LEMOYNE DE FORGES Jean-Michel**, « 50 ans d'autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 423-432.

¹⁵⁶ En ce sens, **le décret n° 2022-693 du 26 avril 2022** relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer prévoit que pour être autorisé en chimiothérapie, il convient d'être doté : « *D'une pharmacie à usage intérieur autorisée pour la réalisation de préparations de médicaments anticancéreux au sein d'une unité centralisée de préparation de cytotoxiques qui respecte les recommandations de bonnes pratiques de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Si le titulaire ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou d'unité centralisée de préparation de cytotoxiques, la préparation est réalisée dans le cadre d'une convention de sous-traitance avec un autre établissement autorisé à la réalisation de préparations de médicaments anticancéreux au sein d'une unité centralisée de préparation de cytotoxiques.* »

80. Nous verrons que les outils juridiques mis à disposition des acteurs pour favoriser les coopérations hospitalières témoignent d'un véritable foisonnement avec le passage progressif de constructions juridiques de droit commun à des outils spécifiques au domaine hospitalier (A). Nous tenterons ainsi de traduire cette diversité en une classification des modèles de coopération (B).

A) Le passage progressif de constructions juridiques de droit commun à des outils spécifiques au domaine hospitalier

81. Le développement des coopérations hospitalières a dans un premier temps reposé sur le recours peu adapté à des constructions juridiques de droit commun (a), puis ceux-ci ont été rapidement complétés par le développement d'outils complexes de coopération spécifiques à l'hôpital (b).

a. Le recours peu adapté à des constructions juridiques de droit commun

82. Parmi le foisonnement d'outils juridiques traitant de la coopération hospitalière au fil des décennies, certains relèvent de dispositifs de droit commun mais leur adaptation au champ hospitalier a été variable. L'approche conventionnelle simple repose sur les dispositions du Code de la santé publique indiquant que les établissements publics de santé peuvent signer entre eux des conventions de coopération¹⁵⁷ de plusieurs natures. L'approche conventionnelle simple

¹⁵⁷ Concernant la possibilité pour les établissements publics de santé de recourir à des conventions, voir l'**article L.6134-1 du Code de la santé publique** : « Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales inter hospitalières. Pour les actions de coopération internationale, les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français. ». Voir en ce sens : **HOLCMAN Robert**, « Management hospitalier - Manuel de gouvernance et de droit hospitalier », Dunod, 2017, 896 pages. **TRUCHET Didier, APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages. Pour nous, il existe trois grands types de conventions hospitalières. Tout d'abord, il peut s'agir de conventions cadre de partenariat qui fixeront de grands axes de coopération entre deux ou plusieurs établissements de santé. Ce type de convention établira des principes généraux sans traiter de façon détaillée et opérationnelle de chaque action de coopération. Les conventions cadre ont vocation à être de nature essentiellement symboliques et politiques traduisant la volonté de travailler ensemble entre deux établissements. Ensuite, il peut exister des conventions que nous pouvons qualifier de techniques et qui vont avoir comme objet de détailler le parcours des patients

entre établissements de santé s'est ainsi largement développée, mais elle ne conduit que rarement à une communauté d'intérêts et à un alignement de stratégie entre des établissements signataires pouvant chacun mettre fin tout aussi aisément à leur partenariat. De même, le groupement d'intérêt public est quant à lui un outil généraliste créé au début des années 1980¹⁵⁸ puis rapidement étendu au champ sanitaire et social. Le recours aux groupements d'intérêt public a été relativement modeste dans le champ de la santé et les principaux exemples ont été les désormais disparues agences régionales de l'hospitalisation ou encore l'Agence nationale d'appui à la performance.

83. Les groupements d'intérêt économique¹⁵⁹ ont au contraire connu un succès plus marqué en permettant une coopération entre personnes morales et physiques pour une durée déterminée et avec un objectif de faciliter ou de développer l'activité économique de leurs membres. De tels groupements d'intérêt économique ont émergé en nombre mais essentiellement dans le domaine de l'imagerie médicale. Y compris à la demande des agences régionales de santé, des groupements ont été constitués entre établissements publics et privés afin de gérer conjointement des autorisations d'équipements lourds comme les scanners et les IRM. L'objectif des agences régionales de santé était de s'assurer par une telle coopération que ces

entre les établissements signataires pour une prise en charge spécifique. Il peut s'agir par exemple des modalités de communication entre praticiens puis de prise en charge des patients étant en unité de surveillance continue dans le premier établissement et devant être transférés dans une unité de réanimation dans l'établissement partenaire. De telles conventions techniques sont fréquemment requises par les décrets fixant les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins. Enfin, une grande part des conventions conclues entre établissements de santé relève d'une troisième catégorie, à savoir les conventions de mise à disposition de personnel du fait que la médecine étant de plus en plus spécialisée, il n'est pas possible pour un établissement de petite ou moyenne taille de disposer de l'ensemble des compétences médicales requises.

¹⁵⁸ Concernant le cadre juridique du groupement d'intérêt public, voir sa création par la **loi du 15 juillet 1982** d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France ; puis son extension à la santé par la **loi du 23 juillet 1987** relative au mécénat ; et son statut juridique de personne morale de droit public soumise à un régime spécial à travers **Tribunal des conflits, 14 février 2000, GIP Habitat et interventions sociales pour les mal-logés et les sans-abri**. Pour étude complète de ce sujet, se référer à : **MOIROUD-RECHARD Cécile**, « Le groupement d'intérêt public nouvelle institution publique », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Georges DUPUIS, Université Paris I, 1994. **ORSONI Gilbert**, « Nature juridique des groupements d'intérêt public », Revue trimestrielle de droit commercial et de droit économique, n°03 2000, 03, page 602. **TINIERE Romain**, « Eléments de définition d'un standard commun aux groupements d'intérêt public », AJDA, n°16 2007, pages 840-846. Pour nous, les groupements d'intérêt public permettent des coopérations tout en respectant une règle de majorité du secteur public. Cependant, leur création relève d'un processus relativement lourd car leur convention doit être approuvée conjointement par le Ministre en charge de la santé et le Ministre en charge du budget. Leur principale souplesse provient de la possibilité pour ces groupements d'utiliser une comptabilité privée hormis si l'ensemble de leurs membres sont publics.

¹⁵⁹ Concernant les groupements d'intérêt économique, consulter notamment : **GIBIRILA Deen**, « Droit des sociétés », Ellipses, 2020, 576 pages et son chapitre 3 « Le groupement d'intérêt économique », pages 317-329. **GOAZIOU Irène**, « Le groupement d'intérêt économique et la classification des personnes morales de droit privé », thèse de doctorat en droit privé, sous la direction du Professeur Corinne SAINT-ALARY-HOUIN, Université Toulouse I, 2000.

équipements coûteux soient exploités au maximum de leur possibilité, c'est-à-dire avec une file active de patients suffisante. Du fait de la standardisation de ce type d'équipements et de leur recours de plus en plus indispensable à l'établissement d'un diagnostic, cet objectif d'efficience semble de moins en moins devoir passer par une telle coopération. De plus, la réforme en cours des autorisations sanitaires va transformer en grande partie ces autorisations d'équipements lourds en autorisations de l'activité d'imagerie¹⁶⁰, conduisant les groupements d'intérêt économique à ne plus pouvoir être un outil juridique envisageable.

b. Le développement d'outils complexes de coopération spécifiques à l'hôpital

84. Du fait du recours limité ou trop spécialisé aux outils génériques de coopération étendus au domaine de la santé, la réglementation a progressivement créé des outils spécifiques. Au fil du temps, leur nombre n'a cessé de croître conduisant les établissements de santé à disposer désormais d'un panel complet d'outils juridiques en fonction du type de coopération recherché. Un premier dispositif repose sur la création d'une fédération médicale inter-hospitalière ayant pour objet de rapprocher des activités médicales de différents établissements¹⁶¹. Il s'agit d'un outil de coopération très souple et non soumis à l'approbation de l'agence régionale de santé, permettant d'instaurer un dialogue structuré entre services de différents établissements exerçant la même activité et souhaitant coordonner leurs actions. Mais, cette coopération n'entraîne pas de réorganisation de l'offre de soins et le coordonnateur de la fédération n'est pas un chef de service inter établissements. De même, le réseau de santé¹⁶² est une structure le plus souvent de

¹⁶⁰ La transformation de l'imagerie médicale en activité de soins, pour sa partie interventionnelle, a été actée par le **décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022** relatif aux conditions d'implantation des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle et le **décret n° 2022-1238 du 16 septembre 2022** relatif aux conditions de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie et de l'activité de soins de radiologie interventionnelle, dont les dispositions entreront en vigueur suite à la publication des prochaines schémas régionaux de santé par les agences régionales de santé et au plus tard le 1^{er} novembre 2023.

¹⁶¹ Voir en ce sens les dispositions de la **loi du 27 juillet 1999** portant création de la couverture maladie universelle. Nous pouvons en conclure qu'il s'agit d'un outil activable uniquement par des établissements publics de santé, et parmi ceux-ci uniquement par des centres hospitaliers non-universitaires. La fédération médicale inter hospitalière relève formellement d'une décision conjointe des chefs d'établissements concernés après avis consultatif des commissions médicales d'établissements et des comités sociaux d'établissements. Un coordonnateur de la fédération est désigné conjointement et la décision de création précise l'intitulé de la fédération, son organisation et son fonctionnement.

¹⁶² Sur l'effet relatif des réseaux de santé, voir par exemple : **BOYER Laurent**, « Evaluation des réseaux de santé », thèse de doctorat en méthodes d'analyse des systèmes de santé, sous la direction du Professeur Pascal AUQUIER, Université d'Aix-Marseille II, 2007 ou **COURIE-LEMEUR Aline**, « La gouvernance d'une fédération de réseaux : le cas de la Fédération des Réseaux de Santé Gériatologiques d'Ile-de-France », thèse de doctorat en sciences de

forme associative permettant de mettre en place des coordinations de filières entre établissements de santé ou des actions de prévention et de promotion de la santé en ville. Ce type de montage juridique a notamment permis dans la plupart des cas de déployer les dispositifs obligatoires de réseau territorial des urgences, de réseau de périnatalité ou encore de centre de coordination en cancérologie. Le réseau permet d'avoir une instance de dialogue entre établissements publics et privés de santé investis dans une même filière de prise en charge, mais cet outil ne permet pas d'aller au-delà et d'instaurer une coopération plus institutionnelle. D'autres outils spécifiques ont été créés sans avoir connu un recours marqué par les acteurs hospitaliers, tels que les communautés d'établissements de santé¹⁶³, et les syndicats inter-hospitaliers à compter de 1970¹⁶⁴, dont la terminologie même rappelle celle de l'intercommunalité et ayant pu se voir confier les missions d'un établissement de santé¹⁶⁵, avant d'être supprimés en 2009 avec la création des communautés hospitalières de territoire.

85. Créé en 1996, le groupement de coopération sanitaire reste l'outil juridique le plus utilisé afin d'institutionnaliser des coopérations hospitalières. Au fil des réformes hospitalières, son objet s'est étendu et ses formes se sont précisées. A l'heure actuelle, le groupement de coopération sanitaire peut être un groupement de moyens permettant de gérer en commun des activités essentiellement logistiques, mais aussi être un groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé et qui permettra la mutualisation d'activités de soins avec une gouvernance et une autonomie similaires à celle de tout établissement de santé. Il peut enfin

gestion, sous la direction du Professeur Christophe ASSENS, Université Paris-Saclay, juin 2016. **RAVELET Alain**, « La recomposition de l'offre hospitalière publique et privée dans le cadre des réseaux de santé », RDSS, n°5 2006, pages 879-894.

¹⁶³ Les communautés d'établissements ont été créées par l'**ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Nous indiquerons que ces communautés d'établissements de santé ont été rendues possibles après avis de la commission médicale d'établissement. Il ne s'agit cependant pas d'un mécanisme juridique propre dans la mesure où ces communautés doivent se doter d'une charte et relèvent de différentes formes juridiques pouvant être tant une convention, un groupement d'intérêt économique ou un groupement d'intérêt public. Les objectifs assignés à ces communautés d'établissements de santé étaient de prévoir les adaptations nécessaires de l'offre de soins et les complémentarités entre établissements au regard des besoins de santé. Si ce dispositif ne s'avère pas obligatoire, les établissements ne participant pas à une communauté doivent en justifier la raison auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ainsi, la quasi-totalité des établissements publics de santé ont adhéré à une communauté sans que des actions concrètes d'organisation des soins n'en découlent, le dispositif se délitant progressivement avant sa disparition.

¹⁶⁴ La **loi n°70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière instaure les syndicats inter-hospitaliers. Le syndicat est doté d'une personnalité morale autonome, d'instances d'administration propres et est géré par un secrétaire général. Les syndicats inter-hospitaliers avaient vocation à mettre en commun la gestion d'une activité ou d'un équipement entre plusieurs établissements. Ces syndicats ont largement été utilisés pour mutualiser des fonctions logistiques et administratives. Plus globalement, voir : **TRUCHET Didier, APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages.

¹⁶⁵ Voir le **décret n° 2002-1122 du 2 septembre 2002** portant diverses dispositions relatives aux établissements publics de santé et aux syndicats inter hospitaliers.

s'agir d'un groupement découlant de l'article 108 de la loi du 26 janvier 2016¹⁶⁶ et étant alors en capacité d'exercer des autorisations sanitaires pour le compte de ses membres mais sans être pour autant érigé en établissement de santé. La souplesse du groupement de coopération sanitaire lui permet ainsi d'être de droit public ou privé en fonction de la nature de ses membres, et a été étendu au secteur médico-social¹⁶⁷.

86. Reprenant l'initiative des communautés d'établissements, le législateur de 2009¹⁶⁸ a souhaité créer un nouveau dispositif de coopération propre aux établissements publics de santé sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire¹⁶⁹. L'objectif est de simplifier les coopérations hospitalières en ne créant pas de tiers juridique supplémentaire mais en faisant reposer la communauté sur un établissement siège. L'objectif de la communauté sera alors de

¹⁶⁶ Sur le groupement de coopération sanitaire exerçant une autorisation sanitaire, se référer à la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 108** : « 4° Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe la répartition des responsabilités en matière d'admission des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Dans ce cas, par dérogation aux articles L. 6122-4 du présent code et L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 du présent code. ». Sur la notion de groupement de coopération sanitaire, consulter : **ESPER Claudine**, « Le groupement de coopération sanitaire, nouvelle forme juridique de collaboration entre établissements de santé », Petites affiches, 24 décembre 1997, n°154, pages 8-16. **ESPER Claudine**, « Le groupement de coopération sanitaire ; actualité et limites », RDSS, n°1 2007, pages 117-124. **GALLET Bruno**, « Les enjeux de la réforme du groupement de coopération sanitaire », Revue Droit et Santé, n°28 2009, pages 114-124. **GANDOUET Benjamin**, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement », Revue Droit et Santé, n°10 2006, pages 117-126. **VANDENDRIS Margaux**, **SMALLWOOD Olivier**, « La réforme des GCS : entre nouveautés et retour en arrière », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 99-102. **MORO François**, « Les dernières réformes de la coopération sanitaire – Analyse critique de la tentative de généralisation du GCS », Revue Droit et Santé, n°48 2012, pages 467-476.

¹⁶⁷ Cette extension du champ du groupement est intervenue par la **loi n°2002-02 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale. Voir en ce sens : **ESPER Claudine**, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale », RDSS, n°5 2006, pages 909-917. **NAITALI Pierre**, « Les GCSMS : un cadre juridique instable », RDSS, n°01 2012, pages 56-62.

¹⁶⁸ La création des communautés hospitalières de territoire découle de la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – **article 22** : « Art. L. 6132-1.- Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. (...) ». Sur la gouvernance des communautés, voir le **décret n°2010-1242 du 20 octobre 2010** relatif aux instances communes de représentation et de consultation du personnel et aux pôles de territoire dans le cadre des communautés hospitalières de territoire. Et concernant ses mécanismes financiers, voir le **décret n°2011-206 du 23 février 2011** relatif aux comptes combinés des communautés hospitalières de territoire.

¹⁶⁹ Sur ce thème, se référer notamment à : **INDART Rémi**, « La communauté hospitalière de territoire : un remède à la crise financière des hôpitaux ? », Petites affiches, 17 septembre 2010, n°186, pages 27-33. **MORO François**, « Le nouveau visage de la coopération : les Communautés Hospitalières de Territoire, à la recherche d'un nouveau modèle d'organisation hospitalière ? », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 25-33. Et de façon plus globale : **COUTY Edouard**, **KOUCHNER Camille**, **LAUDE Anne**, **TABUTEAU Didier** (sous la direction de), « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, décembre 2009, 395 pages.

définir une stratégie commune et de mutualiser des moyens dont le pilotage est confié à un conseil de communautés regroupant les présidents des conseils de surveillance, les présidents des commissions médicales d'établissement et les directeurs d'établissement. Une structuration était ainsi en place afin de permettre une coopération renforcée au sein des territoires et l'émergence d'un projet médical qualifié de commun. Cependant, malgré les incitations financières prévues pour la création des communautés hospitalières de territoire, celles-ci sont restées facultatives et au final peu d'établissements publics de santé se sont saisis de ce dispositif juridique, entrevoyant sans doute la potentialité de centralisation des activités autour de l'établissement siège. Cet outil a par conséquent été remplacé en 2016 par un dispositif contraignant avec les groupements hospitaliers de territoire.

B) Une classification établie des modèles de coopération hospitalière

87. Dans ce foisonnement d'outils juridiques consacrés ou non spécifiquement à la coopération hospitalière, nous verrons qu'une classification peut émerger en forme de *summa divisio* entre la coopération conventionnelle et la coopération organique (a). Nous observerons néanmoins un bilan contrasté du recours aux différents outils de coopération (b). Ce constat conduira à une autre approche en 2016 avec la création des groupements hospitaliers de territoire dont la nature juridique viendra dépasser les classifications existantes des outils de coopération.

a. La summa divisio de la coopération hospitalière

88. La tendance historique des coopérations hospitalières a été de passer progressivement d'outils génériques à des outils spécialisés au champ sanitaire. Bien entendu, la césure n'est pas si franche, les groupements d'intérêt économique constituent encore des outils très utilisés mais concernant un champ d'intervention limité essentiellement à la gestion des équipements d'imagerie médicale. Cependant, la nature de ces outils juridiques a connu une fluctuation importante. Leur foisonnement permet donc de les classer traditionnellement en deux grandes catégories¹⁷⁰. Il convient tout d'abord d'aborder les outils les plus souples dans leur

¹⁷⁰ Voir en ce sens : **TRUCHET Didier, APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages. **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction

formalisation puisque reposant sur une convention. Celle-ci peut être plus ou moins détaillée et revêtir différents niveaux d'approbation, mais, dans tous les cas, il s'agira d'une coopération dite conventionnelle entre deux ou plusieurs établissements de santé traitant d'égal à égal. La seconde classification va être celle de la coopération dite organique ou institutionnelle en ce sens que les établissements coopérant ensemble vont avoir recours à la création d'un tiers juridique. Ce dispositif permettra l'autonomisation d'une activité mais aura l'inconvénient d'introduire une complexité institutionnelle avec des instances, une comptabilité et un pilotage distinct de ceux des établissements membres et s'y surajoutant ; la lisibilité de l'activité s'effectue alors au prix de la simplification administrative.

89. A compter de 2009 et de la création des communautés hospitalières de territoire, la question aurait pu se poser d'un dépassement de cette dichotomie dans la classification des outils de coopération hospitalière. La communauté repose en effet sur une convention ne créant pas de tiers juridique tout en faisant naître une forme similaire à celle de l'intercommunalité. Le faible usage de cet outil juridique n'a pas permis ce débat. L'objectif intégratif et le caractère obligatoire des groupements hospitaliers de territoire relance désormais clairement cette interrogation, sa façade conventionnelle ne pouvant résister à une désagrégation de la catégorie jusque-là homogène des établissements publics de santé en créant une césure de plus en plus forte entre les établissements supports et les autres avec un lien de subordination grandissant¹⁷¹.

b. Un bilan contrasté du recours aux différents outils de coopération

90. Le Parlement doit en principe être destinataire chaque année d'un rapport de la part de la Direction Générale de l'Offre de Soins détaillant les évolutions, issues des remontées effectuées par les agences régionales de santé, concernant les recompositions de l'offre de soins

du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages. **VAUTARD Aurélien**, « L'aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations », LEH Edition, septembre 2016, 245 pages.

¹⁷¹ Voir notamment : **HOUDART Laurent**, « Vers une coopération contrainte : les GHT », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 103-109.

hospitalière¹⁷². Lors du rapport pour l'année 2017¹⁷³, il est fait état de l'utilisation intense des outils de coopération mais avec un effet relativement restreint. Ainsi, plus de six cents groupements de coopération sanitaire ont été constitués mais seulement une vingtaine sous la forme d'un établissement de santé, les autres étant consacrés pour la plupart à la gestion de fonctions supports comme la blanchisserie ou la restauration. Même parmi ceux-ci, une vingtaine environ seulement avaient un chiffre d'affaires supérieur à cinq millions d'euros, traduisant la faible surface de la coopération pour les autres.

91. A l'inverse, il était noté une progression très conséquente des coopérations sous la forme de directions communes avec une évolution de près de moitié depuis 2014. A cette date, le nombre de directions communes étaient de plus de 500 dont 150 environ entre établissements sanitaires, les autres comprenant pour tout ou partie des établissements médico-sociaux. Ce dernier constat de directions transcendant la dichotomie existante entre le sanitaire et le médico-social permet certes de travailler l'ensemble du parcours patient, mais montre bien que cet outil juridique a été utilisé pour pallier les difficultés d'encadrement d'établissements médico-sociaux plus que pour créer une dynamique de recomposition de l'offre hospitalière. Les fusions d'établissements quant à elles maintenaient leur rythme peu soutenu avec une quinzaine d'établissements concernés pour l'année considérée, confirmant en ce sens le diagnostic posé dès 2015 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales¹⁷⁴. Ainsi, la mise à disposition d'outils juridiques de coopération, même adaptés spécifiquement au champ sanitaire, ne peut constituer le seul vecteur conduisant à une réorganisation de l'offre de soins. En ce sens, les outils de coopération doivent s'articuler et être complétés par une politique de régulation poursuivant le même objectif.

92. Ce bilan contrasté peut paraître étonnant au regard de l'effort du législateur de mettre à la disposition des acteurs hospitaliers un nombre important d'outils juridiques de coopération s'adaptant à toutes les situations envisageables. Cela traduit la difficile acceptation de la part de ces mêmes acteurs de l'objectif des pouvoirs publics en matière de recomposition de l'offre

¹⁷² Il s'agit là d'une obligation fixée par la **loi n°2011-940 du 10 août 2011** modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, **Article 17** : « *Un rapport est remis chaque année par le Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière. Il comporte un bilan détaillé de la mise en œuvre du dispositif des groupements de coopération sanitaire et rend compte, pour chaque région, des coopérations qui ont pu être mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des reconversions de lits vers le secteur médico-social.* ». Il est à noter que cette obligation législative n'est pas tenue avec une régularité annuelle, deux rapports ayant été publiés depuis 2011.

¹⁷³ **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017 », mai 2018, 25 pages.

¹⁷⁴ **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages.

de soins, et par conséquent de la nécessité de trouver des ressorts, individuels ou collectifs, de responsabilisation et d'incitation de ces acteurs.

Paragraphe II : Des politiques de régulation aux effets restreints

93. Nous constaterons qu'en complément des outils juridiques de coopération hospitalière, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des politiques de régulation afin d'organiser l'offre de soins au sein des territoires. Nous observerons une réduction progressive de la régulation sous ses formes traditionnelles (A), au profit de la mise en place de ce que nous pouvons qualifier de « soft régulation » (B), sans que les effets escomptés ne paraissent davantage atteints.

A) La réduction progressive de la régulation traditionnelle

94. En matière de régulation de l'offre de soins, les pouvoirs publics ont eu recours à une régulation traditionnelle de type administratif fondée sur la décision unilatérale se heurtant à trop grande souplesse du droit des autorisations sanitaires et des seuils minimaux d'activité (a). Un même constat peut être établi concernant l'opposabilité réduites des recommandations nationales (b).

a. La trop grande souplesse du droit des autorisations sanitaires et des seuils minimaux d'activité

95. Le droit des autorisations sanitaires¹⁷⁵ est une matière clairement définie en ce sens que pour exercer une activité de soins ou détenir un équipement médical lourd, un établissement de

¹⁷⁵ Sur les autorisations sanitaires, consulter notamment : **AUDOUIN Antoine**, « Le contentieux des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 460-467. **BARLET Christophe**, « Autorisations, inspection et contrôle des établissements de santé », RDSS, n°03 2020, pages 442-450. **CORMIER Maxence**, « Déconcentration de la compétence en matière de planification et d'autorisation de certains équipements matériels lourds, notamment en matière d'imagerie », RDSS, n°3 2002, pages 520-521. **CRISTOL Danièle**, « Régime des autorisations sanitaires : simplification et modernisation sur ordonnance », RDSS, n°02 2018, pages 271-285. **FRANCIA Yannick**, « L'évolution des conditions d'octroi des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 451-459. **LEMOYNE DE FORGES Jean-Michel**, « 50 ans d'autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 423-432. **SEUROT Laurent**, « Autorisations sanitaires et théorie générale des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 468-474.

santé doit obtenir une autorisation, octroyée par arrêté du Directeur Général de l'agence régionale de santé¹⁷⁶. Un tel dispositif apparaît adapté à la régulation de l'offre de soins mais, la régulation par les autorisations sanitaires contient une limite intrinsèque relative à la définition même des activités de soins. L'agence régionale de santé va pouvoir sur un territoire définir le nombre d'établissements de santé autorisés à exercer la médecine et la chirurgie, avec une précision concernant le type d'hospitalisation que celle-ci soit à temps partiel ou à temps complet. L'établissement de santé est ensuite en droit d'exercer tout type de médecine et de chirurgie. Ainsi, un établissement doté d'une autorisation de médecine va pouvoir se concentrer uniquement sur des disciplines médicales rentables au regard du mode de financement, comme la cardiologie, la pneumologie et la gastroentérologie. Mais, cet établissement pourra ne pas développer d'offre de soins dans les autres disciplines telles que l'endocrinologie ou la neurologie pourtant indispensables pour répondre aux besoins de santé de la population locale. Il en est de même pour les disciplines chirurgicales ou bien même au sein de chaque discipline, un établissement pouvant par exemple se spécialiser en chirurgie orthopédique mais ne réaliser que des opérations de prothèses de genou ou de hanche sans pouvoir prendre en charge des infections ostéo-articulaires ou des polytraumatismes¹⁷⁷.

VIOUJAS Vincent, « Le renforcement du contrôle sur les établissements de santé », Les cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 67-69.

¹⁷⁶ La procédure de gestion des autorisations sanitaires se synthétise de la façon suivante : l'établissement de santé doit déposer un dossier de demande d'autorisation lors d'une fenêtre de dépôt fixée deux fois par an par l'agence régionale de santé. Son dossier de demande d'autorisation répond à un formalisme et à un contenu fixé réglementairement par l'**arrêté du 27 juillet 2021 fixant le contenu du dossier de demande initiale d'autorisation d'activité de soins et équipements matériels lourds**. L'agence régionale de santé va alors instruire le dossier et notamment demander un avis consultatif à la sous-commission spécialisée de l'organisation des soins émanant de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Tout d'abord, l'agence régionale de santé va vérifier qu'une autorisation peut être accordée pour cette activité ou cet équipement dans le territoire dont relève l'établissement demandeur. Cette information est connue par avance car fixée dans le cadre du projet régional de santé détaillant par territoire des objectifs quantifiés d'offre de soins. La demande d'autorisation va ensuite être confrontée aux textes réglementaires régissant l'activité ou l'équipement considéré. Il s'agit d'une part des conditions d'implantation et d'autre part des conditions techniques de fonctionnement fixant une sorte de cahier des charges pour exercer une activité de soins. Ces conditions varient par conséquent selon les activités de soins, mais traitent toutes de la nature du plateau technique nécessaire et des compétences médicales et paramédicales indispensables à l'exercice de cette activité. La demande d'autorisation peut concerner dix-sept activités de soins et cinq équipements lourds. L'autorisation accordée au terme de l'instruction du dossier est valable sept ans et son renouvellement sera soumis à une évaluation exposant la conformité de sa mise en œuvre et son apport aux orientations du schéma régional de santé. Une démarche similaire mais à dimension inter-régionale existait pour cinq activités de soins spécifiques dont la spécialisation accrue avait conduit à réguler leur offre dans un cadre géographique élargi. Cette spécificité prendra fin avec la nouvelle génération des schémas régionaux de santé fin 2023 conformément aux évolutions prévues par le **décret n° 2022-702 du 26 avril 2022 relatif aux activités de soins relevant du schéma interrégional de santé**.

¹⁷⁷ Voir en ce sens : **APOLLIS Benoît**, « Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier », RDSS, n°03 2020, pages 433-441. **CORMIER Maxence**, « Titularité et exploitation des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 484-493. **CORMIER Maxence**, « Le droit des autorisations hospitalières est-il un frein à la coopération inter hospitalière ? », RDSS, n°02 2003, pages 250-268. **MAUBLANC Jean-Victor**, « La cession des

96. Le droit des autorisations ne permet par conséquent pas autant qu'escompté de réguler l'offre de soins, d'autant plus au regard du faible usage des seuils minimaux d'activité dans ce cadre. En effet, un écueil du droit des autorisations consiste à octroyer une autorisation sans savoir si l'établissement de santé considéré sera ou non en capacité d'assurer une réponse aux besoins de santé de la population locale avec un volume d'activité suffisant. Ainsi, l'établissement autorisé en chirurgie et réalisant des prothèses totales de genou arrivera-t-il à effectuer autant d'opérations que nécessaire avec un délai d'attente raisonnable pour les patients ? Rien n'oblige l'établissement à agir en ce sens, du moins en-dehors d'un mécanisme d'incitation financière. De plus, ce questionnement concernant le volume d'activité est à rapprocher fortement de la notion de qualité et de sécurité des soins. En médecine, la répétition des procédures conduit à une professionnalisation croissante de l'équipe médicale et par conséquent à une prise en charge de plus en plus qualitative¹⁷⁸. Pourtant, ces seuils d'activité ont été déterminés pour un nombre restreint d'activités, généralement celles considérées comme ayant un risque le plus important, réduisant ainsi leur usage d'autant plus que de nombreuses dérogations, par ailleurs légitimes, existent au regard de l'isolement géographique de certains établissements de santé.

97. Le droit des autorisations sanitaires constitue ainsi un outil de régulation perfectible. Cependant, les critiques émises à son encontre ne doivent pas entraîner une recherche de plus grande exhaustivité de ces normes réglementaires. En effet, le détail nécessaire pour réguler précisément des activités de soins de plus en plus spécialisées conduirait d'une part à contraindre trop fortement les acteurs hospitaliers et les autorités de tutelle, et d'autre part à un décalage constant entre la réglementation à un moment donné et l'évolution plus rapide des techniques médicales. Une réflexion pourrait néanmoins porter sur l'extension du nombre

autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 494-501. **LEMOYNE DE FORGES Jean-Michel**, « La patrimonialité des actes administratifs en matière de santé », RFDA, n°1 2009, pages 32-38.

¹⁷⁸ En ce sens, la réglementation a institué des seuils minimaux d'activité comme condition indispensable d'autorisation pour certaines activités. Une activité d'obstétrique devra prévoir un minimum de trois cents accouchements réalisés par an (avec **l'arrêté du 25 avril 2000** relatif aux locaux de pré travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique), tandis qu'une activité de neurochirurgie devra assurer au minimum cent interventions de la sphère cérébrale par an (avec **l'arrêté du 19 mars 2007** fixant l'activité minimale des établissements pratiquant les activités de soins de neurochirurgie prévue à l'article R. 6123-103 du code de la santé publique) et que des seuils d'activité se sont particulièrement développés en matière de cancérologie tant en radiothérapie, qu'en traitement par chimiothérapie ou en chirurgie carcinologique (avec **l'arrêté du 26 avril 2022** portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer).

d'activités de soins soumises à une surveillance particulière par le biais de seuils minimaux d'activité.

b. L'opposabilité réduite des recommandations nationales

98. Pour compléter les textes réglementaires sous-tendant le droit des autorisations, les pouvoirs publics peuvent s'appuyer de plus en plus sur une sorte de « droit mou ». Il s'agit des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de Santé ou les sociétés savantes des différentes disciplines médicales. De telles recommandations vont déterminer les critères de pertinence du recours à telles ou telles pratiques de prise en charge. Elles vont également préciser les compétences médicales et les équipements nécessaires à l'exercice d'une activité de soins selon les règles de l'art actuelles de la médecine. Ces recommandations vont pouvoir nourrir l'arbitrage de l'agence régionale de santé concernant l'octroi ou non d'une autorisation, ainsi que le projet médical de l'établissement demandeur. Cependant, leur portée juridique est actuellement tenue car un refus d'autorisation ne pourra pas se fonder uniquement sur ces recommandations, mais celles-ci pourront seulement consolider une décision pointant d'autres non-conformités. Leur utilisation reste pour l'instant essentiellement à la main du juge en cas d'accident médical afin de vérifier si la pratique médicale a été effectuée selon les bonnes pratiques scientifiquement prouvées et publiées¹⁷⁹.

B) La mise en place d'une « soft régulation »

99. Les modes de régulation traditionnels sont indispensables mais leurs limites intrinsèques ont conduit progressivement le législateur à compléter cette régulation traditionnelle d'une

¹⁷⁹ Concernant la place et la portée juridique des recommandations de bonnes pratiques, voir par exemple : **CALLU Marie-France**, « Les recommandations de bonnes pratiques confrontées au droit de la responsabilité médicale », Revue Droit et Santé, n°15 2007, pages 29-39. **KRZISCH Delphine**, « Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale », RDSS, n°6 2014, pages 1087-1100. **MARKUS Jean-Paul**, « Nature juridique des recommandations de bonne pratique médicales », AJDA, n°6 2006, pages 308-310. **MASCRET Caroline**, « Les recommandations des autorités sanitaires : quelle valeur juridique ? », JDSAM, n°03 2015, pages 17-28. **SAVONITTO Florian**, « Les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé », RFDA, n°3 2012, pages 471-480. **SMALLWOOD Olivier**, « Essai d'une qualification juridique des recommandations », Revue Droit et Santé, n°15 2007, pages 17-28. **TABUTEAU Didier**, « Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou quasi normes en santé », JDSAM, n°03 2015, pages 7-16. **VIALLA François**, « Propos introductifs à une analyse juridique des recommandations de bonnes pratiques – Les recommandations de bonne(s) pratique(s) à l'épreuve du droit », Revue Droit et Santé, n°15 2007, pages 9-16.

« soft régulation » fondée non plus sur une décision unilatérale et une conformité à la réglementation, mais sur une responsabilisation et une incitation des établissements de santé. Nous verrons en ce sens que le choix a été fait d'un financement fondé essentiellement sur l'activité (a), tandis que les pouvoirs publics ont souhaité donner une part croissante aux démarches de qualité et de sécurité des soins (b).

a. Un financement fondé encore essentiellement sur l'activité

100. Le mode de financement des établissements de santé fait l'objet actuellement d'une grande complexité et d'une annonce récurrente de réforme. Jusqu'au milieu des années 2000, leur financement était simple et basé sur une dotation annuelle dont l'évolution était liée à un taux directeur, mais ce mécanisme de financement a été décrié du fait de l'inertie qu'il entraînait et de son inadéquation aux besoins de santé de la population¹⁸⁰. Pour lutter contre de telles situations, un nouveau mode de financement des établissements de santé a été mis en place essentiellement pour leurs activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Il s'agit de la tarification à l'activité¹⁸¹ conduisant à fixer un tarif pour chaque type de séjour hospitalier en fonction du diagnostic principal du patient et de ses comorbidités éventuelles. La tarification à l'activité ne représente pas le seul élément de financement des établissements de santé puisque

¹⁸⁰ Pour explication, avec la Dotation Globale mise en place en 1983, un établissement dont l'activité croissait et dont la population du bassin augmentait, ne voyait pas son budget évoluer proportionnellement. Deux choix étaient alors possibles pour cet établissement, soit ne pas répondre aux besoins de santé en contingentant son activité, soit avoir un budget déséquilibré et menaçant par la même sa viabilité financière à long terme et tout au moins le conduisant à réduire drastiquement ses investissements et donc la qualité de son accueil. A l'inverse, d'autres établissements étaient structurellement surdotés car la population de leur bassin se réduisait et que la même dotation continuait à leur être versée annuellement.

¹⁸¹ La tarification à l'activité a été prévue par l'**ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé, avec une montée en charge progressive. Après l'application à 100% de la T2A en 2011-2012, un premier bilan a été initié : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux – tome I », mars 2012, 116 pages. Voir également : **CASH Roland**, « La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ? », Les Tribunes de la santé, n°04 2017, pages 35-55. Sommairement, ce dispositif prévoit que : chaque séjour conduit à utiliser un nombre de ressources évaluées par le biais d'une échelle nationale des coûts dont les résultats sont normalement corrélés avec le tarif fixé réglementairement pour le type de séjour considéré. Ce mécanisme a plusieurs vertus notamment de médicaliser le mode de financement, de prévoir une corrélation entre le tarif et les coûts, et enfin d'accompagner la dynamique d'accroissement ou de réduction de l'activité d'un établissement et ainsi d'éviter toute rente de situation ou tout sous-financement. La tarification à l'activité permet aussi d'orienter l'activité des établissements de santé en fonction des orientations nationales, par exemple en majorant le tarif des séjours ambulatoires. Elle représente également un outil intéressant de régulation de la dépense publique au niveau national en permettant une régulation dite prix / volume. Ainsi, si le volume d'activité réalisé est supérieur au volume prévisionnel ayant servi à fixer l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie, pour équilibrer le système il suffit de diminuer les tarifs.

des dotations ont perduré afin de financer des activités très spécifiques comme les missions d'intérêt général ou les missions hospitalo-universitaires et de recherche. Mais, la tarification à l'activité semble un mécanisme permettant une allocation rationnelle des ressources, en incitant à développer un volume d'activité favorisant de ce fait la qualité et la sécurité des soins, et en orientant les établissements de santé dans la définition de leur offre de soins. Pourtant, la tarification à l'activité fait souvent l'objet de vives critiques, notamment concernant sa logique productiviste et l'absence de pertinence de certains soins prodigués du fait de son incitation financière¹⁸². Plusieurs points peuvent venir en effet réduire son utilité au regard de notre enjeu de structuration de l'offre de soins sur un territoire. Tout d'abord, la tarification à l'activité conduit les établissements de santé à vouloir accroître leur activité et leurs parts de marché ce qui induit ainsi une concurrence entre les établissements d'un même territoire. De même, son mécanisme de régulation a évolué dans le temps pour intégrer année après année des économies rendues nécessaires par l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie¹⁸³. Au fil du temps, les tarifs se sont vus déconnectés des coûts réels et des disciplines sont alors devenues structurellement rentables ou déficitaires conduisant les établissements à faire des choix dans leur offre de soins ne correspondant plus à celle nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population locale¹⁸⁴.

b. La part croissante des démarches de qualité et de sécurité des soins

101. En complément de l'incitation financière, les pouvoirs publics ont développé une autre forme d'incitation fondée sur la démarche d'assurance qualité des établissements de santé. Ces derniers doivent répondre périodiquement d'un niveau de qualité et de sécurité des soins attendu au regard de référentiels de bonnes pratiques. L'objectif est de pousser ces établissements à développer une offre de soins de qualité qui sera alors labellisée comme telle et leur permettra

¹⁸² Voir en ce sens : **HAAS Sandrine**, « Tarification, qualité et juste soin », JDSAM, n°24 2019, pages 27-34. **VERAN Olivier**, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur », 2017, 133 pages. **PELLET Rémi**, « Les réformes financières : bilan et perspectives », Les Tribunes de la santé, n°71 2022, pages 111-122. **VIUJAS Vincent**, « La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche », RDSS, n°03 2020, pages 524-536.

¹⁸³ **MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**, « Rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé », 2020, 42 pages. Et également : **DOMIN Jean-Paul**, « La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire », RFAP, n°02 2020, pages 475-486.

¹⁸⁴ Voir en ce sens : **AUBERT Jean-Marc**, « Modes de financement et de régulation – Rapport final », 2019, 48 pages. **BATIFOULIER Philippe**, **CASTIEL Didier**, **BRECHAT Pierre-Henri**, « La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations », Les Tribunes de la santé, n°01 2017, pages 61-78.

de bénéficier d'une image positive auprès de la population. La principale démarche de ce genre est la certification obligatoire des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé¹⁸⁵ dans une optique systémique examinant l'ensemble des processus d'un établissement de santé allant du management aux pratiques soignantes en passant par les fonctions logistiques. De multiples autres démarches spécialisées ont progressivement émergées comme l'évaluation des activités médico-sociales, l'accréditation des laboratoires d'analyses médicales et la future certification des SAMU-Centre 15.

102. Une telle régulation par les démarches qualité permet de combler un écueil de la régulation traditionnelle par le droit des autorisations sanitaires en fixant une norme de qualité à atteindre autrement que par le biais de la fixation de seuils minimaux d'activité. Les résultats des certifications de la Haute Autorité de Santé sont par ailleurs transmis au Directeur Général de l'agence régionale de santé qui peut appuyer réglementairement sa décision d'octroi ou de refus d'autorisation sur ces résultats qualitatifs. Des indicateurs qualité viennent aussi moduler la tarification à l'activité par le mécanisme de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)¹⁸⁶. Mais, les démarches qualité, hormis l'accréditation des laboratoires, n'ont pas conduit à ce jour à une réorganisation de l'offre de soins¹⁸⁷.

¹⁸⁵ Au sujet de la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé, consulter : **SAVONITTO Florian**, « Les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé », RFDA, n°3 2012, pages 471-480. **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins – Manuel », version 2023, 318 pages.

¹⁸⁶ Concernant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), voir : **FERRUA M., FOURCADE A., LALLOUE B., GIRAULT A., JIANG S., LOIRAT P., MINVIELLE E.**, « Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : résultats de l'expérimentation (2012-2014) », Journal de gestion et d'économie médicales, n°04-05 2015, pages 277-290. **FOURCADE A., LALLOUE B., FERRUA M., GIRAULT A., LOIRAT P., MINVIELLE E.**, « Bilan de l'expérimentation Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : vers le modèle de généralisation », Journal de gestion et d'économie médicales, n°06 2017, pages 265-286. **ROCHAIX Lise, GRENIER Catherine, MAY-MICHELANGELI Laëtitia**, « De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé », Journal de gestion et d'économie de la santé, n°04 2020, pages 221-241. **MINVIELLE Etienne, KIMBERLY John**, « Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient », Journal de gestion et d'économie de la santé, n°04 2020, pages 242-252.

¹⁸⁷ Sur l'effet de l'accréditation ISO des laboratoires d'analyses médicales dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire, se référer à : **NOGUERA Florence, CANES Nathalie, SBAI Hayat**, « Evolution des technologies et prospective des métiers : les nouveaux défis des organisations hospitalières - cas d'un groupement de laboratoires de biologie médicale d'un groupement hospitalier de territoire », Revue de gestion des ressources humaines, n°04 2020, pages 19-37.

Conclusion de chapitre

103. Les effets de l'utilisation des outils de coopération et de régulation sont restés en-deçà des attendus en termes de recomposition de l'offre de soins hospitaliers. Les outils de coopération les plus fréquents ont en pratique des objets réduits tels que les groupements d'intérêt économique qui ne concernent le plus souvent que la gestion d'équipements d'imagerie, ou les groupements de coopération sanitaire essentiellement mis en place pour des fonctions logistiques mutualisées. Finalement, l'outil le plus développé reste les directions communes, ces dernières permettant un alignement stratégique du fait de la responsabilité d'un unique directeur.

104. Même avec l'adjonction d'outils de régulation, traditionnels ou incitatifs, la recomposition de l'offre de soins n'a été que très partiellement réalisée¹⁸⁸. Au cours des dernières décennies, il est à noter la réduction du nombre de maternités et de blocs opératoires, et le développement des prises en charge ambulatoires, ce qui correspond à des transformations conséquentes mais leur rythme n'est pas en adéquation avec celui de l'innovation médicale¹⁸⁹. Afin de dépasser les limites des outils juridiques de coopération existants, le législateur a souhaité mettre en place un dispositif plus contraignant. Il s'agit de créer une solidarité entre établissements d'un même territoire leur rendant la coopération indispensable pour l'ensemble de leurs filières médicales, voire même pour leurs fonctions administratives et logistiques. En dépassant la concurrence découlant notamment de la tarification à l'activité, les établissements peuvent ainsi établir de véritables filières graduées. En créant un tel cadre commun de dialogue, les praticiens des différents établissements doivent s'entendre pour faire émerger un projet médical commun.

¹⁸⁸ Voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières », in Rapport Sécurité Sociale 2008, pages 263-304. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées », in Rapport public annuel 2013, février 2013, pages 151-186. **COUR DES COMPTES**, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in Rapport Sécurité Sociale 2015, septembre 2015, pages 185-216. **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages.

¹⁸⁹ Il ne s'agit pas là d'un jugement de fond quant à l'opportunité ou non d'une telle recomposition, mais d'un constat d'insuffisance des outils juridiques créés dans cet objectif. Pour complément sur l'usage des seuils d'activité et leur inadéquation aux recommandations scientifiques actuelles, voir en matière d'obstétrique : **ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE**, « Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence », février 2023, 25 pages et préconisant le regroupement des maternités dans des ensembles réalisant au minimum 1000 accouchements par an tandis que les seuils minimaux pour cette activité se situent encore à 300 accouchements par an.

105. Tel était déjà l'objectif en 2009 des communautés hospitalières de territoire¹⁹⁰ ; mais, le législateur n'ayant pas rendu ce dispositif obligatoire, il n'a été que peu saisi par les établissements publics de santé. Pour dépasser ce constat, la loi du 26 janvier 2016 en son article 107 crée des groupements hospitaliers de territoire dotés de compétences stratégiques importantes et auxquels les établissements publics de santé sont dans l'obligation de participer. L'objectif est alors de transformer des coopérations ciblées ou fluctuant en fonction du temps et des acteurs en présence en une coopération systémique, portant en elle les germes d'une intégration future. Au regard des lacunes des politiques de régulation visant à inciter les acteurs, un tel dispositif ne pouvait se concevoir que sous la forme d'une obligation afin de s'assurer de la participation effective de tous les établissements publics de santé, condition préalable mais non suffisante à l'élaboration d'une stratégie commune.

¹⁹⁰ Voir : **KELLER Catherine**, « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°28, 13 juillet 2015, notice 2229.

Chapitre II : Les groupements hospitaliers de territoire, un outil de stratégie commune adapté à chaque territoire

106. Face à un constat partagé de recompositions hospitalières trop restreintes, la coopération hospitalière est restée pour le législateur une voie à poursuivre mais selon des modalités nouvelles tenant compte des insuffisances des modèles précédents. Une telle ambition a ainsi été conférée à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, descendants directs de la très éphémère communauté hospitalière de territoire. Le groupement présente un cadre juridique uniforme tentant de concilier la souplesse juridique du cadre conventionnel tout en investissant de compétences importantes un établissement support de groupement, véritable *primus inter pares*. Ainsi, le groupement hospitalier de territoire doit être une réalité une et indivisible sur tout le territoire en reposant sur un corpus législatif et réglementaire détaillant parfois de façon excessive les modalités de sa mise en œuvre et de son action. La réalité est plus nuancée tant il existe de situations territoriales différenciées que les groupements hospitaliers de territoire ont tenté d'appréhender grâce à leur adaptabilité. Cette agilité a néanmoins conduit à la création de groupements hospitaliers de territoire de maturité variable, au regard de leur finalité intégrative, souvent en miroir des choix opérés en matière de définition du territoire d'intervention, et donc de nombre d'établissements membres, ou d'activation des dispositifs possibles d'association et de partenariat.

107. Nous analyserons la construction institutionnelle différenciée des groupements hospitaliers de territoire (section I), avant de voir les compétences majeures leur ayant été conférées (section II).

Section I : Une construction institutionnelle différenciée des groupements

108. Par l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé¹⁹¹, le législateur crée avec les groupements hospitaliers de territoire un instrument juridique hybride puisque ce groupement n'est pas doté de la personnalité morale, le

¹⁹¹ Consulter : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT Mode d'emploi - Vade-mecum », mai 2016, 76 pages. **ATTANE Cécile, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire, petit vade-mecum du GHT voté par les députés », Gestions hospitalières, N°545, avril 2015, pages 252-255.

différenciant par la même de la démarche entreprise au sein de la sphère locale avec la mise en place des établissements publics de coopération intercommunale. Le groupement hospitalier de territoire relève juridiquement d'une démarche conventionnelle entre des établissements publics de santé autonomes. Néanmoins, deux limites aux conséquences lourdes viennent nuancer ce constat. Le groupement n'est rien en soi mais il est incarné par un établissement support. Cette notion crée une scission progressive entre les établissements publics de santé, même si la désignation de cet établissement support doit avoir l'assentiment de toutes les parties. De plus, ce dispositif conventionnel censé respecter l'autonomie et la décision de chaque établissement connaît une limite de taille du fait de son caractère obligatoire et de la création de mécanismes de pénalités si un établissement contrevenait à cette obligation d'appartenance.

109. Le groupement n'est donc pas une simple convention, d'autant plus que le législateur l'assortit d'instances obligatoires de gouvernance. Ces dispositions ne sont pas en soi novatrices dans leur approche, de nombreuses conventions de partenariat prévoyant des instances de pilotage. Mais dans le cas d'espèce, celles-ci sont de nature législative et leur forme s'impose à tous les établissements uniformément sur le territoire national. La définition législative de ces instances est d'autant moins anodine que leurs compositions s'apparentent très largement à celles d'un établissement public de santé¹⁹². Ainsi, le groupement n'a pas de personnalité morale mais il dispose d'instances quasi similaires à celles d'un établissement et une hiérarchie claire est établie entre ses membres, l'établissement support supplantant dans la pratique les autres partenaires. Les conditions d'une démarche intégrative sont de cette façon clairement réunies quand bien même le législateur n'a pas souhaité afficher une telle ambition politique.

110. Au-delà de cette homogénéité du corpus juridique entourant les groupements hospitaliers de territoire, une différenciation s'est instaurée dans un premier temps par l'octroi d'un mécanisme temporaire de dérogation pour certains établissements spécialisés, notamment en psychiatrie. Une différenciation plus structurelle provient cependant de réalités territoriales variées et des possibilités juridiques d'association d'autres acteurs de santé. Le débat entre intégration dans un groupe public et coordination plus globale d'un territoire a ainsi conduit à des compositions de groupements diversifiées en fonction de l'histoire et de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

¹⁹² Voir **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et en particulier l'orientation n°2 intitulée « Mettre en place une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux » (pages 13-15).

111. Nous précisons tout d'abord la construction juridique des groupements hospitaliers de territoire devant assurer théoriquement leur uniformité (paragraphe I), puis nous constaterons que les groupements reflètent en pratique des réalités territoriales diversifiées (paragraphe II).

Paragraphe I : Une construction théoriquement uniforme des groupements

112. Les groupements hospitaliers de territoire sont fondés sur des règles juridiques uniformes, leur processus de constitution étant très encadré et leur organisation institutionnelle clairement établie. Nous devrions ainsi retrouver sur chaque territoire de santé, un groupement avec un établissement support fonctionnant grâce à un budget propre et dont des instances prédéfinies assurent le fonctionnement de façon similaire. En effet, bien que conventionnel, le dispositif est très détaillé, ayant ainsi pu prendre en considération l'échec des communautés hospitalières de territoire¹⁹³.

113. Nous verrons ainsi que ce dispositif conventionnel relève en réalité d'une quasi-obligation légale (A), reposant par ailleurs sur l'émergence de l'établissement support de groupement (B).

A) Un dispositif conventionnel relevant de la quasi-obligation légale

114. L'uniformité espérée des groupements hospitaliers de territoire ne découle pas de leur nature conventionnelle ; au contraire, celle-ci devrait favoriser la diversité la plus complète. Le législateur a en effet contraint cette liberté contractuelle en en faisant une quasi-obligation légale¹⁹⁴. Le cadre constitutif du groupement est ainsi particulièrement détaillé, voire peut être considéré excessif, conduisant à une adaptabilité complexe dans le temps. Nous expliquerons en quoi la création des groupements hospitaliers de territoire relève plutôt d'une décision administrative unilatérale du fait d'une convention constitutive encadrée (a), et des modifications locales restant limitées par la rédaction du règlement intérieur ou l'octroi de dérogations (b).

¹⁹³ Se référer à : **ATTANE Cécile, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire : et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? », *Gestions hospitalières*, n°541, décembre 2014, pages 584-589.

¹⁹⁴ Voir en ce sens : **HOUDART Laurent**, « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 103-109.

a. Une création relevant d'une décision administrative unilatérale du fait d'une convention constitutive encadrée

115. Il convient de nuancer le caractère conventionnel du groupement en ce sens que la constitution de celui-ci relève en fait d'une décision administrative unilatérale de la part des agences régionales de santé. La loi du 26 janvier 2016 prévoit la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire à compter du 1^{er} juillet 2016¹⁹⁵ ; ce délai resserré laissant peu de temps aux établissements publics de santé afin d'organiser une concertation pouvant déboucher sur un dispositif produit à façon pour le territoire considéré. La plupart des agences régionales de santé ont néanmoins désigné avant même la publication de la loi un établissement pilote, devant devenir à terme l'établissement support, afin d'initier une concertation sur un territoire donné. Ainsi, les établissements n'ont pas été à l'initiative des échanges mais le régulateur en a fixé le cadre préalablement, ainsi que le territoire d'intervention ciblé¹⁹⁶. Au-delà de cette préfiguration, le caractère administratif de la constitution des groupements hospitaliers de territoire provient des décisions formelles que l'agence régionale de santé est amenée à prendre dans ce processus de création. C'est en effet par un arrêté du Directeur Général de l'agence régionale de santé qu'est fixé le nombre de groupements hospitaliers de territoire d'une région

¹⁹⁵ Ce délai contraint de mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire découle d'une préconisation de **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages, précisant en page 43 que : « *Le contexte ayant conduit à la genèse de la mesure GHT impose un calendrier de mise en œuvre rapide. L'environnement contraint dans lequel les hôpitaux évoluent impose des stratégies collectives sans plus attendre alors que les hôpitaux se sont inégalement appropriés les outils déjà à leur disposition.* ». Tout en prévoyant un calendrier resserré, le législateur va le séquencer tout en maintenant un rythme soutenu en contrepoint de l'expérience des communautés hospitalières de territoire, voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages, indiquant en pages 32-33 que : « *Pour la constitution des GHT, la loi affirme la primauté du PMP en prévoyant qu'il constitue un volet de la convention constitutive et qu'il est transmis à l'ARS avant la conclusion de la convention constitutive. L'application de cette disposition posait toutefois un problème de droit, à défaut d'existence juridique des instances du GHT avant sa création par arrêté de l'ARS. Elle était également irréaliste en fait, un projet réellement concerté ne pouvant être élaboré dans les cinq mois seulement séparant la promulgation de la loi de la date à laquelle les directeurs généraux devaient arrêter la liste des GHT, soit le 1er juillet 2016. (...) Ces prescriptions traduisent un choix clair et inverse de celui qui avait prévalu à l'instauration des communautés hospitalières de territoire (CHT) en 2009. A un modèle fondé sur le volontariat des établissements, dont moins de la moitié d'entre eux a fait le choix sans forcément le traduire dans un projet médical structuré, succède un dispositif de coopération obligatoire. Le PMP du GHT doit lui donner un ancrage et du sens.* ».

¹⁹⁶ En ce sens, voir **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages indiquant en page 7 que : « (...) *Outre le diagnostic territorial et le questionnement sur le découpage, très tôt, les acteurs ont mis en place des groupes de travail locaux pour instruire les enjeux de la désignation de chefs de pôles territoriaux et de l'organisation de pôles inter-établissements, de la convergence des systèmes d'information, de la mise en place d'un département de l'information médicale territorialisé, de la mutualisation de la fonction achat, etc. (...) Cette force d'animation des ARS, dans un temps où le projet de loi était encore en débat, a certainement été un facteur déterminant dans l'avancement des travaux préparatoires.* ».

et la méthodologie retenue par l'agence régionale de santé concernant le découpage des groupements au sein de sa région. Des agences régionales de santé ont pu de cette manière mettre en place des groupements sur une base régionale, départementale ou en fonction de territoires de santé correspondant aux flux de patients observés. Un autre arrêté déterminera pour chaque groupement sa composition en désignant nommément les établissements publics de santé parties prenantes dudit groupement. Il est à noter qu'en l'absence d'accord entre les établissements parties concernant la désignation de l'établissement support, le Directeur Général de l'agence régionale de santé désignera aussi de façon unilatérale l'établissement support du groupement. Enfin, un dernier arrêté validera ou non la convention constitutive du groupement, et ultérieurement ses éventuels avenants, en assortissant le cas échéant sa validation de remarques tant sur le fonctionnement institutionnel du groupement que sur le contenu de son projet médical partagé¹⁹⁷.

116. L'arrêté du Directeur Général de l'agence régionale de santé va ainsi au-delà d'une simple validation formelle après vérification de la conformité du dispositif vis-à-vis du droit en vigueur, il s'agit bel et bien d'un arrêté ayant une part d'opportunité quant aux orientations ayant été concertées entre les établissements parties au groupement. Cette vérification d'opportunité n'est en rien critiquable en ce sens que l'agence régionale de santé est le régulateur de l'offre de soins, et ne saurait par définition se désintéresser d'un tel dispositif dont l'un des objectifs est de conduire à une réorganisation de l'offre de soins ; et que le législateur a expressément souhaité que les agences régionales de santé agissent de la sorte en leur demandant de vérifier la conformité des conventions constitutives, notamment car elles contiennent le projet médical partagé du groupement, avec les orientations du projet régional de santé¹⁹⁸. Le législateur crée par la même occasion une hiérarchie des normes explicite, les projets médicaux des établissements parties doivent être conformes au projet médical partagé du groupement auquel ils sont parties, celui-ci devant lui-même être conforme au projet régional

¹⁹⁷ Plus globalement sur le processus de création des groupements hospitaliers de territoire, consulter : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages.

¹⁹⁸ A ce sujet, voir l'**article L. 6132-2.-I du code de la santé publique** : « *La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1* ».

de santé. Par conséquent, en cas d'inaction des établissements, le Directeur Général de l'agence régionale de santé peut arrêter lui-même la convention constitutive d'un groupement¹⁹⁹.

117. Ce pouvoir de l'agence régionale de santé concernant le contenu de la convention constitutive ne doit être que l'exception, la norme relevant plutôt de la négociation de la convention constitutive entre les parties. Mais, cette négociation est en réalité limitée dans sa portée du fait d'une définition très détaillée du contenu attendu par le législateur et la réglementation intervenue en application. Le document fondateur du groupement relève bien d'une concertation entre les établissements concernant le choix de l'établissement support, même si celui-ci a été largement influencé par la démarche de préfiguration initiée par les agences régionales de santé, le fonctionnement des instances du groupement ou encore son projet médical partagé²⁰⁰. Preuve en est de cette possibilité de concertation, les nombreuses compétences optionnelles que les établissements parties peuvent ou non octroyer à l'établissement support du groupement²⁰¹. Au-delà, le gage premier de la négociation entre partenaires dans la détermination de la convention constitutive du groupement repose dans son processus d'adoption²⁰² puisque la convention constitutive, comme toute convention, est signée

¹⁹⁹ Sur le pouvoir de l'agence régionale de santé en termes de fixation du contenu de la convention constitutive, se référer au **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire précisant que : « Art. R. 61326. II. En cas de non conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois. « A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire. ».

²⁰⁰ Cette nécessité de concertation approfondie, notamment en ce qui concerne les orientations du projet médical partagé, avait été soulevée par les travaux préparatoires comme **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages, dans sa préconisation effectuée page 20 : « Le projet médical partagé du GHT ne peut être élaboré sans la réalisation préalable d'un diagnostic du territoire du GHT. Chaque territoire est différent : par sa géographie, par sa population, par son dynamisme et son attractivité. Chaque territoire est unique et a des besoins spécifiques. Cette phase de diagnostic territorial est capitale pour l'ensemble du GHT. La coopération entre les établissements parties au GHT ne peut pas être un simple cumul des activités réalisées par chacun. Il convient au contraire d'établir un diagnostic des besoins des patients, puis d'analyser l'offre du GHT dans son ensemble, ses liens avec les autres acteurs du territoire, notamment avec la médecine de ville et l'hospitalisation privée. ».

²⁰¹ Voir en ce sens : **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448.

²⁰² La réglementation prévoit ainsi un processus d'adoption très contraint de la convention constitutive, à l'image des exigences pour un groupement de coopération sanitaire. De cette façon, le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire précise que : « Art. R. 61326. I. La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Elle est soumise : 1° Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directoires, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis ; 2° Pour les établissements ou services médicosociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à

par l'ensemble des représentants légaux, c'est-à-dire le directeur dans un établissement public de santé, des établissements parties. Etant donné l'objectif des groupements en matière d'organisation de l'offre de soins, cette signature du chef d'établissement a souvent été assortie en pratique d'un visa des présidents de commissions médicales d'établissements, et des doyens des facultés de médecine pour les CHU. Cela apparaît d'autant plus pertinent que le législateur prévoit que la convention constitutive soit préparée par l'ensemble de la gouvernance des établissements parties. Mais, cette étape de signature, avant transmission pour approbation à l'agence régionale de santé, est précédée par un processus d'adoption devant s'assurer de la libre adhésion, résultant de la concertation, de chaque établissement avec un projet de convention constitutive devant faire l'objet au sein de chaque établissement d'une présentation devant toutes les instances hospitalières. Nous pouvons néanmoins relever que ce processus d'adoption rigidifie les termes de la convention constitutive et empêche toute évolution souple dans le temps, tout particulièrement pour les groupements ayant un nombre important d'établissements parties. Or, des modifications de la convention constitutive sont par nature obligatoires puisque celle-ci devait être adoptée pour le 1^{er} juillet 2016, échéance fixée pour la mise en place des groupements, mais le législateur avait prévu que le projet médical partagé devait être élaboré et adopté quant à lui au plus tard au 1^{er} juillet 2017, conduisant automatiquement à l'adoption d'un avenant à la convention constitutive dans les mêmes formes que celles précisées précédemment. De même, la convention constitutive est adoptée pour une durée de dix ans, alors que le projet médical partagé ne l'est que pour cinq ans, plusieurs avenants à la convention constitutive sont ainsi rendus nécessaires, sans compter les avenants techniques découlant des changements de législation intervenus depuis 2016 et impactant directement le droit des groupements hospitaliers de territoire.

118. Nous pourrions ainsi considérer que la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire résulte d'une négociation entre les établissements parties dont les termes ont été approuvés par l'ensemble de leurs instances respectives. Au final, la décision administrative unilatérale de l'agence régionale de santé, malgré son contrôle de légalité débordant parfois sur un contrôle d'opportunité, ne devrait que venir constater la volonté des acteurs. Cela ne serait cependant le cas que si les établissements parties avaient une totale liberté

délibération de leurs conseils d'administration. La convention constitutive est signée par les directeurs des établissements parties au groupement et soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé. ». Ce processus d'adoption était bien celui préconisé en page 16 par **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages.

dans la rédaction du contenu de la convention constitutive du groupement. Au contraire, la marge de manœuvre des établissements parties s'avère très limitée tant le législateur a précisé les contours de la convention constitutive²⁰³. Cette précision ne diffère pas totalement des autres outils juridiques de coopération hospitalière, notamment des groupements de coopération sanitaire dont la convention constitutive doit aussi répondre à un cadre normé. Cependant, le cas des groupements hospitaliers de territoire va plus loin du fait de l'incorporation dans leur convention constitutive de leur projet médical partagé, celui-ci faisant l'objet d'un détail assez inattendu directement inscrit dans la réglementation²⁰⁴. Le délai initial d'adoption des conventions constitutives des groupements et le détail précisé par les textes législatifs et réglementaires²⁰⁵ ont conduit à renforcer le poids de la décision administrative unilatérale de

²⁰³ Sur le contenu attendu de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire, voir l'**article L.6132-2. II du code de la santé publique** prévoyant que : « *La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ; 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-3 ; 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ; 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter établissements ; 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, (...).* ».

²⁰⁴ Sur le contenu du projet médical partagé devant figurer dans la convention constitutive, voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire précisant que : « *Art. R. 61323. I. Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment : 1° Les objectifs médicaux ; 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télé-médecine, portant sur : a) La permanence et la continuité des soins ; b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ; c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ; d) Les plateaux techniques ; e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ; f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ; g) Les activités d'hospitalisation à domicile ; h) Les activités de prise en charge médicosociale ; 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ; 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 61323 ; 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ; 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ; 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.* ». Cette précision répond par ailleurs à l'orientation n°1 des travaux préparatoires : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission* », février 2016, 51 pages qui indique en page 10 : « *Véritable ciment du GHT, le projet médical partagé a vocation à être la traduction de la stratégie de groupe pour organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire. Son contenu ne saurait se limiter à la description de quelques activités. Les décrets d'application ont donc vocation à définir les attendus quant à la structuration et la teneur du projet médical partagé.* ».

²⁰⁵ Nous pouvons noter le point de vue de la Cour des comptes mettant en exergue le peu de contenu des conventions constitutives du fait de la précision des textes législatifs et réglementaires et du délai contraint de leur approbation, tout en estimant que les groupements auraient dû s'en saisir davantage, point de vue que nous ne partageons pas considérant au contraire que le poids de l'encadrement réglementaire était déjà très dense à mettre en œuvre. Voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « *Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019* », octobre 2020, 182 pages et plus précisément son point de vue en la matière (page 24) : « (...) ».

l'agence régionale de santé dans la constitution des groupements hospitaliers de territoire. Nous pouvons néanmoins supposer que l'élaboration de façon discontinue dans le temps d'avenants aux différentes conventions constitutives de groupement amenuisera peut-être cet effet.

119. Cette absence relative de liberté dans l'élaboration du contenu de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire démontre la volonté de l'Etat de faire de ceux-ci de véritables instruments de recomposition de l'offre de soins. Au regard de l'inaction supposée ou réelle des acteurs locaux ou du risque de leur non-acceptation de cette réforme, la puissance publique fait le choix délibéré de les contraindre. L'Etat se définit non plus en tant que simple stratège mais en véritable pilote à la tête de ce qui doit devenir des groupes publics intégrés au sein de chaque territoire.

b. Des modifications locales limitées à travers le règlement intérieur et le système de dérogations

120. Au-delà du cadre normé de la convention constitutive, les membres des groupements hospitaliers de territoire pourraient retrouver un espace de liberté à travers la rédaction du règlement intérieur du groupement, le contenu de la convention constitutive pouvant toujours être précisé ou complété par celui-ci. Il peut s'agir d'un simple règlement de fonctionnement des instances du groupement, mais aussi d'un véritable règlement intérieur fixant des règles générales d'organisation du groupement. Un tel dispositif permet de s'extraire du processus d'adoption très lourd de la convention constitutive, en prévoyant la validation du règlement intérieur par le comité stratégique du groupement et les instances communes du groupement sous réserve de ne pas rentrer dans le champ des compétences des instances des établissements membres²⁰⁶. Néanmoins, le contenu de la convention constitutive s'avère si étendu que les

Généralement, les conventions des GHT formalisent les éléments obligatoires fixés par la loi, mais seules une minorité d'entre elles comportent des dispositions sur des éléments facultatifs tels qu'un exposé des motifs qui ont conduit les établissements du groupement à s'engager dans le GHT et un descriptif de l'antériorité de leurs relations contractuelles. De la même manière, peu de conventions apportent des précisions sur le régime budgétaire et comptable du GHT et sur les éléments de la participation financière des établissements au groupement. Enfin, les modalités de gestion des fonctions mutualisées avec l'établissement support et le régime des délégations de signature sont le plus souvent peu précises et les conventions n'apportent que peu d'éléments de nature à les sécuriser juridiquement. (...) Considérant l'ensemble de ces éléments, il apparaît que les GHT reposent sur des conventions constitutives souvent minimalistes pour ce qui concerne les relations fonctionnelles entre les établissements du groupement. ».

²⁰⁶ En ce sens, la réglementation prévoit explicitement la possibilité d'un tel règlement intérieur comme le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire le précise : « Art. R. 61322. Le

matières pouvant être traitées par le biais d'un règlement intérieur restent relatives accessoires²⁰⁷. Ni la composition ou les compétences des instances, ni le projet médical partagé ne peuvent être délégués à un règlement intérieur ou alors de façon très limitée. Le règlement intérieur ne peut ainsi que se concentrer sur la vie des instances en précisant le nombre de leurs réunions ou leurs modalités de secrétariat et de préparation de l'ordre du jour. La matière pouvant le plus être précisée par le règlement intérieur pourrait être l'organisation des fonctions mutualisées dévolues à l'établissement support. Mais là encore, le règlement intérieur ne peut que prévoir une organisation très générale, celle-ci étant contrainte par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment le transfert du pouvoir adjudicateur à l'établissement support en ce qui concerne la fonction achat mutualisée. De la sorte, le contenu potentiel du règlement intérieur, pour utile qu'il soit, ne saurait être déterminant dans la construction du groupement et dans ses orientations stratégiques, notamment médicales. Celles-ci relèvent de plein droit de la convention constitutive, comme le choix de l'établissement support porteur des fonctions mutualisées ou le projet médical partagé. Or, cette convention constitutive fait l'objet d'un contrôle étroit de la part des agences régionales de santé, limitant ainsi le caractère conventionnel du groupement hospitalier de territoire pour en faire une quasi-obligation légale.

121. Cette obligation légale est également retranscrite dans le droit par le cadre étant établi en matière de dérogation à l'obligation d'appartenance à un groupement hospitalier de territoire prévue par la loi du 26 janvier 2016. Il ne s'agit en aucun cas d'une possibilité d'appartenance mais bien d'un état d'obligation devant intervenir par la signature de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire au 1^{er} juillet 2016. Cette même loi prévoit cependant des dérogations exonérant certains établissements d'intégrer un groupement hospitalier de territoire²⁰⁸, mais de façon limitée dans leur justification, restreinte aux seuls établissements

règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement. ».

²⁰⁷ L'attente d'une convention constitutive étoffée et uniforme est retranscrite par la doctrine administrative mise en place par le Ministère en charge de la santé qui a publié une convention constitutive type : **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « GHT, mode d'emploi – Convention cadre », mai 2016, 8 pages. Il est à noter qu'à l'inverse, alors même que le ministère a publié un règlement intérieur type pour l'exercice de la fonction de département d'information médicale du GHT, aucun document similaire n'a été élaboré concernant un règlement intérieur type des GHT, alors qu'il s'agissait là d'une demande issue des travaux préparatoire, voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages indiquant en page 36 que : « *Modèle de règlement intérieur* Là encore, il s'agit d'un simple modèle et non trame opposable pour éviter aux établissements le recours systématique à des expertises juridiques externalisées. Nous recommandons une mise à disposition avant le 1^{er} mai 2016. ».

²⁰⁸ L'obligation d'appartenance à un groupement inscrite à l'**article L. 6132-1.-I du code de la santé publique** prévoit en effet un mécanisme de dérogation : « *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. (...) VI.- Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de*

ayant une spécificité dans l'offre de soins, et temporaire dans leur durée. Concrètement, les dérogations octroyées lors de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire ont concerné quasi exclusivement des établissements publics spécialisés en psychiatrie autour d'un double débat lié à la participation de ces établissements aux groupements. D'un côté, la question était de savoir si les établissements spécialisés en psychiatrie pouvaient être membres d'un même groupement avec des établissements ayant des activités uniquement somatiques. Cet argument longtemps avancé, et fondé sur une spécificité supposée de la psychiatrie vis-à-vis des autres disciplines médicales, ne porte désormais plus dans la mesure où de nombreux établissements non spécialisés sont dotés d'activités de psychiatrie, tout en étant membres d'un groupement, et par ailleurs du fait de la nécessaire continuité de parcours entre le somatique et la psychiatrie incitant justement les établissements à travailler ensemble. Le deuxième argument était le périmètre d'intervention des établissements spécialisés dépassant les limites des groupements et basé sur la notion de sectorisation psychiatrique, ce sujet ayant pu être résolu en prévoyant une association aux autres groupements comme cela est également prévu pour les fonctions hospitalo-universitaires. Ainsi, les dérogations ne sont désormais quasiment plus en cours et aucun établissement public de santé n'a vocation à rester durablement en-dehors d'un groupement hospitalier de territoire²⁰⁹. Certains établissements publics de santé auraient pu ne pas vouloir adhérer à un groupement hospitalier de territoire tout en n'obtenant pas de dérogation en ce sens par l'agence régionale de santé et donc pour parer à toute situation d'inaction, le législateur a prévu un mécanisme de pénalités particulièrement efficace²¹⁰. En cas de non-participation à un groupement, l'établissement peut se voir suspendre le versement des crédits liés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, ces crédits

l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1er juillet 2016. »

²⁰⁹ Consulter en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages précisant (page 25) que : « *Le secteur psychiatrique a obtenu des dérogations, en résorption progressive. Sur les treize EPSM ayant obtenu une dérogation en juillet 2016, deux ont été depuis intégrés à un GHT35. Les dérogations accordées l'ont été pour une durée déterminée (en général cinq ans), sauf pour l'EPSM de Ville Evrard.* ».

²¹⁰ Le mécanisme de pénalité en cas de non-appartenance à un groupement est prévu dès la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 107** indiquant que : « (...) II.- L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire. (...) VIII.- Le II de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable : 1° A compter du 1er juillet 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ; 2° A compter du 1er janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-3 dudit code. »

constituant une part importante du financement des établissements publics de santé, pouvant varier entre 15 et 40% de leur budget total en fonction des établissements. Il peut s'agir d'aide à la trésorerie dans les situations financières dégradées, comme du financement des SAMU Centre 15 ou encore des équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs. La suspension éventuelle du versement de ces crédits n'est en aucun cas une perspective qu'un établissement ne pourrait écarter facilement car il en va de sa continuité même. Dans sa prudence, le législateur a prévu l'ensemble des cas de figure en étendant ce mécanisme de pénalités aux établissements ayant adhéré à un groupement hospitalier de territoire mais ne participant pas de façon effective à la mutualisation des fonctions portées par l'établissement support, sous réserve d'apporter la preuve de cette non-participation.

122. L'organisation graduée de l'offre de soins suppose selon nous de pouvoir disposer de la plus grande variété de disciplines de prises en charge, soit directement soit par convention. En ce sens, l'utilisation parcimonieuse faite des dérogations nous apparaît comme bénéfique, un usage plus large lors de la création des groupements hospitaliers de territoire aurait transmis un message de moindre contrainte incitant faiblement les établissements à s'investir dans ce dispositif. Passée cette première phase de constitution, une plus grande souplesse pourrait cependant être octroyée aux établissements notamment dans l'élaboration de leur projet médical partagé et son extraction de la convention constitutive, afin de ne pas rigidifier outre mesure son adoption, tout en maintenant un dispositif de transmission et de contrôle par l'agence régionale de santé.

B) L'émergence de l'établissement support de groupement hospitalier de territoire

123. Les groupements hospitaliers de territoire dans leur forme telle que définie par le législateur devaient être un dispositif uniforme sur l'ensemble du territoire national. Loin de la façade d'accord conventionnel, le groupement est bien une quasi-obligation légale dont le corps de la convention constitutive s'avère profondément encadré et dont les termes peuvent être amendés par l'agence régionale de santé. Ce caractère uniforme des groupements repose également sur l'émergence dans chacun d'entre eux d'un établissement support, établissement public de santé mais doté de compétences spécifiques le distinguant des autres sans pouvoir cependant établir de relations d'autorité entre les membres du groupement. Ce nouvel établissement est issu du débat non totalement résolu entre les partisans et les opposants de

l'octroi d'une personnalité morale propre au groupement hospitalier de territoire²¹¹. Fondé sur l'historique de la communauté hospitalière de territoire, le choix de l'établissement support a finalement été un compromis.

124. Nous verrons tout d'abord qu'en l'absence de personnalité morale, le groupement hospitalier de territoire repose sur le recours à un tiers existant (a), tout en prévoyant des instances propres et un fonctionnement créant de la complexité (b).

a. L'absence de personnalité morale et le recours à un tiers existant

125. L'octroi ou non d'une personnalité morale au groupement hospitalier de territoire n'est pas une simple question technique, elle découle directement du débat concernant les objectifs du groupement. Le législateur de 2016 les a clairement exposé et synthétisé en deux grandes fonctions à savoir l'élaboration d'un projet médical partagé et la rationalisation des fonctions supports²¹². Mais derrière ces termes, un questionnement profond peut naître entre une volonté de coopération entre les établissements parties ; une ambition de coordination du territoire dans son entièreté, grâce aux diverses associations possibles avec d'autres types d'établissements ; ou un objectif d'intégration dans un groupe public de territoire. Pour cette dernière hypothèse que nous soutiendrons, le groupement hospitalier de territoire vient finalement remplacer ou compléter les dispositifs existants de fusion d'établissements ou de direction commune²¹³.

126. Le recours ou non à une personnalité morale n'est en aucun cas dual et associé à un objectif plus qu'à un autre. Ainsi, la coopération entre les différents établissements supposerait de ne pas mettre en avant un établissement plutôt que les autres et plaiderait pour la création d'un tiers juridique. Il s'agit par exemple de l'organisation mise en place dans la sphère locale

²¹¹ Le sujet de l'octroi de la personnalité morale aux groupements hospitaliers de territoire a été récemment relancé sous la forme d'un droit d'option tel qu'avancé par la proposition de loi portée par le député Frédéric VALLETOUX, ancien Président de la Fédération Hospitalière de France. Il est à noter que cette proposition se faisant par la voie du droit d'option, cette situation aboutirait à la fin de l'uniformité du droit des groupements.

²¹² Voir la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 107** exposant 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. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. ».

²¹³ A ce sujet, consulter : **DEWITTE Jean-Pierre**, « Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 89-99. **EVIN Claude, HOUDART Laurent**, « Groupements hospitaliers de territoire, état des lieux et feuille de route », Revue Hospitalière de France, n°571, juillet-août 2016, pages 32-37.

avec les établissements publics de coopération intercommunale²¹⁴. La même logique s'applique de façon plus étendue à un objectif de coordination territoriale élargie à l'ensemble des acteurs de santé qui pourraient progressivement adhérer au groupement comme pour tout groupement de coopération sanitaire. Mais le même discours pourrait être tenu dans l'optique d'une intégration progressive des établissements membres, le groupement ayant alors une personnalité morale et les compétences des établissements membres se réduisant progressivement jusqu'à n'être que des sites hospitaliers dont serait ôtée au final la personnalité morale lorsque celle-ci n'aurait plus d'utilité organisationnelle.

127. Cependant, le recours à un tiers juridique existant ne peut être associé qu'à l'hypothèse d'un objectif d'intégration des établissements membres. Une coordination territoriale élargie ne pourrait être mise en place si les établissements non publics devaient intégrer un dispositif dont un nombre important de fonctions sont assurées par un établissement support²¹⁵. De même, une coopération entre établissements publics atteint vite ses limites lorsque l'établissement support assure des fonctions dont la responsabilité juridique n'incombe pas au groupement, celui-ci n'étant pas doté d'une personnalité morale, mais au directeur de l'établissement support. Une hiérarchie des établissements est de fait en train de se créer au sein de la catégorie juridique normalement homogène des établissements publics de santé. L'établissement support est certes un *primus inter pares* mais il devient de plus en plus un *primus* plutôt qu'un *pares*. L'émergence de cet établissement support constitue une garantie d'uniformisation des groupements hospitaliers de territoire car ainsi, il ne saurait avoir de partage de fonctions et de responsabilités entre les membres. Il y a ainsi une clarification et une uniformité se traduisant par d'une part un peu plus de cent trente établissements supports, investis de compétences nouvelles et de fait d'une mission d'animation territoriale, et d'autre part une myriade d'établissements leur étant associés. Plus explicitement encore, il y a désormais non pas mille établissements publics de santé mais un peu plus de cent trente groupes hospitaliers publics²¹⁶.

²¹⁴ Solution préconisée par : **LARCHER Gérard**, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions », avril 2008, 102 pages.

²¹⁵ Ainsi, les établissements privés de santé ne sont pas soumis aux mêmes règles juridiques en matière d'achat hospitalier ou de norme comptable par exemple.

²¹⁶ Une évolution récente des groupements hospitaliers de territoire est à pointer avec la fusion d'établissements membres d'un même groupement, et étant déjà en directions communes, faisant ainsi émerger des groupements mono-établissements. Voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et son diagnostic en la matière (page 118) : « L'émergence d'une personne morale unique au sein des GHT, intégrant l'ensemble des contraintes de proximité, de référence et de recours, constitue une mesure de simplification et de lisibilité qui est d'ores et déjà apparue nécessaire dans un certain nombre de territoires : le GHT Nord-Ardenne, le GHT Haute-Saône, le GHT Sud-Bretagne, le GHT 77 Nord, le GHT Nord-Essonne et le GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences ont en effet connu au cours des derniers mois une fusion juridique complète de leurs établissements sanitaires. D'autres projets sont

128. Cette dichotomie naissante entre établissements publics de santé peut apparaître comme une rupture juridique, mais elle traduit finalement une réalité bien ancrée entre des établissements de proximité, d'autres de référence et certains ayant un rôle de recours. Une hiérarchisation au regard de leurs offres de soins respectives était déjà présente, tout en reconnaissant la place et le rôle occupé par chaque établissement pris isolément. Le recours à un tiers existant permet d'ancrer davantage ce constat tout en évitant la création de personnes morales supplémentaires dans un secteur déjà pétri d'atomisation des acteurs.

b. Des instances propres et un fonctionnement du groupement hospitalier de territoire créant de la complexité

129. Au motif de ne pas afficher trop ouvertement un objectif d'intégration à travers le recours à un établissement support, le législateur a cependant créé de la complexité en attachant le groupement à une architecture institutionnelle distincte de celle de l'établissement support. Loin de la simplification administrative, une seconde strate d'instances est ainsi constituée en plus des instances internes perdurant au sein de chaque établissement membre. Une nouvelle fois, la création du législateur confère malgré tout au groupement hospitalier de territoire une uniformité sur l'ensemble du territoire national. L'ensemble des groupements doivent disposer des mêmes instances qui, sauf délégation de compétences, ont les mêmes champs d'intervention et les mêmes compositions. Deux lignes de fond sont alors à observer dans la constitution de ces instances propres au groupement hospitalier de territoire et correspondant tout d'abord à la représentation de toutes les parties prenantes existant au sein ou autour de l'hôpital, et ensuite au fait que ces instances sont largement calquées sur celle des établissements de santé. Ainsi, le groupement est principalement dirigé par un comité stratégique, présidé par le directeur de l'établissement support, et dont la composition constituée des directeurs, des présidents des commissions médicales d'établissements et des présidents des commissions des soins infirmiers se révèle très proche de la composition des directoires des établissements membres. La commission médicale de groupement peut quant à elle être aisément qualifiée de « CME de groupement », et il en est de même de la commission des soins de groupement et du comité des

en cours (le GHT Rance-Émeraude et le GHT de la Vienne fusionneront l'ensemble de leurs établissements MCO le 1er janvier 2021). Ces fusions sont des processus longs³³⁷ et complexes. Ils s'appuient systématiquement sur une phase préalable de direction commune. 32 GHT sont en mesure dans les années à venir de connaître le même processus dans le cadre des directions communes d'ores et déjà installées pour l'ensemble des établissements MCO du GHT. ».

usagers. La conférence territoriale de dialogue social tient lieu de comité social d'établissement et le comité territorial des élus locaux de conseil de surveillance²¹⁷. Un groupement hospitalier de territoire dont la vocation première aurait été uniquement de la coopération entre les établissements n'aurait sans nul doute pas eu besoin d'une telle architecture institutionnelle. Le comité stratégique et le comité territorial des élus locaux auraient pu constituer les seuls organes du groupement. La création de tant d'instances similaires à celles des établissements publics de santé, au-delà de la complexité ainsi générée, ne peut que favoriser le transfert progressif de compétences des instances des établissements membres vers celles du groupement. Nous pouvons néanmoins soutenir que si l'objectif d'intégration avait été clairement exposé, un autre choix aurait pu utilement être l'extension et l'ouverture des instances de l'établissement support à des représentants des autres établissements membres²¹⁸. Cela aurait créé de fait une harmonisation des pratiques et des décisions tout en limitant le nombre d'instances et en facilitant la compréhension par tous de l'organisation hospitalière. L'uniformité des groupements n'a donc pas conduit à une simplification administrative mais prévoit bien l'instauration des mêmes instances au sein de chaque groupement.

130. L'uniformité dans le fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire est enfin parachevée dans le domaine budgétaire avec la création d'un budget annexe spécifique au groupement au sein du cadre budgétaire des établissements supports²¹⁹. De nombreux

²¹⁷ Sur les instances des établissements publics de santé, leur composition et leurs compétences, se référer à : **TRUCHET Didier, APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages. Concernant les instances des groupements hospitaliers de territoire, leur composition et leurs compétences, consulter à : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages.

²¹⁸ Une telle proposition d'ouverture des instances de l'établissement support repose sur la pratique, prévue par la loi, d'invités permanents au sein des instances hospitalières, notamment du Directoire. Néanmoins, il est à noter que notre proposition serait difficilement adaptée à des groupements hospitaliers de territoire comprenant un nombre important d'établissements membres, les instances de l'établissement support devant alors quasiment doubler dans leur composition avec sans doute les difficultés de fonctionnement et d'animation que cela pourrait supposer.

²¹⁹ Voir par exemple : **IFERGAN Joseph**, « GHT et nouvelle gouvernance financière », Gestions hospitalières, n°561, décembre 2016, pages 614-620. Il est à noter que l'ordonnancement budgétaire du groupement hospitalier de territoire est cependant amoindri par rapport aux préconisations des travaux préparatoires. En ce sens, voir : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages prévoyant en effet (page 26) que : « *Comme nous l'évoquions déjà dans notre rapport intermédiaire (14^{ème} condition de réussite), mettre en place une solidarité budgétaire et de trésorerie est l'une des conditions de réussite pour instaurer une stratégie de groupe. En l'état actuel du mode de financement des établissements de santé, les hôpitaux ont plutôt intérêt à maintenir des activités, parfois redondantes, car leur santé financière dépend directement de l'activité réalisée dans chaque structure. La stratégie de groupe dépend donc directement de la mise en place de mécanismes budgétaires et comptables permettant de créer une solidarité entre les établissements. Cela comprend 3 éléments : - La définition de règles de comptabilisation des charges et produits relatifs aux activités mutualisées ; - La définition de mécanismes de supervision financière à l'échelle du groupe ; - La mise en place de mouvements de disponibilités permettant une*

mécanismes de compensation auraient pu voir le jour entre les établissements parties pour financer les dépenses communes issues de cette démarche territoriale. En la matière, l'absence de personnalité morale, et donc de budget propre, du groupement ne constituait pas une difficulté majeure ; les établissements membres pouvant établir entre eux des conventions de facturation prévoyant qu'un établissement porte la dépense commune et soit remboursé en émettant des titres de recettes à l'attention des autres membres. Le portage financier des dépenses communes aurait ainsi pu varier selon la thématique entre plusieurs établissements. Un tel dispositif aurait cependant rapidement atteint deux limites. Tout d'abord, le groupement a vocation à voir ses compétences, et donc ses dépenses éventuelles, s'accroître de façon importante dans le temps et cela aurait supposé un nombre conséquent de conventions de facturation entre établissements membres. De plus, il aurait été compliqué d'assurer une consolidation des dépenses et recettes totales liées à cette démarche territoriale, limitant ainsi les possibilités de supervision par les autorités de régulation. Cependant, en l'absence de personnalité morale du groupement, la constitution d'un budget propre ne s'avère pas possible. Le législateur a par conséquent créé un nouveau budget annexe obligatoire au sein de la comptabilité de chaque établissement support. Celui-ci permettra de retracer l'ensemble des échanges financiers entre les établissements membres et chaque établissement devra y contribuer selon une clef de répartition financière fixée par arrêté ministériel. Ainsi, même dans leurs échanges financiers entre eux, les établissements membres n'ont pas de latitude mais doivent appliquer un cadre uniforme fixé pour l'ensemble des groupements hospitaliers de territoire²²⁰.

Paragraphe II : Des groupements reflétant en pratique des réalités territoriales diversifiées

131. Avec un cadre conventionnel très encadré et une organisation institutionnelle précisée par la réglementation, les groupements hospitaliers de territoire devraient être un instrument juridique uniformisé sur l'ensemble du territoire national. La seule différenciation possible

solidarité de trésorerie. ». Cette ambition avait bien été retenue par le législateur dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016, cependant ces dispositions, prévoyant une habilitation à légiférer par ordonnance en matière de règles comptables et budgétaires, ont été censurées par le Conseil constitutionnel (**Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 – Loi de modernisation de notre système de santé**) au motif d'une absence de date limite de dépôt par le Gouvernement d'un projet de loi de ratification devant le Parlement.

²²⁰ La répartition des charges entre établissements membres pour l'exercice des fonctions mutualisées est ainsi établie par **l'arrêté du 10 novembre 2016** fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3.

devrait apparaître de façon très ponctuelle du fait de l'octroi ou non de dérogations à certains établissements d'un territoire. Nous devrions ainsi observer un peu plus de cent trente groupements hospitaliers de territoire mais une seule réalité tant juridique qu'organisationnelle. Bien évidemment la réalité est plus disparate du fait de compromis politiques au sein de certains territoires conduisant à des tailles ou à des compositions très variées selon les groupements. Mais ce contraste peut apparaître aussi par l'utilisation de l'ensemble des possibilités d'association prévues par le droit des groupements hospitaliers de territoire. En effet, le législateur n'ayant pas voulu trancher définitivement le débat entre l'intégration dans un groupe public et la coordination élargie du territoire de santé, les parties prenantes au groupement peuvent être très diversifiées et conduire de ce fait à des réalités bien différentes d'un groupement à l'autre.

132. Nous préciserons en ce sens le réseau hétéroclite des parties prenantes potentielles à un groupement hospitalier de territoire et conduisant à une lisibilité variable de ceux-ci (A), puis nous en déterminerons une classification naissante, et empreinte de différenciation territoriale, des groupements hospitaliers de territoire (B).

A) Un réseau hétéroclite de parties prenantes potentielles conduisant à une lisibilité variable du groupement hospitalier de territoire

133. La composition potentielle du groupement hospitalier de territoire s'avère pour le moins extensible. Il peut ainsi s'agir d'un véritable groupe public de territoire, développant sa stratégie comme les groupes de cliniques privées le font, mais le droit lui permet également de constituer un groupement élargi à une grande partie des acteurs de santé d'un territoire, de façon cependant plus ou moins approfondie. Nous aborderons la participation obligatoire des établissements publics de santé, tout en soulevant la question des hôpitaux de proximité au sein de cet ensemble (a), avant d'analyser les multiples possibilités d'association et de partenariat avec les autres acteurs (b).

a. Une participation obligatoire des établissements sanitaires publics soulevant la question des hôpitaux de proximité

134. L'appartenance à un groupement hospitalier de territoire constitue une obligation légale pour l'ensemble des établissements publics de santé hormis ceux ayant obtenu de la part de l'agence régionale de santé une dérogation temporaire au regard de leur spécificité dans l'offre de soins²²¹, notamment issue du débat ayant émergé concernant la participation des établissements spécialisés en psychiatrie. Un même débat a pu naître pour les centres hospitaliers universitaires, ces derniers ayant une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche contrairement aux autres établissements publics de santé. De plus, ils sont issus de la conclusion d'une convention entre une université et un centre hospitalier régional, ce dernier terme indiquant bien cette vocation régionale et non pas seulement territoriale d'un tel établissement. Les CHU auraient ainsi pu être exemptés de l'appartenance à un groupement, d'autant plus qu'un mécanisme complémentaire d'association est mis en place avec les groupements de leur subdivision d'internat. Le débat a finalement été tranché en faveur de la participation obligatoire des CHU au même titre que tous les établissements publics de santé, au motif notamment que les CHU sont aussi et peut-être avant tout des établissements de proximité et de référence sur leur bassin territorial. L'objectif des groupements hospitaliers de territoire étant de réorganiser de façon sécurisée et graduée l'offre de soins, il aurait été inconcevable de dispenser d'une telle dynamique les établissements hospitalo-universitaires correspondant à une part très importante de l'offre de soins publique²²².

²²¹ Sur les conditions d'octroi d'une dérogation à l'appartenance à un groupement hospitalier de territoire, le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire précise que : « Art. R. 61327. La dérogation prévue au I de l'article L. 61321 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins. »

²²² Nous devons néanmoins noter avec la Cour des comptes que le maintien des CHU dans le dispositif des groupements hospitaliers de territoire a de fait conduit à une différenciation des groupements ayant un CHU comme établissement support. A ce sujet, voir : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages précisant (page 54) que : « En France métropolitaine, 26 GHT ont pour établissement support un CHU. Ces GHT sont en moyenne plus étendus : ils couvrent une superficie de 6 550 km², contre près de la moitié pour les GHT sans CHU (3 553 km²)¹²⁵. De ce fait, 38,4 % des GHT avec CHU couvrent un territoire au moins départemental (contre 32,4 % pour les GHT sans CHU) et deux GHT avec CHU couvrent un territoire associant plusieurs départements. Le bassin de population de ces GHT est également plus large, avec près de 988 000 habitants en moyenne par territoire (contre 378 000 habitants pour les GHT sans CHU) et plus âgé (9,4 % pour les bassins avec CHU contre 7,8 % pour les bassins sans CHU). Un GHT avec CHU associe en moyenne un nombre plus important d'établissements : 6,3 CH et 2,2 hôpitaux de proximité (HP) contre 3,5 CH et 1,4 HP dans les autres GHT. Du fait de leur caractère plus étendu, les GHT comportant un CHU affichent des temps moyens plus importants entre établissements membres : la durée maximale de transport entre établissements du GHT est de 82 minutes contre 55 minutes dans les GHT sans CHU.

135. Un autre débat concernant la composition des groupements hospitaliers de territoire n'est cependant pas refermé, celui de la participation obligatoire des établissements publics de santé entrant dans la catégorie des centres hospitaliers mais relevant précédemment de la catégorie aujourd'hui disparue des hôpitaux locaux²²³. Cette catégorie juridique avait été créée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et s'est vue remise en cause par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ces établissements désormais qualifiés de centres hospitaliers sont des structures entrant dans ce champ en tant que titulaires d'autorisations sanitaires relevant des soins médicaux et de réadaptation ou d'unités de soins de longue durée. Il s'agit donc de structures de capacités d'hospitalisation limitées dans le champ sanitaire et développant par ailleurs des capacités assez importantes dans le champ médico-social, principalement en tant qu'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le statut de centre hospitalier les oblige à appartenir à un groupement hospitalier de territoire, et leur nature en fait un maillon essentiel des parcours patient, justifiant en ce sens leur implication dans le projet médical partagé. Néanmoins, ces établissements ne sont de fait parties prenantes que des filières de rééducation et de gériatrie, la structuration de l'offre de soins en médecine d'urgence ou en chirurgie leur étant très éloignée. Or, s'agissant des thématiques principales que les groupements sont amenés à traiter au cours de leurs premières années, la participation de ces hôpitaux de proximité est par conséquent très limitée et une incompréhension grandissante apparaît de leur part concernant l'utilité pour eux de leur appartenance à un groupement hospitalier de territoire²²⁴. Cette participation pleine et entière les conduit à être inclus dans le dispositif obligatoire de rationalisation des modes de gestion. Là encore, l'intérêt est restreint,

A contrario, le temps maximal nécessaire pour atteindre l'établissement de recours depuis tout établissement membre du GHT est significativement réduit : il est de 66 minutes pour les GHT avec CHU contre 93 minutes pour les GHT sans CHU. » Nous pouvons indiquer par ailleurs que l'appartenance des CHU à un groupement ne limite en rien leur action en termes d'enseignement et de recherche bénéficiant d'une dynamique parallèle de constitution de réseaux entre CHU. A ce sujet, voir par exemple : **VALLET Benoît**, « CHU : les faire travailler en réseau ? », Les Tribunes de la santé, n°01 2020, pages 43-50. **COUR DES COMPTES**, « Le rôle des CHU dans l'offre de soins », novembre 2018, 201 pages. **COUR DES COMPTES**, « Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale », décembre 2017, 246 pages. **CONFERENCES DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DE CHU, DES PRÉSIDENTS DES CME DE CHU ET DES DOYENS DE FACULTE**, « Rapport CHU de demain », décembre 2018, 56 pages. **VIGNERON Emmanuel**, « CHU et nouvelles régions... pour ne pas abîmer l'avenir », Gestions hospitalières, n°541, décembre 2014 pages 591-596.

²²³ Ce débat renvoie plus globalement à la place de ces établissements dans la structuration de l'offre sanitaire et médico-sociale en France. Consulter à ce sujet : **CARPO Youen**, « Quelle place pour les petits hôpitaux & hôpitaux de proximité ? », Les Tribunes de la santé, n°03 2021, pages 69-75.

²²⁴ De fait, leur participation aux groupements hospitaliers de territoire est alors surtout considérée sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé nécessitant une action en proximité. A ce sujet, voir notamment : **HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE**, « Groupements hospitaliers de territoire et santé publique – Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé », mars 2017, 52 pages.

par exemple leur surface d'achat ne leur rapporte que peu de gains sur achat du fait de la mutualisation de ceux-ci au niveau du groupement. A l'inverse, la centralisation du pouvoir adjudicateur leur enlève la réactivité qui était l'une de leurs forces et les conduit à devoir adhérer à des marchés publics allant à l'encontre de leur objectif d'achats de proximité. Le constat pour ces établissements est de ne pas bénéficier des avantages du groupement tout en devant subir les contraintes organisationnelles d'une structure de grande taille²²⁵.

136. Cette difficulté traduit le caractère désormais théorique de la catégorie d'établissement public de santé ou de centre hospitalier. La recomposition progressive de l'offre de soins ne fera qu'accentuer cet écart entre établissements soumis aux mêmes règles juridiques tout en ayant des objectifs de gestion ou des réalités d'offre de soins éloignés. Ainsi, les critiques formulées par les hôpitaux de proximité apparaissent tout à fait légitimes et doivent conduire, selon nous, à une révision future de la composition des groupements hospitaliers de territoire.

b. De multiples possibilités d'association et de partenariat avec les autres acteurs

137. L'interrogation relative à la participation obligatoire des hôpitaux de proximité s'avère d'autant plus prégnante que les établissements publics médico-sociaux relèvent quant à eux d'un autre dispositif. Ces établissements ne sont pas obligés de participer à un groupement, y compris les établissements médico-sociaux en direction commune avec un établissement public de santé devant lui-même être obligatoirement partie à un groupement hospitalier de territoire. Ces établissements médico-sociaux peuvent cependant être associés de façon facultative au groupement et ainsi bénéficier d'une appartenance à géométrie variable leur permettant par

²²⁵ Ce constat s'avère en contre-point avec l'ambition affichée par les travaux préparatoires considérant les groupements hospitaliers de territoire comme une opportunité pour asseoir l'activité de ces hôpitaux de proximité. Ainsi, voir : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et son point de vue en la matière (page 21) : « *Les hôpitaux locaux et de proximité, véritable passerelle entre l'ambulatoire et l'hospitalisation ont un rôle de proximité et de premier recours. Ces établissements ont toute leur place dans les GHT, et la reconnaissance de leur spécificité en qualité d'établissement de premier recours doit s'inscrire dans les projets médicaux partagés. Par ailleurs, les GHT contribuent à la pérennité des hôpitaux de proximité en leur permettant d'accéder à des compétences rares et des infrastructures robustes grâce à la mutualisation. Ils pourront par exemple bénéficier de compétences de médecin DIM, de compétences informatiques, de certaines compétences médicales pour lesquelles ils connaissent des difficultés de recrutement, et ce grâce à la mise en place de consultations avancées ou au développement de la télémédecine.* ».

exemple de participer au projet médical partagé pour les filières correspondant à leur offre de soins et à certaines fonctions supports comme la convergence du système d'information²²⁶.

138. Pour affirmer encore plus la difficulté de positionnement des hôpitaux de proximité, il n'est qu'à constater le dispositif d'association obligatoire prévu pour les structures d'hospitalisation à domicile²²⁷. Le caractère obligatoire de celui-ci pour tout groupement hospitalier de territoire renforce le fait que le projet médical partagé doit être avant tout centré autour des filières de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Ainsi, tout groupement doit conclure une convention avec les structures autorisées en hospitalisation à domicile au sein de son territoire d'intervention, quel que soit la nature juridique de celles-ci, qu'il s'agisse d'établissements privés ou d'associations. Ce processus d'association est une façon d'inciter les établissements membres à améliorer leurs parcours patients et notamment leurs durées moyennes de séjour en facilitant la sortie du patient. Elle ne conduit par contre pas à inclure ces structures d'hospitalisation à domicile dans la vie institutionnelle ou dans le fonctionnement du groupement. Nous pouvons néanmoins nous interroger sur la pertinence d'établir de telles relations au niveau du groupement et non pas de chacun des établissements membres selon des modalités potentiellement communes dans leur méthodologie.

139. Une seconde association obligatoire est prévue pour l'ensemble des groupements hospitaliers de territoire avec cette fois-ci le CHU de leur ressort de subdivision d'internat²²⁸.

²²⁶ Il convient cependant de noter que peu d'établissements publics médico-sociaux ont souhaité être associés à un groupement hospitalier de territoire, démontrant ainsi un effet de décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social limité par l'entremise des groupements. En ce sens voir : **COUR DES COMPTES**, « *Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019* », octobre 2020, 182 pages et son diagnostic à ce sujet (page 80) : « (...) Lors de la réunion du 15ème comité de suivi des GHT (octobre 2017), la DGOS a fait état d'un niveau d'association modeste des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à la réforme des GHT. En effet, sur 135 GHT constitués, 128 comportaient alors une structure médico-sociale incluse automatiquement (soit 1 612 structures dont 71 % dédiées aux personnes âgées et 21 % aux personnes handicapées). Seuls 23 GHT comptaient un établissement qui avait volontairement choisi d'intégrer la démarche, soit 60 établissements. Au 1er janvier 2020, cette situation a peu évolué : on compte désormais 78 ESMS juridiquement autonomes membres de 28 GHT. De plus, cette participation est hétérogène : dix GHT comptent à eux seuls 51 ESMS en tant que membres, alors que 109 GHT n'en comptent aucun. Ainsi sur les 10 600 ESMS dédiés aux personnes âgées et les 11 919 ESMS orientés vers la prise en charge des personnes handicapées, l'association du secteur médico-social au GHT apparaît minime et ne concerne que 7,5 % des établissements médicosociaux. Le statut de partenaires offre un cadre alternatif au statut de membre. Cependant, ce cadre s'avère peu engageant et aux conséquences très limitées. ».

²²⁷ Pour un panorama complet de cette activité se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Hospitalisation à domicile », novembre 2010, 268 pages. **SAISON-DEMARS Johanne**, « L'hospitalisation à domicile », RDSS, n°HS 2016, pages 41-56.

²²⁸ L'association obligatoire de tout groupement hospitalier de territoire avec un centre hospitalier universitaire est prévue dès la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 107** : « Art. L. 6132-1.- III.- Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. »

La formalisation de cette convention d'association n'est pas nécessaire lorsque l'établissement support du groupement est lui-même le CHU, les missions hospitalo-universitaires et leur interconnexion avec les autres établissements du groupement étant alors décrites dans la convention constitutive. Ces missions hospitalo-universitaires sont au nombre de quatre à savoir la mission d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, la mission de recherche, la mission de gestion de la démographie médicale et les missions de référence et de recours²²⁹. L'association des CHU avec les groupements hospitaliers de territoire de leur subdivision leur confère ainsi une nouvelle mission non incluse dans leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche avec la responsabilité en plus de la gestion de la démographie médicale. Les CHU doivent former les futurs médecins mais aussi veiller à irriguer de ces compétences les établissements du territoire, ne se positionnant plus seulement en structures de formation initiale mais bien en pilotes de la gestion des ressources humaines médicales. Cette mission ne peut bien évidemment pas être remplie sans outil de coordination et d'harmonisation des règles de recrutement médical des différents établissements membres, dispositifs qui n'existaient pas lors de la création des groupements hospitaliers de territoire²³⁰.

140. Il est enfin à noter un troisième dispositif d'association concernant les établissements spécialisés en psychiatrie. Ce cas de figure concerne un établissement spécialisé dont les activités sectorisées déborderaient du périmètre géographique de son groupement d'appartenance. Dans ce cas de figure, il peut être associé aux travaux du groupement voisin dans l'élaboration de son projet médical partagé²³¹.

141. Dans toutes les situations abordées précédemment, l'établissement considéré est soit membre plein et entier du groupement, soit associé au sens qu'il participe à l'élaboration du projet médical partagé et peut dans certaines situations participer également aux fonctions supports. Au regard du débat concernant l'objectif des groupements oscillant entre coopération et intégration, le traitement des établissements privés est éclairant et nous conduit une nouvelle fois à constater la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire. Ainsi, un

²²⁹ Il est à indiquer que le ministère de la santé a élaboré une doctrine administrative en la matière en prévoyant une convention type d'association entre les groupements et les CHU. Voir ainsi : **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « GHT – Convention d'association CHU », juin 2016, 6 pages.

²³⁰ Pour illustration, voir : **BARBOT Jean-Marie**, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », Les Cahiers de la Fonction Publique n°364, mars 2016, pages 45-49.

²³¹ Voir en ce sens la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 107** : « Art. L. 6132-1.-V.-Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2. »

établissement privé, que celui-ci soit un établissement privé à but lucratif ou un établissement privé d'intérêt collectif, ne peut pas être membre d'un groupement ni même associé à son projet médical partagé. L'établissement privé de santé ne peut être que partenaire du groupement hospitalier de territoire²³². Tout d'abord, nous pouvons noter que ce partenariat repose sur une convention entre l'établissement privé et le groupement hospitalier de territoire. Ce dernier étant dépourvu de personnalité morale, la convention est en réalité signée par le président du comité stratégique, par ailleurs directeur de l'établissement support. La convention constitutive peut dans ce cas prévoir les modalités de validation préalable exigée ou non, comme un avis du comité stratégique, avant la signature du partenariat. Ainsi, potentiellement un élément aussi structurant que les relations public / privé peut être laissé à la seule compétence du directeur de l'établissement support. Ensuite, ce partenariat a comme objectif d'articuler les projets médicaux du groupement d'une part et de l'établissement privé d'autre part. Une telle articulation peut s'avérer structurante pour l'offre de soins, par exemple avec une répartition des filières de prise en charge ou le partage de plateaux techniques. Or, s'agissant d'une simple convention, celle-ci ne doit pas être transmise pour approbation à l'agence régionale de santé. Finalement, l'agence régionale de santé a ainsi un pouvoir considérable dans le contrôle de la stratégie du groupe public, mais ne dispose pas d'outils de contrôle pour les relations de ce groupe public avec le groupe privé de son territoire.

142. La composition du groupement hospitalier de territoire peut enfin connaître pour certains une particularité liée à l'association d'un hôpital d'instruction des armées situé au sein du même territoire. Cette possibilité est ouverte après autorisation du Ministre en charge de la défense et accord du Directeur Général de l'agence régionale de santé, et consiste en l'association à l'élaboration du projet médical partagé du groupement. Ce sujet est sans doute accessoire dans l'étude globale des groupements hospitaliers de territoire, tant le nombre de situations d'association d'un hôpital d'instruction des armées est limité. Cependant, cela traduit

²³² Le partenariat avec un établissement privé de santé et le groupement hospitalier de territoire est prévu par la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **article 107** : « Art. L. 6132-1.- VIII.- Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. ». Dans ce domaine encore, le ministère en charge de la santé a élaboré une doctrine administrative. Voir ainsi : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Partenariats avec le privé – Trame de convention », février 2017, 6 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Associations et partenariats avec le privé – 12 questions et points clefs », février 2017, 6 pages. Et pour une analyse des relations public / privé, se référer à : **VIOUJAS Vincent**, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », RDSS, n°06 2021, pages 1006-1013. **DE KERVASDOUE Jean**, « Hôpital public, hôpital à but non lucratif : quel est aujourd'hui le plus adapté ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 39-48. **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Etablissements de santé publics et privés, l'esquisse d'une silhouette commune ? », Gestions hospitalières, n°554, mars 2016, pages 189-191.

une autre tendance de fond dans l'organisation des soins qui est le rapprochement civilo-militaire des hôpitaux d'instruction des armées²³³ et des CHU de leur territoire, notamment avec le transfert important d'activités des premiers vers les seconds afin de recentrer les hôpitaux militaires sur leurs missions de plateformes médicales de soutien aux opérations militaires extérieures.

B) Une typologie naissante des GHT empreinte de différenciation territoriale

143. Tout en nous confortant dans l'objectif d'intégration sous-jacent des groupements hospitaliers de territoire, l'étude de la composition possible de ces groupements du fait de la participation, mais aussi de l'association et du partenariat de différents acteurs, conduit à entrevoir un début de différenciation territoriale entre les différents groupements, notamment au regard de l'histoire locale de coopération entre les acteurs de santé. Cette absence d'uniformité se concrétise lors de l'observation des différents groupements hospitaliers de territoire existants dont le périmètre d'intervention ou le nombre d'établissements peut varier de façon considérable, conduisant de fait à des organisations et des animations différentes.

144. Nous expliciterons ainsi la diversité découlant de périmètres géographiques et d'un nombre de membres liés aux différents territoires (a), ce qui nous conduira à proposer une classification émergente des différents types de groupements hospitaliers de territoire (b).

a. Des périmètres géographiques et un nombre de membres liés aux territoires

145. Lors de la constitution des groupements hospitaliers de territoire, les agences régionales de santé ont été confrontées à un choix complexe tant en termes de périmètre géographique des groupements que de nombre d'établissements membres²³⁴. L'objectif est multiple avec la

²³³ Sur ce thème, consulter notamment : **ZACHARIE Clémence**, « Les hôpitaux d'instruction des armées, les missions de service public et le système de santé français : réflexions sur l'évolution du service de santé des armées », RDSS, n°6 2013, pages 1064-1077. **COUR DES COMPTES**, « Le service de santé des armées », in Rapport public 2003, pages 219-244.

²³⁴ Ce constat est lié à l'absence de clarification des attendus par le niveau national, point qui avait été soulevé par les travaux préparatoires, voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et plus précisément pages 7-9 : « (...) L'avancement important des travaux dans les territoires s'est souvent traduit par la présentation, par la FHF ou par les ARS, à l'occasion de nos déplacements, des différentes hypothèses de découpage pour les GHT à venir. Outre l'instruction des modalités de fonctionnement des GHT, les discussions sur

nécessité d'avoir des groupements dont le périmètre repose sur une cohérence soit administrative, soit de parcours patient, tout en atteignant un nombre d'établissements membres permettant une certaine taille critique mais sans aller jusqu'à un nombre trop important handicapant leur fonctionnement. La méthodologie a nécessairement été variable en fonction des régions métropolitaines, certaines agences régionales de santé privilégiant une approche fondée sur les découpages administratifs faisant sens pour la population, les groupements ont alors été constitués sur la base des départements, hormis pour les départements peu peuplés qui ont alors été regroupés ensemble ou pour les départements très peuplés qui ont été séparés en deux. L'objectif est alors d'obtenir une lisibilité de la part de la population et cette démarche a ainsi été mise en œuvre dans la région Occitanie ou dans la région Pays-de-la-Loire²³⁵. Cette dernière région prévoit ainsi cinq groupements correspondant fidèlement au découpage des départements. A l'inverse, d'autres agences régionales de santé ont opté pour un découpage correspondant en tout ou partie au territoire de vie découlant des flux de patients constatés par l'épidémiologie, cela a été le cas par exemple pour la région Bretagne, prenant notamment en considération l'effet d'attraction de l'agglomération rennaise²³⁶. Enfin, des agences régionales de santé ont adopté une méthodologie mixte avec un mélange entre le découpage administratif pour certains territoires et une approche en flux patients selon les territoires considérés. Cette méthodologie a été mise en place en région Auvergne-Rhône-Alpes avec des groupements correspondant aux départements, par exemple pour la Haute-Loire ou le Cantal, à un regroupement de départements, par exemple le groupement Allier / Puy-de-Dôme, à une séparation en deux d'un département très peuplé comme le Rhône, ou bien à des flux patients comme le groupement regroupant la Loire et le nord de l'Ardèche.

les découpages se sont donc révélées aussi particulièrement poussées. Ces échanges, auxquels nous avons donc pu assister, ont révélé une très grande hétérogénéité : hétérogénéité tant entre les différentes régions, qu'au sein d'une même région entre les hypothèses envisagées. Ainsi, au cours de nos déplacements, les hypothèses présentées et débattues portaient sur des GHT allant de 2 à 13 établissements et couvrant un bassin de population allant de 140.000 habitants à plus d'un million. Une telle variété s'explique non seulement par la diversité des territoires et de l'offre de soin installée, mais aussi par la compréhension très variable des attendus des GHT. (...) Au moment où les contours des GHT sont sur le point d'être définis et arrêtés par les Directeurs Généraux d'ARS sur proposition des établissements de santé, il paraît donc opportun de porter un discours sans ambiguïté, à l'attention des établissements de santé et ARS concernés, quant au périmètre et à la taille à retenir. Cela suppose probablement un rappel des attendus de cette mesure. Cela peut également se traduire dans des instructions précises quant à la méthodologie à retenir pour définir et apprécier les périmètres des futurs GHT. ».

²³⁵ En région Pays-de-la-Loire, les cinq groupements hospitaliers de territoire sont ainsi : le GHT Loire-Atlantique, le GHT Vendée, le GHT Sarthe, le GHT Maine-et-Loire et le GHT Mayenne.

²³⁶ Ainsi, en région Bretagne, les huit groupements hospitaliers de territoire sont : le GHT Centre Bretagne, le GHT Bretagne Occidentale, le GHT d'Armor, le GHT Rance Emeraude, le GHT Union hospitalière de Cornouaille, le GHT Sud Bretagne, le GHT Brocéliande Atlantique et le GHT Haute-Bretagne.

146. Ces différentes méthodologies ont conduit à la création de groupements à la taille très disparate²³⁷, y compris en termes d'accessibilité à l'offre de soins dans des départements ruraux dotés de voies de communication peu performantes. Mais le périmètre géographique a également une autre conséquence concernant le nombre d'établissements membres du groupement, les groupements hospitaliers de territoire pouvaient ainsi comprendre de quatre à vingt établissements membres lors de leur constitution en 2016. Ce nombre est néanmoins à corréliser avec la nature des établissements en distinguant pour les centres hospitaliers ceux dotés ou non de capacités d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique et les établissements précédemment désignés comme hôpitaux locaux. Ainsi, un groupement de cinq établissements ayant tous des capacités de court séjour et un groupement de cinq établissements dont quatre sont des hôpitaux de proximité n'auront nécessairement pas le même effet en termes de structuration de l'offre de soins sur un territoire et de gestion de la démographie médicale. Au-delà, le nombre d'établissements membres d'un groupement est déterminant concernant son fonctionnement, les instances des groupements pouvant ainsi comprendre un nombre de membres très varié, par exemple le comité stratégique, comprenant les chefs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissements et les président des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques soit trois représentants par établissement, peut ainsi varier de douze à soixante membres. Dans ce dernier cas, il paraît complexe d'assurer de façon efficace les échanges au sein du comité stratégique devant piloter le groupement et prendre des décisions à fort enjeu. Ce constat est bien entendu à adapter aux situations de plus en plus nombreuses de directions communes entre établissements devant permettre un certain alignement de la prise de décision.

²³⁷ Consulter : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment page 17 : « *Les caractéristiques géographiques des GHT apparaissent très diverses selon les régions. Le GHT métropolitain moyen couvre une population de 472 000 habitants pour une superficie de 4340 km². La dispersion autour de la moyenne est cependant très importante. Les GHT Franciliens sont ainsi à la fois les plus peuplés et les plus faibles en superficie, suivis par les GHT des Pays de la Loire. Les deux GHT corses sont les moins peuplés, mais sont de superficie assez élevée. Les GHT de PACA couvrent des populations moyennes importantes sur des superficies inférieures à la moyenne. Les GHT normands sont à la fois peu étendus et peu peuplés. Au total, le paysage des GHT apparaît très diversifié en termes de population couverte, de distance à l'établissement support et de caractéristiques territoriales : - Près de la moitié des GHT couvrent de 200 à 500 000 habitants, 37 % plus de 500 000, 15 % moins de 200 000. - S'agissant des territoires couverts, 29 % des GHT répondant à l'enquête de l'IGAS affirment appartenir à un territoire rural, 6 % à un territoire urbain et 62 % à un territoire mixte. - Pour 14 % des GHT, la distance moyenne des établissements parties à l'établissement support est supérieure à 60 km, pour 23 % elle est inférieure à 30km, pour 58 % elle est intermédiaire. ».* Voir également : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages et tout particulièrement l'étude géographique réalisée (pages 29-69).

147. Ainsi, le nombre d'établissements membres peut être une contrainte portée à l'objectif d'intégration des groupements hospitaliers de territoire, et repose encore une fois la question de la participation obligatoire des hôpitaux de proximité qui pourraient selon nous contribuer plus efficacement à cette réflexion territoriale par le biais non pas d'une appartenance au groupement mais d'une simple association. Afin de ne pas obérer cette cible intégrative, il conviendrait aussi d'accompagner les groupements hospitaliers de territoire en prévoyant un mécanisme de rapprochement progressif. Il pourrait s'agir par exemple de la mise en place systématique de directions communes avec l'établissement support, comme cela est souvent proposé, voire même de fusions d'établissements, lorsque cela s'avère localement justifié, afin que la dynamique des groupements ne pâtisse pas d'une atomisation des établissements liée bien souvent à des rivalités politiques entre édiles locaux.

b. Une classification émergente des différents groupements

148. Loin d'être uniforme comme le corpus juridique tendait à la créer, la réalité observée des groupements hospitaliers de territoire tend davantage vers la différenciation. Du fait de cette diversité, une double classification des groupements hospitaliers de territoire peut être esquissée avec trois morphotypes de groupements en fonction de leur légitimité et deux morphotypes de groupements considérant leur fonctionnement²³⁸.

149. Concernant la légitimité du groupement, il faut s'attacher essentiellement à celle de son établissement support. Nous pouvons distinguer ainsi les groupements naturels, les groupements dyarchiques et les groupements isolés. Le groupement dit naturel est celui qui est doté d'un établissement support dont la légitimité est indiscutable du fait de sa nature, comme un centre hospitalier universitaire, ou de sa taille entendue comme essentiellement la diversité de ses activités cliniques et l'ampleur de ses capacités d'hospitalisation. L'effet taille de l'établissement support n'est en soi pas un objet de légitimité, celle-ci découlera de l'irrigation possible, du fait en partie de la taille de la structure, du territoire par cet établissement support en temps médical. L'établissement support légitime est celui qui permet une structuration graduée de l'offre de soins en développant des temps médicaux partagés et des consultations

²³⁸ A notre connaissance, la doctrine n'a à ce jour pas établie de classification des groupements hospitaliers de territoire. Les rapports des autorités de contrôle et d'inspection pointent la grande hétérogénéité des groupements sans toutefois proposer une telle classification. Notre proposition est par conséquent établie sur les bases de nos conclusions précédentes en matière de périmètre et de composition des groupements.

avancées au sein d'établissements membres ayant une capacité moindre de recrutement médical. Dans ce cas de figure, le groupement peut être traversé de façon épisodique par des difficultés entre établissements membres, mais le rapport de force et la légitimité de l'établissement support conduisent à éviter une remise en cause structurelle du groupement. Il peut cependant exister des groupements isolés. Pour ceux-ci, la légitimité de l'établissement support est tout aussi incontestable en poids relatif vis-à-vis des autres établissements membres. Malgré tout, cet établissement support ne sera pas en capacité de se projeter au sein du territoire en répartissant du temps médical car il sera lui-même trop en difficulté. Ce cas de figure se rattache surtout aux groupements de faible taille où l'établissement support est le seul doté de capacités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique tandis que les autres établissements membres rentrent dans la catégorie de fait des hôpitaux de proximité. Nous pouvons nous interroger sur la pérennité à terme de tels groupements, hormis pour ceux présentant un isolement géographique les empêchant d'être rattachés à un autre groupement hospitalier de territoire²³⁹. Un troisième cas de figure tend à se dessiner, le groupement dyarchique, dans lequel la légitimité de l'établissement support n'est justement pas établie et pourrait se voir contester. Cette absence de légitimité naturelle provient de l'existence de plusieurs, le plus souvent deux, établissements de même taille et ayant chacun l'ambition d'être le « leader » du territoire²⁴⁰. Chacun de ces établissements n'a pu constituer un groupement du fait de leur proximité géographique et d'une démographie départementale ne conduisant pas à créer deux groupements distincts. En l'occurrence, le choix de l'établissement support s'avère conflictuel entre les communautés hospitalières en présence, et l'arbitrage relève *in fine* de l'agence régionale de santé en prenant en compte l'ensemble des considérations politiques d'une telle décision. Dans ce cas de figure, nous pouvons considérer que seule la mise en place d'une direction commune entre les deux établissements permettra d'apaiser leur rivalité souvent bien ancrée dans les équipes médicales et soignantes.

150. Une autre classification peut également être établie en fonction de l'objectif du groupement en distinguant les groupements intégratifs²⁴¹, marqués par une gestion assumée

²³⁹ Nous pouvons noter en ce sens les deux fusions de groupements hospitaliers de territoire intervenues début 2023 en région Auvergne-Rhône-Alpes avec d'une part le regroupement du GHT Drôme et du GHT Ardèche (Montélimar) autour du CH de Valence en tant qu'établissement support, et le regroupement du GHT Rhône Centre et du GHT Val Rhône Santé (Vienne) autour des Hospices Civils de Lyon en tant qu'établissement support.

²⁴⁰ Pour illustration, se reporter à la composition du GHT de Saône-et-Loire-Bresse-Morvan ayant le CH de Chalon-sur-Saône comme établissement support mais comprenant également le CH de Montceau-les-Mines comme établissement membre.

²⁴¹ Voir en ce sens : **DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 77-87. **EVIN Claude**, « Les

voire directive de la part de l'établissement support, et les groupements fédératifs, dans lesquels l'établissement support va davantage rechercher un consensus entre les établissements membres. Cette dichotomie découlera bien entendu directement de la précédente liée à la légitimité de l'établissement support, mais aussi pour être fonctionnelle du nombre d'établissements membres. Le groupement intégratif se distingue à deux niveaux, le fonctionnement de ses fonctions supports et le portage des structures médicales. Ainsi, le groupement intégratif fera reposer l'organisation des fonctions mutualisées sur le seul établissement support, cela pouvant se concrétiser par la mise en place d'une direction commune du système d'information avec un hébergement centralisé des bases de données patients. Il peut s'agir aussi d'une fonction achat mutualisée dont l'ensemble des acheteurs spécialisés seraient ceux de l'établissement support, les établissements membres n'apportant alors aucune contribution au fonctionnement commun et verraient leur rôle limité à celui de déclencher les bons de commande issus d'un marché commun porté pour le groupement par le seul établissement support. Il en sera de même pour le déploiement du projet médical partagé du groupement intégratif, un projet médical intégré supposant alors la mise en place de pôles inter-établissements et d'équipes médicales de territoire. Dans un groupement intégratif, le portage administratif de ces structures sera bien sûr assuré par l'établissement support, mais les responsables médicaux de celles-ci en seront également issus. Afin de croiser les différentes classifications, nous pouvons avancer que le groupement intégratif ne peut être qu'un groupement naturel ou isolé. Un groupement dyarchique n'arrivera pas à dépasser les rivalités entre établissements pour mettre en œuvre un tel schéma. De même, une autre condition cumulative repose sur un nombre restreint d'établissements membres afin de rendre concrètement possible un fonctionnement intégratif. Si le groupement dépasse une dizaine d'établissements membres, la prise de décision ne rendra sans doute pas possible une démarche intégrative. A l'inverse, un groupement fédératif reposera sur une concertation accrue entre établissements membres et un partage des responsabilités. Pour les fonctions mutualisées, cela peut se concrétiser par une absence de directions fonctionnelles mutualisées et la participation de tous les établissements au processus d'achat. En ce qui concerne le projet médical partagé, celui-ci se fondera sur un co-portage des filières médicales entre l'établissement support et un ou plusieurs établissements membres. Les structures médicales en découlant seront moins intégratives comme une fédération médicale inter-hospitalière. Un groupement fédératif représente un mode d'organisation correspondant aux groupements dyarchiques du fait de leur

groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de France, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40.

impossibilité à légitimer l'établissement support. Il sera aussi un mode de fonctionnement approprié pour les groupements naturels ou isolés dont le nombre d'établissements membres rend la prise de décision plus complexe et incite ainsi à davantage de concertation et de partage des responsabilités.

151. Loin de l'uniformité souhaitée par un cadre juridique en faisant une quasi-obligation légale insérée dans un cadre institutionnel précis, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire reflète donc une diversité importante traduisant la spécificité de chaque territoire de santé. Cette plasticité des groupements hospitaliers de territoire nous apparaît bénéfique pour s'adapter utilement à des réalités territoriales, et par conséquent à des besoins de santé, diversifiées. Néanmoins, il convient de ne pas aboutir ainsi à des groupements dont la composition et le fonctionnement s'avèreraient à terme une contrainte pour leur objectif d'intégration.

Section II : Des compétences majeures conférées aux groupements

152. L'objectif des groupements hospitaliers de territoire est double. Dès leur création en 2016, le législateur a en effet tenu à doter les groupements hospitaliers de territoire de compétences importantes. Encore une fois, l'absence de personnalité juridique a été un élément de débat et ces transferts de compétences ont été accordés à l'établissement support, renforçant encore davantage son rôle d'agrégateur de l'intégration des établissements membres. Contrairement à l'interprétation de premier abord pouvant intervenir à la lecture de la loi du 26 janvier 2016, force est de constater que les transferts de compétences au profit de l'établissement support sont tout sauf mineurs. Sans toucher directement à l'autonomie budgétaire ou à la gestion des ressources humaines des établissements membres, le législateur a ciblé des éléments en réalité structurants des établissements de santé. La commande publique et le système d'information conduisent ainsi à une harmonisation conséquente des établissements perçue comme un préalable à la mise en place d'équipes médicales partagées. De même, la formation initiale et continue représente une mission centrale dans un secteur d'activité où l'actualisation des connaissances et des compétences représente une obligation afin de se conformer aux règles de l'art. Enfin, le département d'information médicale constitue la base de données patients unique des établissements membres du groupement. Cette base de

données s'avère indispensable pour établir une stratégie commune et un élément majeur dans la recherche médicale à l'heure du « Big Data »²⁴².

153. Le législateur a souhaité à travers ces transferts que l'établissement support dispose des éléments structurants pour permettre l'harmonisation des pratiques au sein des établissements membres. Sur cette base, le législateur prévoit également de nouvelles formes d'organisation médicale se voulant plus adaptées à un exercice désormais territorial. Le pôle et l'équipe médicale peuvent désormais ne plus se limiter à un seul établissement mais s'organiser à l'échelle du territoire. Ces nouvelles formes d'organisation ont comme objectif de mettre en œuvre un projet médical partagé devant assurer la sécurité et la gradation des soins. Ainsi, le groupement hospitalier de territoire, principalement à travers son établissement support, dispose de moyens d'action considérables et toutes les évolutions juridiques tendent à les renforcer afin de permettre encore davantage d'intégration des établissements membres.

154. Nous nous attacherons tout d'abord à l'analyse des compétences administratives conséquentes dévolues au groupement hospitalier de territoire (paragraphe I), puis nous observerons l'organisation médicale souple mise en place pour favoriser l'accès aux soins sur chaque territoire (paragraphe II).

Paragraphe I : Des compétences administratives conséquentes

155. La rationalisation des modes de gestion souhaitée par le législateur n'est en rien un objectif accessoire pour les groupements hospitaliers de territoire. Comme dans toute la sphère publique, l'efficacité des organisations constitue un objectif grandissant et ce constat est particulièrement applicable aux établissements publics de santé. Le secteur de la santé, et celui de l'hôpital en particulier, constitue un des budgets les plus conséquents de la Nation. De plus, celui-ci, contrairement à la plupart, tend à s'accroître annuellement à travers l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie. Or, cette trajectoire ascendante s'avère encore trop faible au regard du tendancier des dépenses de santé. Avec une telle équation

²⁴² Voir par exemple : **MORLET-HAÏDARA Lydia**, « Problématiques juridiques posées par le Big Data et les outils institutionnels de la recherche en santé », Santé Publique, n°03 2022, pages 335-344. **HEUDEL Pierre-Etienne, DURAND Thierry, BLAY Jean-Yves**, « Projets d'intelligence artificielle à l'échelle d'un établissement de santé : l'exemple du centre Léon Bérard », RFAS, n°04 2017, pages 133-140. **GUIGUE Laurent, RICHARD Christophe**, « Le Big data en Santé préfigure-t-il la « médecine 3.0 » ? », Hegel, n°03 2014, pages 273-278. **DEBIES Elise**, « Big data de santé et autodétermination informationnelle : quelle articulation possible pour une innovation protectrice des données personnelles ? », Revue française d'administration publique, n°03 2018, pages 565-574. **BERNELIN Margo, DESMOULIN Sonia, LEFEVRE Thomas** (dossier coordonné par), « Données massives, big data et santé publique », Actualités et dossier en santé publique, septembre 2020, pages 13-58.

financière, l'efficacité des modes de gestion constitue un impératif. Dans le cas des groupements hospitaliers de territoire, l'objectif premier est donc bien celui de la recherche de performance²⁴³. Mais, il convient de ne pas s'arrêter à cette première approche financière pour déceler l'importance de cette rationalisation des modes de gestion pour le bon déploiement du projet médical partagé.

156. Nous verrons que pour s'adapter aux différentes réalités territoriales, le législateur a mis en place un système à deux niveaux avec un bloc de compétences stratégiques assumé de plein droit par l'établissement support pour le compte des membres (A) et des compétences complémentaires activables pour permettre une stratégie commune (B).

A) Un bloc de compétences stratégiques assumé pour le compte des membres

157. En l'absence de personnalité morale propre au groupement hospitalier de territoire, le bloc de compétences obligatoires est confié à l'établissement support qui le met en œuvre pour le compte de l'ensemble des établissements membres. Cette structuration juridique conduit à départir les établissements de certaines compétences et à les transférer à l'établissement support, fragmentant encore davantage l'unicité désormais théorique des établissements publics de santé. Ce phénomène est d'autant plus important que les compétences obligatoires ainsi concernées représentent soit une masse budgétaire conséquente, soit des fonctions stratégiques des établissements de santé. Nous distinguerons le transfert des fonctions liées à un processus d'achat (a) et le transfert des fonctions liées à l'information (b).

²⁴³ Consulter notamment : **LE POGAM Marie-Annick, LUANGSAY-CATELIN Carine, NOTEBAERT Jean-François**, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir*, n°05 2009, pages 116-134. **ROCHE Régine**, « Du pilotage de la performance médico-économique au pilotage de la performance servicielle des GHT », *Gestion et management public*, n°01 2021, pages 79-107. **ROUTELOUS Christelle**, « L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs », *Quaderni*, n°03 2013, pages 5-16. **DORMONT Brigitte**, « Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? », *Les Tribunes de la santé*, n°03 2013, pages 53-61. Et de façon plus globale : **FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe** (sous la direction de), « Performance et innovation dans les établissements de santé », Dunod, 2015, 478 pages.

a. Le transfert des fonctions liées à un processus d'achat

158. La fonction mutualisée la plus importante concernée par un transfert à l'établissement support est la fonction achat qui représente l'ensemble des dépenses effectuées par les établissements publics de santé hormis les dépenses de personnel et les dépenses dites de structures, à savoir les amortissements et les frais financiers. Elle comprend ainsi les dépenses dites médicales, hôtelières et générales correspondant aux titres 2 et 3 de la nomenclature comptable M21 applicable à ces établissements²⁴⁴. Concrètement, il peut s'agir aussi bien des dépenses de médicaments ou de dispositifs médicaux que des dépenses d'entretien de matériel. Elles représentent entre le tiers et la moitié des dépenses des établissements publics de santé en fonction de la composition de leur structure de dépenses fortement liée à leur type d'activités²⁴⁵. Ainsi, un établissement spécialisé en cancérologie aura des dépenses de médicaments très élevées du fait du caractère onéreux des thérapeutiques employées pour la prise en charge des patients. Avant la loi du 26 janvier 2016, la fonction achat était certes un terme communément employé, notamment dans le cadre des démarches mises en œuvre pour la réalisation de gains sur achats du programme national PHARE²⁴⁶. Cependant, ce terme n'avait pas de consistance juridique. La réglementation va par conséquent préciser cette notion en distinguant quatre missions relevant de la fonction achat. Il s'agit de la politique d'achat, de la passation des procédures d'achat, du contrôle de gestion assorti à ces achats, et de l'approvisionnement des achats²⁴⁷. L'ensemble de ces missions se voient alors confiées à l'établissement support²⁴⁸ qui pour ce faire élabore un plan d'actions des achats du groupement détaillant l'organisation de la

²⁴⁴ A ce jour, la version actuelle de la nomenclature M21 est encadrée par l'**arrêté du 20 décembre 2022** modifiant l'arrêté du 16 juin 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé.

²⁴⁵ Concernant ce sujet, consulter : **COUR DES COMPTES**, « Les achats hospitaliers - Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale », juin 2017, 127 pages.

²⁴⁶ Il s'agit du programme « Performance Hospitalière pour des Achats Responsables » porté par la Direction Générale de l'Offre de Soins depuis octobre 2011. Les orientations 2018-2022 du programme PHARE prévoient quatre orientations dont la première est « La montée en efficience de la fonction achat de GHT ».

²⁴⁷ Cette définition juridique de la fonction achat est établie par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 613216. I. La fonction achats comprend les missions suivantes : 1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ; 2° La planification et la passation des marchés ; 3° Le contrôle de gestion des achats ; 4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. II. Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement. ».

²⁴⁸ Il est à noter l'élaboration d'une doctrine administrative concernant la structuration de la fonction achat avec par exemple : **MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages.

fonction achat mutualisée²⁴⁹, les étapes de convergence des marchés des différents établissements membres ainsi que la stratégie d'achat proposée afin d'aboutir à des gains sur achats et à une harmonisation des achats²⁵⁰. Au-delà de ces éléments, la fonction achat mutualisée va se distinguer d'une simple démarche de commandes groupées ou de centrales d'achat territoriale par un transfert de responsabilité vers l'établissement support. Le directeur de l'établissement support est en effet investi du pouvoir adjudicateur au nom de l'ensemble des établissements membres du groupement. Les différents actes réalisés par ces établissements membres, comme le déclenchement d'un marché subséquent à un accord cadre, ne peuvent découler que d'une délégation de signature accordée par le directeur de l'établissement support.

159. Le législateur a aussi souhaité octroyer à l'établissement support du groupement une compétence obligatoire concernant la formation²⁵¹, cette compétence étant double puisqu'elle concerne aussi bien la formation initiale que la formation continue. En matière de formation initiale, il est ainsi prévu la coordination des instituts de formation paramédicale tant au niveau de leur gouvernance, notamment à l'aide de directions communes thématiques, que dans le contenu de la formation et des méthodes pédagogiques employées. L'objectif est d'avoir un réseau d'instituts du groupement formant les futurs aides-soignantes ou infirmières de façon harmonisée pour avoir ensuite des ressources humaines dotées des compétences attendues au regard des activités cliniques déployées au sein des établissements du groupement, et ayant un cadre de formation harmonisé leur permettant d'exercer dans n'importe quel établissement membre. Il est à noter que la formation initiale considérée n'est que paramédicale, la formation initiale médicale étant traitée dans le cadre de la convention d'association obligatoire que le groupement établi avec le centre hospitalier universitaire de sa subdivision d'internat. Concernant la formation continue, l'approche est en réalité double. La réglementation prévoit la coordination des plans de formation continue des établissements membres. Cela signifie que tous les établissements membres doivent avoir un socle commun de formations, celles-ci devant

²⁴⁹ Voir en ce sens : **LEBON Pierre**, « Découvrir un outil structurant, le plan d'actions achat territorial », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 51-52.

²⁵⁰ Se référer notamment à : **DONNY Alexandra**, « Piloter la performance de la fonction achat en GHT », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 53-54. **ESCURAT Charles-Edouard**, « Organiser la fonction achat », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 44-46. **LEGENTIL Cécile**, « Maîtriser les outils juridiques de la fonction achat », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 47-50. **LEGOUGE Dominique**, « Construire une fonction achat mutualisée de territoire », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, page 43.

²⁵¹ Concernant la fonction formation des groupements hospitaliers de territoire, voir notamment : **ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER (ANFH)**, « Guide – Coordination de la formation dans les GHT », 2021, 44 pages. Se référer également à : **BARBOT Jean-Marie**, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », Les Cahiers de la Fonction Publique n°364, mars 2016, pages 45-49.

être en lien avec le projet médical partagé du groupement. Cela n'empêche en aucun cas un établissement membre d'avoir des formations spécifiques adaptées à son activité. Mais, au-delà de cette coordination, les formations entrent pleinement dans le cadre de la fonction achat mutualisée. En effet, la grande majorité des formations dispensées le sont par des organismes extérieurs aux établissements de santé. Dans ce cadre, l'achat de formation doit répondre aux mêmes impératifs que les autres achats et relève ainsi de l'établissement support du groupement. De cette manière, la formation continue dans les établissements d'un même groupement abordera en grande partie les mêmes thématiques et sera délivrée par les mêmes organismes formateurs.

160. Un tel transfert des fonctions liées à un processus d'achat nous apparaît bénéfique tant en termes de professionnalisation de la fonction achat, que d'harmonisation des équipements ou des formations au sein des établissements, et ceci dans un objectif de faciliter le déploiement du projet médical partagé. Une nouvelle fois, il est soulevé la particularité des hôpitaux de proximité dont l'objectif d'achats de proximité nécessiterait une adaptation de ces règles.

b. Le transfert des fonctions liées à l'information

161. La seconde fonction mutualisée la plus structurante à long terme concernée par ce transfert est celle conduisant à la convergence du système d'information hospitalier de chaque établissement du groupement²⁵². Ce transfert découle d'un double constat. Tout d'abord, il ne peut y avoir d'équipes médicales de territoire avec des praticiens exerçant dans plusieurs établissements du groupement si ces médecins doivent fonctionner avec des logiciels différents dans chacun des établissements. Il ne peut y avoir non plus de parcours gradué des soins si les établissements ne sont pas en capacité de se transmettre aisément les données médicales des patients²⁵³. Le deuxième constat relève de celui de l'atomisation extrême du système

²⁵² Voir en ce sens : **DELPLANQUE Sylvie**, « Système d'information et GHT, une chance pour les parcours de soins ? », Revue Hospitalière de France, n°574, janvier-février 2017, pages 20-24. Et la doctrine administrative élaborée en la matière : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Guide méthodologique – Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT », juillet 2016, 132 pages. Ainsi que les mécanismes d'accompagnement prévu à cet effet par **l'instruction n°DGOS/PF5/2019/195 du 06 septembre 2019** relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre de la convergence des systèmes d'information des groupements hospitaliers de territoire.

²⁵³ Consulter par exemple : **JACQUET Anne-Marie**, « Le virage numérique à l'hôpital : un processus de transformation globale », Gestion & Finances Publiques, n°01 2019, pages 37-43.

d'information hospitalier en l'absence de solution nationale voire même régionale²⁵⁴. Ainsi, chaque établissement de santé a le droit de choisir un dossier patient informatisé parmi la myriade de solutions proposées sur ce marché spécifique. Du fait de ce constat de départ, la convergence du système d'information est un processus long qui se fondera sur un document cadre appelé schéma directeur du système d'information. Il est à noter que si celui-ci est arrêté après concertation avec le comité stratégique, il relève de la responsabilité du directeur de l'établissement support qui n'est pas tenu par un avis conforme dudit comité stratégique. Or, la cible fonctionnelle attendue par la réglementation s'avère très intégrative car il s'agit d'avoir pour chaque domaine un seul logiciel pour tous les établissements du groupement et un seul identifiant patient²⁵⁵. Le patient n'est alors plus pris en charge par un établissement avec lequel il a une relation fondée informatiquement sur un identifiant, il est désormais un patient du groupement et sera reconnu comme tel au sein de n'importe quel établissement membre où il disposera du même identifiant et où ses données médicales antérieures ou en cours pourront être consultées par l'équipe médicale.

162. En lien avec la convergence du système d'information, une autre fonction mutualisée est dévolue à l'établissement support du groupement avec la constitution d'un département d'information médicale de territoire²⁵⁶. Chaque établissement de santé est doté d'un tel

²⁵⁴ Consulter notamment : **MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, « Atlas des SIH 2020 – Etat des lieux des systèmes d'information hospitaliers », novembre 2021, 161 pages.

²⁵⁵ Le cible de la convergence du système d'information est définie par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire indiquant que : « Art. R. 613215. I. Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 61323, un identifiant unique pour les patients. II. Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique. »

²⁵⁶ Le **décret n°216-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire prévoit de façon détaillée les attendus d'un tel département : « Art. R. 6113111. Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Art. R. 6113112. I. Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. II. Le médecin responsable du département de l'information médicale du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale. III. Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement. Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement. Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Art. R. 6113113. Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes : 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R.61139, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ; 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements

département dont la responsabilité incombe à un médecin. Ces départements constituent le réceptacle de l'ensemble des données médicales non anonymisées des patients, le médecin responsable en vérifiant l'exhaustivité, notamment le bon codage des diagnostics et des éléments de sévérité de la prise en charge du patient. Ensuite, ces données sont rendues anonymes en vue de leur transmission dématérialisée à l'Assurance-Maladie qui s'en servira notamment comme base de financement de l'établissement de santé. Par ailleurs, ces données serviront au médecin en charge du département d'information médicale afin de suivre l'évolution de l'activité de l'établissement par type de prise en charge et ainsi servir de fondement à la stratégie médicale de l'établissement. Aussi, le transfert de cette compétence à l'établissement support revête une importance fondamentale car celui-ci disposera alors de l'ensemble des informations médicales de tous les patients pris en charge par les établissements du groupement. La responsabilité en termes de conservation des données médicales est considérable et l'intérêt stratégique d'une mise en commun de ces données est également conséquente. Il s'agit là des données médicales qui permettront ensuite de déterminer de façon objective les orientations que peut et doit prendre le projet médical partagé du groupement. Pour assumer ce rôle, le directeur de l'établissement support désigne, sur proposition du président de la commission médicale du groupement, le médecin responsable du département d'information médicale du territoire²⁵⁷. Celui-ci devra rendre compte de son action annuellement devant le comité stratégique.

B) Des compétences complémentaires permettant une stratégie commune

163. Les compétences obligatoires du groupement hospitalier de territoire, par le truchement de son établissement support, sont conséquentes et ont toutes comme objectif, au-delà de la simple rationalisation des modes de gestion, de permettre l'élaboration et le déploiement du projet médical partagé. Cet aspect a sans doute permis de faciliter leur mutualisation attendant pourtant à l'autonomie juridique de chacun des établissements membres. Aussi, le législateur

parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 61138 ; 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 61136 ; 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. »

²⁵⁷ Une doctrine administrative a été élaborée spécifiquement à ce sujet, voir ainsi : **MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, « GHT – Guide d'organisation du DIM de territoire », juin 2016, 7 pages. **MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Modèle de règlement DIM », avril 2017, 10 pages.

n'a pas souhaité conférer un caractère obligatoire à d'autres compétences complémentaires. Nous verrons néanmoins que la mise en place des groupements hospitaliers de territoire entraîne un rapprochement préalable des stratégies financières et des démarches qualité des établissements membres (a), tout en prévoyant une ouverture possible à la gestion de toutes les autres fonctions support pour les groupements les plus intégrés (b).

a. Le rapprochement préalable des stratégies financières et des démarches qualité

164. Sans faire du domaine financier une fonction des groupements hospitaliers de territoire, le législateur a tout de même souhaité mettre en place un dispositif de consultation préalable en la matière²⁵⁸. En effet, la stratégie d'un établissement de santé repose sur plusieurs fondamentaux puisqu'il convient tout d'abord de savoir quelle activité doit ou non être développée au regard des besoins de la population et de l'offre de soins existante. Ensuite, il faut être en capacité de recruter l'équipe médicale et soignante compétente dans cette discipline et enfin, il est nécessaire de disposer des équipements biomédicaux et du patrimoine immobilier indispensables pour assurer le fonctionnement de cette activité. L'intérêt d'un groupement hospitalier de territoire est que cette stratégie développée par un établissement se trouve en cohérence avec la stratégie globale du groupement afin de ne pas mobiliser des ressources humaines et financières rares dans un projet alors que d'autres établissements membres peuvent répondre déjà en tout ou partie aux besoins de santé. Aussi, un premier élément de contrôle provient du projet médical partagé étant donné que les projets médicaux des établissements membres doivent être conformes à celui-ci. Mais, plusieurs écueils apparaissent alors car cette exigence ne concerne que deux documents formalisés. Ainsi, le projet médical partagé peut ne pas être exhaustif et ne pas traiter de l'ensemble des filières de prise en charge. De même, l'établissement membre peut ne pas avoir retranscrit ce développement dans son projet médical d'établissement. Enfin, ce développement d'activité peut ne pas nécessiter une demande d'autorisation d'activités de soins ou d'équipements lourds auprès de l'agence régionale de santé, et donc comme le prévoit désormais la réglementation d'avis préalable du comité stratégique du groupement. Or, les éléments constitutifs d'une stratégie de développement d'activité tels qu'énumérés précédemment supposent tous une dépense d'exploitation ou un investissement. Le législateur a ainsi trouvé une solution en prévoyant que les états

²⁵⁸ Voir en ce sens : **IFERGAN Joseph**, « GHT et nouvelle gouvernance financière », *Gestions hospitalières*, n°561, décembre 2016, pages 614-620.

prévisionnels des recettes et des dépenses, équivalent des budgets primitifs des établissements publics de santé, et les plans globaux de financement pluriannuels de l'ensemble des établissements membres doivent faire l'objet d'un avis préalable du comité stratégique avant leur transmission pour approbation à l'agence régionale de santé²⁵⁹. Cet avis préalable permet ainsi un contrôle collectif des établissements membres afin d'éviter tout comportement non collaboratif d'un établissement du groupement. Il permet aussi à l'agence régionale de santé de s'assurer que les établissements d'un même territoire ont effectué leurs prévisions budgétaires et financières sur la base d'hypothèses de projection d'activité relativement cohérentes entre elles au regard de la dynamique du territoire considéré en matière de recours aux soins hospitaliers. De cette manière, sans tenter à l'autonomie budgétaire de chaque établissement membre, celle-ci est désormais enserrée dans un cadre territorial limitant de fait ses marges de manœuvre.

165. De même, les établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire doivent également s'inscrire dans un cadre commun en matière de démarche d'assurance qualité. Pour les établissements de santé, celle-ci relève de l'obligation d'une évaluation externe de la qualité assurée périodiquement, en général tous les quatre ans, dans le cadre d'un processus de certification établi par la Haute Autorité de Santé²⁶⁰. Cette procédure de certification est fondamentale puisqu'elle fait désormais partie des critères pouvant être pris en considération par le Directeur Général de l'agence régionale de santé dans l'octroi ou non d'une autorisation d'activité de soins ou d'équipement lourd. Rapportée à la démarche des groupements hospitaliers de territoire, l'assurance qualité est un élément central du projet médical partagé étant donné que son objectif premier est d'assurer des soins sécurisés de façon graduée au sein d'un territoire. Il est par conséquent logique que les procédures et protocoles de prise en charge soient harmonisés voire communs au sein de l'ensemble des établissements membres d'un groupement. De cette façon, la réglementation prévoit une certification conjointe de l'ensemble

²⁵⁹ Ce mécanisme d'avis préalable est prévu par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire indiquant que : « Art. R. 613221. Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 614529, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel. Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements. »

²⁶⁰ Voir en ce sens : **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT », mai 2016, 4 pages. Et pour illustration, voir : **DUMAS M., DOUGUET F., MUNOZ J.**, « L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital », Journal de gestion et d'économie médicales, n°03 2012, pages 127-149.

des établissements membres d'un groupement par la Haute Autorité de Santé²⁶¹. La visite est synchronisée pour être effectuée dans un délai resserré dans tous les établissements du groupement en débutant par son établissement support. Finalement, les résultats de la certification restent propres à chaque établissement mais les critères d'évaluation tendent de plus en plus à prendre en compte la dimension territoriale même si pour l'heure un chapitre spécifiquement dédié au groupement hospitalier de territoire n'a pas pu être formalisé dans le manuel de certification utilisé par la Haute Autorité de Santé.

166. Une telle convergence progressive des démarches qualité des établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire s'avère là encore opportune en vue de la mise en place d'équipes médicales de territoire devant pouvoir fonder leur exercice sur des protocoles communs. Cela ouvre cependant un futur pan de réflexion concernant l'évolution parallèle du régime de responsabilité vis-à-vis des patients, relevant pour l'heure des établissements pris individuellement. Une telle logique devra être adaptée à terme à une organisation territoriale de l'offre de soins et à un partage des équipes médicales.

b. L'ouverture possible à la gestion de toutes les autres fonctions support

167. Les fonctions du groupement et de son établissement support sont très étendues et nécessitent un délai de mise en œuvre pour assurer une mutualisation pleine et entière. Ainsi, la fonction achat mutualisée doit établir un calendrier de convergence des marchés publics des différents établissements membres en fonction de leurs échéances pouvant être étalées sur plusieurs années. De même, le déploiement de logiciels communs pour tous les secteurs dans tous les établissements membres relève d'une tâche gigantesque. Aussi, le législateur s'est limité à une mutualisation obligatoire pour les fonctions ayant un impact direct pour le projet médical partagé. Cependant, il a laissé un droit d'option général pour les groupements souhaitant d'ores et déjà aller vers davantage de mutualisation et d'intégration, les deux notions étant intimement liées à travers le groupement et son processus de transfert de compétences à l'établissement support. Celui-ci peut ainsi être le dépositaire des compétences des établissements membres du groupement pour l'ensemble des fonctions administratives,

²⁶¹ Les modalités de certification conjointe au sein d'un groupement hospitalier de territoire sont prévues par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 613220. Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 61324. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. »

logistiques et techniques²⁶². Il peut par conséquent s'agir tant de la mise en place d'une plateforme logistique unique, que de la gestion des ressources humaines ou encore d'une véritable fonction financière unifiée au-delà de la consultation préalable mise en place.

168. Ce choix de la progressivité dans le transfert des compétences à l'établissement support nous apparaît une méthode adéquate. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire remet en cause le positionnement de chaque établissement membre, ce qui suppose de disposer d'un temps de pédagogie et d'appropriation de cette nouvelle dynamique, au risque sinon de cristalliser des oppositions se fondant sur des critiques parfois légitimes de la massification des structures. De même, la mise en œuvre des fonctions obligatoires prendra pour commencer un temps conséquent et doit être réalisée de façon efficace pour conforter les équipes médicales dans un exercice territorial. Néanmoins, passée cette première phase, il conviendra que le bloc de compétences obligatoires des groupements hospitaliers de territoire puisse s'étendre et non pas conférer aux seuls droits d'option, et donc à la volonté des acteurs, le choix de l'évolution future des groupements hospitaliers de territoire.

Paragraphe II : Une organisation médicale souple pour favoriser l'accès aux soins sur chaque territoire

169. Les groupements hospitaliers de territoire se sont vus conférer des compétences administratives conséquentes afin de soutenir l'élaboration et le déploiement du projet médical partagé qui est au cœur de toute la dynamique des groupements. Pour ce faire, il convient que le projet médical partagé puisse aborder l'ensemble des composantes de la prise en charge d'un patient. C'est pourquoi, le législateur et la réglementation ultérieure vont détailler de façon très précise les attendus de ce projet médical partagé et les différents sujets qu'il doit contenir lors de son élaboration. Il est néanmoins indispensable de pouvoir se projeter au-delà de l'élaboration du projet médical partagé et de s'assurer que sa mise en œuvre peut être effective. En la matière, les dispositifs juridiques prévalant antérieurement aux groupements hospitaliers de territoire apparaissaient encore trop limités. La loi du 26 janvier 2016 va par conséquent créer de nouvelles formes d'organisation médicale fondées cette fois-ci sur la dimension territoriale et non plus centrées uniquement sur un établissement de santé.

²⁶² Voir : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages. **ATTANE Cécile, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire, petit vade-mecum du GHT voté par les députés », Gestions hospitalières, N°545, avril 2015, pages 252-255.

170. Nous aborderons ainsi le contenu du projet médical partagé fondant la stratégie du groupement hospitalier de territoire (A) avant d'analyser les possibilités de territorialisation de l'organisation médicale (B).

A) Un projet médical partagé au cœur de la stratégie du groupement

171. L'objectif premier d'un groupement hospitalier de territoire est de mettre en place une organisation des soins commune, sécurisée et graduée entre ses établissements membres²⁶³. Le groupement élabore en ce sens pour une période de cinq ans un projet médical partagé, partie intégrante de la convention constitutive. Le contenu de ce projet médical partagé est particulièrement détaillé dans la réglementation et permet d'aller vers une organisation en commun de l'ensemble des plateaux médicotéchniques, si besoin en utilisant des outils juridiques complémentaires tels que les groupements de coopération sanitaire. Cependant, le délai contraint d'élaboration des projets médicaux partagés, devant être finalisés avant le 1^{er} juillet 2017, a limité la portée de ceux-ci. Un enjeu majeur sera alors leur révision à partir de 2022 à une période où les groupements hospitaliers de territoire auront stabilisé leur fonctionnement et où les avancées instituant une commission médicale de groupement et une fonction mutualisée de gestion des ressources humaines médicales leur donneront tout leur sens.

172. Nous démontrerons tout d'abord en quoi le projet médical partagé est la traduction détaillée de la gradation des soins (a) avant de constater la grande hétérogénéité des projets médicaux partagés selon les territoires (b).

²⁶³ Pour rappel sur les objectifs des groupements hospitaliers de territoire, voir la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé – Article 107 : « ArtL.6132-1. Il 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. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. ». A ce sujet, consulter également : **DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 77-87. **DELANDE Guy**, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », Revue Droit et Santé, n°76 2017, pages 255-257.

a. La traduction détaillée de la gradation des soins

173. Lors de l'élaboration des projets médicaux partagés de première génération, deux grandes tendances méthodologiques sont apparues. Certains groupements ont ainsi fait le choix d'élaborer un projet médical partagé opérationnel et assurant une véritable organisation graduée des soins au sein du territoire, ce prisme les ayant conduits à faire le choix d'un nombre restreint de filières médicales considérées comme les plus matures pour une telle organisation ou représentant le volume le plus important en termes de file active de patients. Les filières médicales les plus travaillées ont ainsi été celles des urgences, de la gériatrie et de l'anesthésie²⁶⁴. L'enjeu pour ces groupements sera d'élargir cette base afin de traiter l'ensemble des filières médicales et de construire des parcours patients pour tous les types de prise en charge. A l'inverse, certains groupements ont préféré traiter d'emblée l'ensemble des filières médicales dès la première itération du projet médical partagé, ce qui conduit le projet médical partagé à perdre en opérationnalité, les praticiens de toutes les filières n'étant pas prêts pour territorialiser leur organisation et leur exercice médical. Mais, cette stratégie avait un objectif de communication souhaitant dès la création des groupements hospitaliers de territoire indiquer que ceux-ci ont vocation à traiter de l'ensemble de l'organisation des soins sur un territoire et ne sauraient se restreindre à certains secteurs. Il n'y a bien évidemment pas de bonne ou de mauvaise stratégie en la matière, chacune devant s'adapter à la réalité du territoire considéré. Dans tous les cas, l'élaboration du projet médical partagé, quel que soit son périmètre retenu, a dû répondre à une description détaillée précisée par la réglementation. Ainsi, l'ensemble de la filière médicale doit être organisée en commun, y compris la permanence des soins²⁶⁵. Une autre

²⁶⁴ Sur le bilan des filières abordés par les différents projets médicaux partagés de groupement, se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages.

²⁶⁵ Le contenu détaillé du projet médical partagé est prescrit par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire qui précise que : « Art. R. 61323.I. Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment : 1° Les objectifs médicaux ; 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur : a) La permanence et la continuité des soins ; b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ; c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ; d) Les plateaux techniques ; e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ; f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ; g) Les activités d'hospitalisation à domicile ; h) Les activités de prise en charge médicosociale ; 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ; 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 61323 ; 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ; 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ; 9° Les

différenciation peut apparaître entre les groupements dans l'élaboration de leurs projets médicaux partagés, la réglementation imposant de disposer d'un projet de soins partagés²⁶⁶. Ainsi, certains groupements ont pu faire le choix, comme cela se pratique dans nombre d'établissements de santé, d'élaborer un projet médico-soignant partagé en réunissant les équipes tant médicales que paramédicales pour sa réflexion.

174. En complément de la démarche réalisée pour les filières médicales, les plateaux médicotéchniques que sont l'imagerie, la biologie médicale et la pharmacie font l'objet d'un traitement particulier en vue d'une organisation en commun entre les établissements membres²⁶⁷. Encore une fois, l'objectif est de faciliter l'organisation graduée des filières médicales entre établissements membres du groupement car celle-ci serait rendue plus complexe avec des plateaux médicotéchniques, indispensables à l'activité clinique, ayant des fonctionnements hétérogènes selon les établissements. De plus, ces plateaux médicotéchniques possèdent une antériorité en termes de coopération hospitalière ; ainsi, la biologie médicale a dû se réorganiser fortement au cours des dix dernières années sous l'effet d'une mutualisation rendue nécessaire par les exigences de l'accréditation spécifique dont fait l'objet cette activité, et de la concurrence de laboratoires privés diminuant drastiquement les coûts de production des

modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation. II. Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre. III. La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement. ». Voir aussi la doctrine administrative comme : **AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE**, « Elaborer un projet médical partagé de GHT – Fiches repères », octobre 2016, 56 pages.

²⁶⁶ Concernant le projet de soins partagé, se référer au **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 61325. Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction. » Voir également la doctrine administrative, par exemple : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Idées clés pour le projet de soins partagé », février 2017, 16 pages.

²⁶⁷ Sur l'organisation en commun des plateaux médicotéchniques, voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 613219. Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médicotéchniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment : 1° Constituer un pôle inter établissement, dans les conditions prévues à l'article R. 614693 ; 2° Constituer, en ce qui concerne la biologie médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L. 62224. Dans ce cas, une convention de laboratoire commun est conclue entre les établissements parties au groupement et annexée à la convention de groupement hospitalier de territoire. ». Consulter également la doctrine administrative élaborée à ce sujet, notamment : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Guide sur l'organisation en commun des activités de biologie médicale », 15 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Guide sur l'organisation en commun des activités d'imagerie médicale », 13 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT – Référentiel pour l'organisation des activités de télé-médecine en imagerie au sein des GHT », 12 pages.

examens biologiques²⁶⁸. De même, l'imagerie est souvent structurée au niveau territorial, y compris par le biais de coopération entre établissements publics et établissements privés avec le co portage d'autorisations d'équipements lourds par des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire. Enfin, la pharmacie fait l'objet de nombreuses conventions de sous-traitance entre structures, comme pour la reconstitution des poches de chimiothérapie ou la réalisation de préparations magistrales²⁶⁹.

175. Les exigences réglementaires relatives aux attendus du projet médical partagé peuvent être critiquées tant leur détail rend la formalisation et l'acceptation collective de tel document complexe. Le fait que de nombreux groupements hospitaliers de territoire n'aient pas pleinement rempli cet ouvrage en est une conséquence logique. Cependant, nous considérons qu'il s'agissait là d'une nouvelle preuve de la volonté de l'Etat de faire des groupements hospitaliers de territoire des instruments structurants de l'offre de soins. Une liberté totale laissée aux acteurs locaux aurait sans doute eu moins de résultats, même si ceux-ci peuvent se révéler mitigés à ce stade. La maturité progressive des groupements devrait permettre de maintenir une telle ambition tout en simplifiant le cadre réglementaire du projet médical partagé afin de le rapprocher de l'exercice d'élaboration des projets d'établissements devant répondre à un moindre formalisme.

b. Des projets médicaux partagés très hétérogènes selon les territoires

176. Le projet médical partagé tel que prévu par la réglementation constitue un outil majeur d'organisation territoriale des soins. Dès le 1^{er} janvier 2017, ses objectifs devaient être inscrits dans la convention constitutive du groupement, et son contenu précisé de façon détaillée pour le 1^{er} juillet 2017²⁷⁰. Les groupements ont retenu des méthodologies d'élaboration différentes conduisant nécessairement à des projets médicaux partagés d'une opérationnalité variable,

²⁶⁸ A ce sujet, se référer à : **BALLEREAU Michel**, « Rapport pour un projet de réforme de la biologie médicale », septembre 2008, 89 pages. **LE MENN Jacky**, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes relative à la biologie médicale », juillet 2013, 185 pages.

²⁶⁹ Pour illustration, voir : **FRACHETTE Marc**, **ZARDET Véronique**, **RIEUTORD André**, **BARTH Isabelle**, « La coopération entre pharmacie et services cliniques à l'hôpital et son impact sur la prise en charge thérapeutique », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, n°03 2019, pages 223-236.

²⁷⁰ Concernant le calendrier d'élaboration du projet médical partagé, voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire, article 5 : « I. Le projet médical partagé prévu à l'article R. 61323 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, comprend : 1° A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R.61323 ; 2° A compter du 1er janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de cet article ; 3° A compter du 1er juillet 2017, tous les éléments mentionnés à cet article. »

même si la réglementation prévoit l'association à leur élaboration des équipes médicales concernées²⁷¹. Leur évaluation obligatoire au terme de leur période de validité de cinq ans permettra d'établir en la matière un diagnostic précis, et viendra compléter le bilan annuel devant être réalisé par le président de la commission médicale du groupement²⁷². Les projets médicaux partagés de deuxième génération seront sans doute plus précis dans leur contenu du fait de l'appropriation intervenue collectivement de la dimension territoriale de l'organisation des soins. Ces futures itérations pourront utilement activer la possibilité prévue réglementairement de réviser le portage administratif et par conséquent la localisation d'autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds²⁷³.

B) Des possibilités de territorialisation de l'organisation médicale

177. La première génération des projets médicaux partagés des groupements peut être considérée comme contrastée dans ses effets de réorganisation de l'offre de soins²⁷⁴. Cela découle notamment d'un délai contraint d'élaboration et d'une nécessaire progressivité dans la démarche, le changement de paradigme vers la territorialisation n'étant pas chose aisée pour les équipes médicales et soignantes. La seconde itération de ces projets médicaux partagés intervenant à partir de 2022 pourra s'appuyer sur l'ensemble des outils juridiques mis en place par le législateur dès 2016 afin de favoriser la territorialisation des organisations médicales. Nous analyserons en ce sens les outils encore diversement mis en place que sont les équipes

²⁷¹ Voir en ce sens, le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire précisant que : « Art. R.61323. II. Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. »

²⁷² Voir également le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R.61323. II. (...) Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre ».

²⁷³ Voir en ce sens la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé - article 107 : « Art. L. 6132-2.- II.- La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : (...) 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement. ». Nous pouvons toutefois considérer que l'inscription de transferts d'autorisations entre établissements dans la convention constitutive n'entraîne pas validation de cette demande, même du fait d'une validation de la convention constitutive par l'agence régionale de santé. Le transfert d'autorisation sera soumis à la procédure commune à tous les établissements de santé et nécessitant un avis consultatif de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

²⁷⁴ En ce sens, se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages. **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages.

médicales de territoire et les pôles inter-établissements de territoire (a), avant de constater conséquemment un portage limité des postes médicaux par l'établissement support (b).

a. Des équipes médicales de territoire et des pôles inter-établissements diversement mis en place

178. Pour assurer le déploiement du projet médical partagé, l'établissement support peut gérer des équipes médicales communes pour le compte de l'ensemble des établissements du groupement. Il s'agit là d'une avancée majeure dans l'organisation hospitalière et la coopération entre structures, la notion d'équipe médicale étant en effet très centrée sur celle du service et de l'établissement²⁷⁵. L'équipe est constituée de pairs d'une même discipline travaillant au quotidien dans la même unité de soins. Cette vision est corrélée à celle de la segmentation des études médicales en disciplines de plus en plus spécialisées et codifiée par le Conseil national des universités et les sociétés savantes. Le législateur de 2016 considère que l'équipe médicale peut au contraire être commune à plusieurs établissements. Il ne s'agit plus seulement d'organiser des consultations avancées dans d'autres établissements par le biais de conventions de mise à disposition, mais au contraire que l'équipe médicale commune soit désormais responsable de la prise en charge dans chacun des établissements membres. Cet outil juridique est indispensable afin d'organiser une filière plus attractive en permettant à des praticiens exerçant dans des établissements de petite taille d'avoir accès à un plateau technique plus innovant dans l'établissement support du groupement. Si de nombreuses équipes médicales communes ont été initiées, l'outil n'a pas encore été généralisé car deux écueils d'ordre humain limitent encore son utilisation. Tout d'abord, l'équipe médicale commune est gérée par l'établissement support qui est par conséquent en charge du recrutement et de la gestion de la carrière de l'ensemble des praticiens, mais également de leur affectation entre les différentes unités du territoire. Certains établissements membres peuvent alors se sentir dépossédés d'une part de leur autonomie de gestion. Par ailleurs, une équipe médicale commune signifie un chef de service commun, ce qui renvoie à l'acceptation des actuels différents chefs de service de relever désormais d'un supérieur.

²⁷⁵ A ce sujet, consulter : **RICHARD François, BERTRAND Dominique, MICHOT Francis**, « L'exercice médical dans le projet médical et soignant partagé », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1993-2004. La notion de territorialisation de l'exercice médical avait été avancée préalablement à la création des groupements hospitaliers de territoire, voir par exemple : **GRALL Jean-Yves**, « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence », juillet 2015, 30 pages.

179. Un même changement de paradigme est intervenu concernant un autre socle organisationnel des établissements de santé, à savoir le pôle d'activité. Avant 2016, des équipes médicales de différents établissements pouvaient coopérer dans le cadre d'une fédération médicale inter-hospitalière avec à sa tête un coordonnateur médical assurant une harmonisation des pratiques et des prises en charge mais n'ayant pas d'autorité hiérarchique ou fonctionnelle sur les différents services de la fédération. Avec les groupements hospitaliers de territoire, les filières médicales étant territorialisées et les équipes médicales pouvant être communes, le pôle peut également devenir inter-établissements. Il bénéficiera de la même légitimité que les pôles existants au sein de chaque établissement, en ayant un chef de pôle et une contractualisation avec la gouvernance²⁷⁶ tout en étant géré par l'établissement support du groupement.

²⁷⁶ Sur les modalités de fonctionnement du pôle inter-établissements, se référer au **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 614693.I. Les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles inter établissements d'activité clinique ou médicotechnique. II. Le chef de pôle inter établissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire. Après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle inter établissement signent un contrat de pôle, dans les conditions fixées par l'article R.61468. Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement contresigne le contrat de pôle. III. Le chef de pôle inter établissement a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter établissement. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle. Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sagefemme. IV. Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination. V. Une représentation du pôle inter établissement est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution. ». Pour une illustration interne à un établissement public de santé, voir par exemple : **NOBRE Thierry, LAMBERT Patrick** (sous la direction de), « Le management de pôles à l'hôpital », Dunod, 2012, 306 pages. **FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe** (sous la direction de), « Performance et innovation dans les établissements de santé », Dunod, 2015, 478 pages.

b. Un portage limité des postes médicaux par l'établissement support

180. Même si leur usage reste encore limité, les pôles inter établissements et les équipes médicales de territoire conduiront à une gestion des postes médicaux par l'établissement support. La réforme de 2021 instaurant une nouvelle fonction mutualisée de gestion des ressources humaines médicales ne l'a cependant pas explicitée²⁷⁷. Pourtant, pour les postes de praticiens hospitaliers titulaires, les agences régionales de santé demandent désormais systématiquement un avis du comité stratégique du groupement avant de valider la liste transmise ensuite pour publication officielle au Centre National de Gestion. Le portage administratif d'un poste médical signifie en effet de détenir la capacité juridique de recruter ou non un praticien. Aussi, aucun établissement ne souhaiterait de lui-même se dessaisir d'une telle compétence, la crainte étant en effet grande parmi les établissements non support que le temps médical mis à leur disposition, en cas de centralisation des recrutements médicaux, soit une variable d'ajustement pour l'établissement support dans une situation de tension conjoncturelle de son effectif médical dans une discipline.

181. Cette éventualité ne peut être écartée et n'est pas illogique car en cas de démographie médicale en tension, il apparaît pertinent de préserver avant tout l'établissement participant le plus à l'offre de soins au sein du territoire, et étant généralement le seul à être autorisé pour exercer des soins de référence et de recours. Selon nous, une manière pour réguler de tels comportements serait que l'établissement support soit aussi responsable de l'offre de soins des établissements membres, ce qui signifie une logique de groupement intégratif dans l'optique d'un établissement territorial de santé comme nous le préconiserons ultérieurement. Dans tous les cas, il importe que l'organisation médicale, et l'exercice territorial des praticiens, soit stable afin de ne pas tomber dans les excès, parfois craints, de « praticiens sac à dos » changeant continuellement de site d'exercice. Une telle situation ne serait pas propice au collectif que représente une équipe médico-soignante dans une unité de soins, à la qualité de soins et à la relation humaine entre le praticien et ses patients, malgré une diminution croissante des durées de séjour à l'hôpital ; et au final peu attractif pour les praticiens eux-mêmes dans un contexte de démographie médicale leur ouvrant de nombreuses opportunités d'exercice.

²⁷⁷ Voir en ce sens **l'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021** relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et le **décret n° 2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

Conclusion de chapitre

182. Le groupement hospitalier de territoire est ainsi un outil devant permettre une stratégie commune mais également adaptée à chaque territoire. L'élaboration d'une stratégie commune bénéficie d'un cadre juridique précis et homogène, se fondant sur une architecture institutionnelle intangible, des fonctions administratives conséquentes et une organisation médicale pouvant se territorialiser. Pourtant, les groupements hospitaliers de territoire observés révèlent à l'inverse une grande hétérogénéité tant dans leur configuration, géographique notamment, que dans leur fonctionnement, avec une intégration poussée à des degrés variables. Ce paradoxe est en fait le reflet des capacités juridiques d'adaptation des groupements hospitaliers de territoire à travers une configuration pouvant être façonnée au gré des associations et des partenariats, et surtout d'une politique de centralisation des compétences autour de l'établissement support en fonction de l'activation ou non des droits d'option portant sur les compétences administratives, ou sur le portage des activités médicales.

183. Cette plasticité des groupements hospitaliers de territoire peut s'avérer une opportunité tant les situations locales sont diversifiées. Les établissements ayant une habitude de coopération plus marquée ne se trouvent ainsi pas contraints par ce cadre unique. Nous pointerons néanmoins deux risques à éviter. L'agilité de ce droit ne doit en effet d'une part pas conduire à une trop grande complexité, déjà palpable, rendant par la même le dispositif non-intelligible voire rejeté au prétexte de son caractère technocratique ; et d'autre part l'adaptation aux situations locales, voire la différenciation, ne doit pas déboucher sur la divergence et toujours prévoir un cadre commun permettant à terme à tous les groupements hospitaliers de territoire d'aboutir dans des conditions optimales à l'intégration de leurs membres.

CONCLUSION DE TITRE

184. L'organisation de l'offre hospitalière s'est progressivement fondée sur les techniques traditionnelles de l'action publique, à savoir la planification, la territorialisation et la contractualisation. La spécificité du domaine hospitalier a nécessité la création législative ou réglementaire d'outils particuliers pour favoriser la coopération entre les différents établissements. Les effets escomptés en termes de recomposition de l'offre de soins n'ont cependant pas été atteints²⁷⁸, malgré l'adjonction parallèle d'autres outils de régulation tels que le système de financement des établissements. Le groupement hospitalier de territoire a été créé en 2016 afin de remédier à ce constat de carence, et participe ainsi d'un mouvement de fond continu des coopérations hospitalières²⁷⁹.

185. Néanmoins, il ne s'agit pas d'un outil supplémentaire des coopérations hospitalières, le groupement hospitalier de territoire constituant au contraire un changement de paradigme²⁸⁰. Cette rupture s'entend par son ambition globale pour un territoire, traduite par le projet médical partagé, et non pas une cible technique portant sur la réalisation d'une seule fonction ou activité. Cela passe également par la configuration juridique des groupements hospitaliers de territoire, ceux-ci ayant une modularité étonnante au regard de leur cadre juridique pourtant très détaillé et homogène. Ainsi, tout en ayant une base unique, constituée d'instances spécifiques et de compétences stratégiques obligatoires nécessaires à une stratégie de groupe, le groupement hospitalier de territoire offre une souplesse permettant de s'adapter aux réalités locales.

186. Ces caractéristiques font, selon nous, des groupements hospitaliers de territoire la « clef de voûte » de l'organisation territoriale de l'offre de soins. L'ouvrage n'étant pas finalisé, et les groupements étant encore à un état intermédiaire, il convient néanmoins de veiller à ce que ces mêmes caractéristiques ne soient pas une source de déstabilisation, ce qui nous conduira à proposer une évolution potentielle des groupements hospitaliers de territoire.

²⁷⁸ Voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in Rapport Sécurité Sociale 2015, septembre 2015, pages 185-216. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages.

²⁷⁹ Consulter notamment : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979.

²⁸⁰ Voir par exemple : **KELLER Catherine**, « La modernisation de la coopération hospitalière : le groupement hospitalier de territoire », Les Cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 39-41. **BERTRAND Dominique, MICHOT Francis, RICHARD François**, « La construction juridique des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1981-1992.

TITRE II : Les groupements hospitaliers de territoire, un changement de paradigme en trompe-l'œil

187. Du fait d'une réglementation oscillant entre description détaillée des attendus et souplesse possible au regard des réalités territoriales forcément contrastées, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire peut apparaître comme un changement majeur. Comment imaginer début 2016 que des établissements publics de santé coopérant peu entre eux allaient en six mois se regrouper en un peu plus de cent trente groupements hospitaliers de territoire²⁸¹. Pourtant, ces établissements ont désigné, au-delà des difficultés politiques ayant pu exister dans certains territoires, un établissement support du groupement qui exercera des compétences que les établissements membres lui transféreront. De plus, ces nouveaux groupements hospitaliers de territoire disposent de tous les outils qui avaient pu faire défaut aux tentatives précédentes de coopération hospitalière²⁸². Les groupements ont une architecture institutionnelle claire et uniforme au niveau national, sont dotés de compétences administratives structurantes et peuvent activer des organisations médicales territorialisées pour mettre en œuvre leur projet médical partagé.

188. Le constat que nous pouvons faire de la création des groupements hospitaliers de territoire est cependant plus nuancé²⁸³. Les compétences administratives gérées par l'établissement support sont certes structurantes mais leur gestion a pu soulever de multiples interrogations juridiques dont certaines ne sont toujours pas levées. L'organisation institutionnelle des groupements confère au « mécano », du fait de la confusion pouvant

²⁸¹ Pour rappel sur le bilan contrasté de la recomposition de l'offre de soins avant la création des groupements hospitaliers de territoire, voir notamment : **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières », in Rapport Sécurité Sociale 2008, pages 263-304. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées », in Rapport public annuel 2013, février 2013, pages 151-186. **COUR DES COMPTES**, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in Rapport Sécurité Sociale 2015, septembre 2015, pages 185-216. **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages.

²⁸² Voir en ce sens : **ATTANE Cécile, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire : et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? », Gestions hospitalières, n°541, décembre 2014, pages 584-589.

²⁸³ A ce sujet, consulter les bilans réalisés par les autorités de contrôle et d'inspection, notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages. **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages.

intervenir entre groupement et établissement support, les deux notions étant distinctes mais se recoupant de plus en plus dans la pratique. Il est au final complexe d'établir des responsabilités claires au sein des groupements. Cet imbroglio est selon nous le résultat d'un non-dit initial concernant la nature et la finalité des groupements hospitaliers de territoire²⁸⁴. Bien que l'analyse des prérogatives du groupement et de l'établissement support incite à avancer un objectif d'intégration des différents établissements membres, l'ambiguïté est toujours prégnante entre outil de coopération, groupe public intégré et parfois supplétif de l'agence régionale de santé au sein d'un territoire. Le changement de paradigme est donc réel mais il s'avère être un changement en trompe-l'œil.

189. Les groupements hospitaliers de territoire constituent une innovation majeure mais ayant connu une mise en œuvre structurellement complexe (chapitre I), et le maintien d'une ambiguïté sur leur nature (chapitre II).

²⁸⁴ Consulter en ce sens : **DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 77-87. **DELANDE Guy**, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », *Revue Droit et Santé*, n°76 2017, pages 255-257.

Chapitre I : Une mise en œuvre structurellement complexe des groupements hospitaliers de territoire

190. Alors que les dispositions législatives et réglementaires relatives aux groupements hospitaliers de territoire²⁸⁵ apparaissent très claires, leur mise en œuvre s'est révélée être un exercice complexe. Les établissements publics de santé ont ainsi dû osciller entre une loi parfois très détaillée sur certains aspects et d'autre fois renvoyant de façon étonnante à la volonté des parties aux groupements²⁸⁶. Le souhait d'uniformité des groupements sur l'ensemble des territoires, comme cela est le cas pour les établissements eux-mêmes dans leur fonctionnement, n'a pas été assumé jusqu'au bout sans doute pour ne pas porter à la critique d'un manque de considération pour des réalités territoriales pouvant être multiples. Les groupements hospitaliers de territoire ont dès leur origine été complexes à mettre en place du simple fait du délai imparti pour ce faire et du processus même d'élaboration de leur convention constitutive. Après cette maïeutique de la création, la vie institutionnelle d'un groupement n'est pas plus aisée avec un véritable « mécano » institutionnel à faire fonctionner. Cela est d'autant plus difficile que les responsabilités sont relativement floues entre le groupement, en tant que regroupement d'établissements, et son établissement support. Cette confusion existe au sein même du périmètre des fonctions mutualisées et assumées par l'établissement support pour le compte de l'ensemble des membres. Ainsi, l'émergence des groupements hospitaliers de territoire ne s'est pas faite dans la quiétude, et un sentiment d'insécurité juridique a pu rapidement prendre le pas dans l'esprit des établissements membres²⁸⁷.

191. Nous analyserons tout d'abord la complexité excessive de la structuration institutionnelle des groupements hospitaliers de territoire (section I), avant de s'attacher au caractère incertain des compétences administratives confiées au groupement (section II).

²⁸⁵ Se référer à : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages. **ATTANE Cécile, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire, petit vade-mecum du GHT voté par les députés », Gestions hospitalières, N°545, avril 2015, pages 252-255. **DE MONTECLER Marie-Christine**, « Publication du décret sur les groupements hospitaliers de territoire », in AJDA, n°16 2016, page 876.

²⁸⁶ Voir par exemple : **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448.

²⁸⁷ Voir par exemple : **DE LARD-HUCHET Brigitte, SEGUI-SAULNIER Stéphanie**, « Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions... Et presque autant de réponses ! », Gestions hospitalières, n°551, décembre 2015, pages 634-639.

Section I : Une complexité excessive de la structuration institutionnelle des groupements

192. Les établissements publics de santé ont une habitude ancienne de coopération, même si nous pouvons porter un jugement critique concernant les effets de ces coopérations ; et nous devons reconnaître que les établissements ont l'expérience des outils juridiques sous-tendant celles-ci. Si les groupements hospitaliers de territoire représentent une rupture dans la finalité et l'ampleur de la coopération²⁸⁸, force est de constater que le lancement des groupements hospitaliers de territoire s'est avéré bien plus complexe qu'escompté. Cela provient certes d'un calendrier contraint et d'une architecture institutionnelle complexe à porter sur les fonds baptismaux. Mais, il ne faut pas occulter, la difficulté à sécuriser la prise de décision au sein des groupements du fait d'un enchevêtrement entre le groupement hospitalier de territoire et son établissement support ne permettant pas clairement de distinguer les compétences respectives de chacun.

193. Nous expliciterons ainsi les soubassements du véritable « mécano » institutionnel que représente les groupements hospitaliers de territoire (paragraphe I), puis nous détaillerons le processus décisionnel difficilement intelligible au sein de ces groupements (paragraphe II).

Paragraphe I : La création d'un véritable « mécano » institutionnel

194. La principale contrainte dans la création des groupements hospitaliers de territoire a pour commencer été de parvenir à faire adopter leurs conventions constitutives dans le délai imparti par la législation, à savoir avant le 1^{er} juillet 2016. Cette difficulté s'explique par la lourdeur du processus constitutif et du portage juridique des groupements hospitaliers de territoire (A) et par un foisonnement d'instances propres aux groupements et résultant de compromis politiques (B).

²⁸⁸ Sur la rupture constituée par les groupements hospitaliers de territoire, consulter : **KELLER Catherine**, « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°28, 13 juillet 2015, notice 2229. **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages.

A) Une lourdeur du processus constitutif et du portage juridique

195. Le législateur de 2016 a voulu contraindre les établissements publics de santé en rendant leur participation obligatoire aux groupements hospitaliers de territoire, contrairement à l'incitation n'ayant pas obtenu de résultat des communautés hospitalières de territoire²⁸⁹. Afin de s'assurer que ce caractère obligatoire soit suivi d'effet, le législateur a instauré un délai très contraignant pour mettre en place ces groupements et afin de corriger cette difficulté, il est prévu une montée en charge progressive devant conduire à approuver trois fois la convention constitutive en l'espace d'un an et demi. Ainsi, la convention constitutive du groupement doit être approuvée par l'agence régionale de santé avant le 1^{er} juillet 2016²⁹⁰. Puis, la convention constitutive doit être complétée pour le 1^{er} janvier 2017 par les objectifs et la détermination des filières constituant l'ossature du projet médical partagé puis au 1^{er} juillet 2017 de l'ensemble des éléments déterminant ce projet²⁹¹. Nous détaillerons de la sorte le long processus d'adoption de la convention constitutive (a), ainsi que le recours à un tiers juridique compensant imparfaitement l'absence de personnalité morale du groupement hospitalier de territoire (b).

²⁸⁹ Pour illustration, voir : **MORO François**, « Le nouveau visage de la coopération : les Communautés Hospitalières de Territoire, à la recherche d'un nouveau modèle d'organisation hospitalière ? », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 25-33.

²⁹⁰ Le processus de création des groupements hospitaliers de territoire et le rôle de l'agence régionale de santé dans celui-ci est prévu par la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, article 107, indiquant que : « Art. L. 6132-5.-I.-Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1er juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. (...) V.- La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1er juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code. VI.- Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1er juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé prévu au 1° du II de l'article L. 6132-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi. ». Conformément à : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages, notamment dans les propos en page 16, nous ne pouvons que constater que ce processus d'avis consultatifs, malgré sa lourdeur dans le cadre de la création des groupements hospitaliers de territoire, découle en fait des compétences, définies par la législation, des instances hospitalières notamment en matière d'orientations stratégiques et de politique de coopération.

²⁹¹ La **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, article 107, décrit cette montée en charge progressive dans le contenu de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire : « I. Le projet médical partagé prévu à l'article R. 61323 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, comprend : 1° A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R.61323 ; 2° A compter du 1er janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de cet article ; 3° A compter du 1er juillet 2017, tous les éléments mentionnés à cet article. ».

a. Le long processus d'adoption de la convention constitutive

196. Un enchaînement d'avenants à la convention constitutive doit permettre des travaux progressifs d'élaboration du projet médical partagé entre les communautés médicales et soignantes des établissements membres du groupement. Cependant, cette multitude d'avenants conduit à mettre en place un processus administratif particulièrement complexe du fait des modalités d'approbation de la convention constitutive. La convention est ainsi préparée par les gouvernances des établissements membres et signée par les chefs d'établissements. La plupart du temps, du fait de l'inclusion du projet médical partagé dans son contenu, cette signature du représentant légal de l'établissement s'est accompagnée légitimement du visa des présidents des commissions médicales d'établissements. Mais, avant cette signature pour transmission à l'agence régionale de santé pour approbation, le projet de convention constitutive doit suivre un processus institutionnel complet.

197. Ainsi, il doit faire l'objet d'un avis de l'ensemble des instances de l'ensemble des établissements membres²⁹². Il s'agit là d'avis consultatifs ne contraignant pas la signature du chef d'établissement, seule la désignation de l'établissement support prévoyant une majorité qualifiée convergente des délibérations des conseils de surveillance²⁹³. Cependant, ce processus

²⁹² Le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires précise les instances à consulter dans le processus d'adoption de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 61326.I. La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Elle est soumise : 1° Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directeurs, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis ; 2° Pour les établissements ou services médicosociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à délibération de leurs conseils d'administration. La convention constitutive est signée par les directeurs des établissements parties au groupement et soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé. II. En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois. A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire. »

²⁹³ La **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, article 107, prévoyait dès l'origine la majorité renforcée nécessaire au choix de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire : « Art. L. 6132-2.- II.- La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : (...) 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment : a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le

suppose de longues semaines de présentation de la convention constitutive devant les instances des établissements avant de pouvoir envisager sa signature. Un tel processus d'élaboration est en soi normal puisque la participation à un groupement hospitalier de territoire, même si elle est obligatoire, représente une coopération très structurante pour un établissement au regard des objectifs assignés aux groupements. Il est ainsi légitime de porter une attention toute particulière aux stipulations de sa convention constitutive et qu'un dialogue avec l'ensemble des instances d'un établissement puisse également mettre en exergue l'importance de ce dispositif devant devenir une référence pour l'organisation de l'offre de soins. Enfin, ce processus n'est pas sans similitude avec les avis consultatifs devant précéder l'engagement d'un établissement dans d'autres dispositifs de coopération comme l'appartenance à un groupement de coopération sanitaire.

198. Malgré tout, la complexité de ce processus d'élaboration et de validation de la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire est multipliée par deux phénomènes. Tout d'abord, contrairement à d'autres modalités de coopération hospitalière, le groupement constitue une obligation légale²⁹⁴ et conduit à créer des coopérations regroupant la plupart du temps plus d'une dizaine d'établissements publics de santé. Plus le nombre d'établissements membres est élevé et plus le processus de consultation préalable devient compliqué à coordonner. La seconde difficulté de ce processus d'élaboration provient de l'objet même des groupements hospitaliers de territoire. Un autre dispositif verrait sa convention constitutive approuvée lors de sa création puis exceptionnellement celle-ci pourrait faire l'objet d'un avenant. A l'inverse, les premiers mois des groupements hospitaliers de territoire ont été rythmés par l'élaboration d'avenants successifs.

199. La non synchronisation des durées des conventions constitutives, fixées à dix ans, et des projets médicaux partagés, valables cinq ans²⁹⁵, est un facteur de complexité supplémentaire. Cette différence de durée provient de la volonté d'asseoir durablement l'organisation institutionnelle des groupements hospitaliers de territoire. Par contre, un projet médical partagé ne saurait rester figé pendant une période aussi longue et se doit d'avoir un calendrier similaire

directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-5. »

²⁹⁴ Voir en ce sens : **HOUDART Laurent**, « Vers une coopération contrainte : les GHT », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 103-109.

²⁹⁵ Consulter notamment les préconisations émises dans : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages, particulièrement page 12 : « *Le projet médical partagé fait partie intégrante de la convention constitutive du GHT. Il doit néanmoins avoir une durée de vie inférieure à celle de la convention constitutive, laquelle a vocation à avoir une durée illimitée. Par analogie avec les projets médicaux d'établissement, il est donc proposé de retenir une durée cible de 5 ans avec néanmoins autant d'actualisations que nécessaire.* ».

à celui du projet régional de santé et des projets médicaux des établissements membres. La question pourrait alors être posée de l'opportunité de maintenir le projet médical partagé dans la convention constitutive. Malgré les critiques précédentes, il s'agit là d'un parallélisme des formes avec l'adoption des projets médicaux au sein des établissements²⁹⁶, bien que le groupement soit doté de ses propres instances. De même, la convention constitutive, et ses modifications, devant être transmise à l'agence régionale de santé, il s'agit d'un mécanisme facilitant le contrôle par celle-ci de la conformité du projet médical partagé au projet régional de santé.

b. Le recours à un tiers compensant imparfaitement l'absence de personnalité morale

200. L'originalité de la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire réside dans le fait que contrairement à d'autres dispositifs, elle ne prévoit pas la création d'un tiers juridique en dotant le groupement d'une personnalité morale autonome, cette hypothèse n'ayant en effet pas été retenue par la législateur²⁹⁷. Nous pouvons estimer que trois raisons ont

²⁹⁶ Le contenu du projet d'établissement d'un hôpital est défini par la législation à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique précisant que : « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet écoresponsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. ». Pour plus de précision, se référer à : **TRUCHET Didier**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 9ème édition, décembre 2016, 320 pages. **HOLCMAN Robert**, « Management hospitalier - Manuel de gouvernance et de droit hospitalier », Dunod, 2017, 896 pages.

²⁹⁷ Encore une fois, en ne retenant pas l'octroi de la personnalité morale au groupement hospitalier de territoire, le législateur est allé dans le sens des préconisations émises lors des travaux préparatoires à la réforme, voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et à ce sujet la page 24 : « (...) A l'inverse, les coopérations donnant lieu à la création d'une nouvelle personne morale en sus de celle des établissements membres, comme c'est le cas pour les GCS, sont largement dénoncées par les acteurs du fait de la dilution des responsabilités et de la lourdeur administrative induite (duplication d'instances et de budgets). C'est d'ailleurs l'une des raisons principales du recours extrêmement limité aux GCS – établissements de santé (22 depuis 5 ans). L'expérience a donc montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. A fortiori, c'est

présidé à cette orientation. Tout d'abord, les communautés hospitalières de territoire ayant précédé les groupements n'étaient elles-mêmes pas dotées de la personnalité morale. De plus, dans un paysage sanitaire comprenant déjà plus de mille établissements ou encore plus de six cents groupements de coopération sanitaire, rajouter plus de cent trente entités supplémentaires n'aurait pas favorisé la simplification et la lisibilité du système hospitalier. Enfin, la création d'une nouvelle entité autonome, selon un mécanisme similaire à celui de l'intercommunalité, a sans doute fait naître des craintes de disparition progressive des établissements publics de santé actuels au profit de cette nouvelle entité.

201. Compte tenu de ces enjeux convergents, les groupements hospitaliers de territoire ne sont pas dotés de la personnalité morale. Cependant, ceux-ci sont censés assurer des fonctions communes à tous les membres et prendre des décisions collectives, ce qu'une simple convention de coopération ne saurait être le réceptacle approprié. Le choix a donc été celui du recours à un des établissements membres du groupement pour assumer son pilotage de fait, celui-ci prenant l'appellation d'établissement support du groupement. Compte tenu des histoires et des antagonismes locaux, la désignation de cet établissement support n'a pas été aisée dans tous les territoires malgré les initiatives de préfiguration décidées par la plupart des agences régionales de santé. Leur légitimité devant être établie, une majorité qualifiée doit être obtenue pour leur désignation, à défaut de quoi l'agence régionale de santé pourra désigner d'office un établissement²⁹⁸. La convention constitutive du groupement étant approuvée pour une durée de

probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela garantit une légèreté et simplicité de fonctionnement d'une part, et permet des modalités de prise de décision claires et efficaces d'autre part. A ce constat, s'ajoute celui du nombre déjà très important de personnes morales dans le champ de l'hospitalisation publique : plus de 900 établissements constituant chacun une personne morale existent déjà. Dans un souci d'économie, il paraît difficilement défendable d'ajouter des entités supplémentaires. L'expérience de la coopération intercommunale peut servir d'exemple pour illustrer les effets d'une duplication de moyens. ».

²⁹⁸ Sur les pouvoirs de l'agence régionale de santé de détermination du contenu de la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire, voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « II. Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le 1er juillet 2016 la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition. Dans l'hypothèse où des établissements n'ayant pas fait l'objet d'une dérogation prévue à l'article R. 61327 du code de la santé publique n'auraient pas transmis avant le 1er juillet 2016 la convention constitutive signée prévue à l'article R. 61321 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie la composition du groupement hospitalier de territoire aux établissements concernés. Dans les quinze jours suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les conseils de surveillance procèdent, dans les conditions prévues au a du 5° de l'article L. 61322 du même code, à la désignation de l'établissement support. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du comité territorial des élus locaux, l'établissement support du groupement. Dans les deux mois suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les directeurs de ces établissements transmettent au directeur général de l'agence régionale de santé la convention constitutive du groupement. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, ainsi que ses compétences, conformément aux dispositions du I de l'article L. 61323. »

dix ans, la désignation de l'établissement support est réalisée pour une même période. En théorie, rien n'empêche donc qu'à l'issue de cette durée, les établissements membres choisissent de s'accorder sur un autre établissement support, mais l'hypothèse apparaît très peu probable. L'établissement support du groupement va pallier à l'absence de personnalité morale en se voyant confier d'une part l'animation de fait du groupement à travers notamment son directeur qui devient le président de plein droit du comité stratégique du groupement. Mais surtout, l'établissement support va pouvoir assumer les compétences mutualisées du groupement pour le compte de l'ensemble des établissements membres. Compte tenu des prérogatives importantes octroyées à l'établissement support, la convention constitutive devra préciser les modalités de contrôle dont disposent les autres établissements concernant la gestion par l'établissement support des fonctions mutualisées²⁹⁹ selon les principes d'une délégation de compétences.

202. Le choix du recours à un tiers existant plutôt qu'à la création d'une nouvelle entité juridique nous semble pertinent au regard des enjeux de lisibilité du système hospitalier et d'acceptation politique des groupements hospitaliers de territoire. Une telle orientation ne nous apparaît pas en soi problématique, mais l'absence de clarté quant à la finalité intégrative des groupements a conduit un tel choix à être au final déstabilisant en ne prévoyant pas des règles institutionnelles clarifiant les responsabilités de l'établissement support. La fiction maintenue d'un simple outil de coopération a au contraire favorisé la complexité de la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire.

²⁹⁹ Les modalités de contrôle de l'établissement support sont définies par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « Art. R. 61321. II. La convention détermine, dans le volet mentionné au 2° du I, les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement. ». Sur le thème des délégations de compétences, voir par exemple le cadre des délégations de compétences possibles entre collectivités territoriales : **DYENS Samuel, MAUREL Teddy**, « Quel périmètre pour la délégation de compétences de l'article L. 1111-8 du CGCT ? », Actualité Juridique des Collectivités Territoriales, n°11 2015, pages 582-585, dans un contexte de partage de compétences similaire à celui des groupements hospitaliers de territoire, voir ainsi : **FERREIRA Nelly**, « La loi NOTRe : l'enchevêtrement des compétences : suite... et fin ? », Actualité Juridique des Collectivités Territoriales, n°2 2016, pages 79-83 ou encore : **DYENS Samuel**, « La « clarification » des compétences dans la loi MAPAM : coordonner avant d'imposer ? », Actualité Juridique des Collectivités Territoriales, n°6 2014, pages 291-295. **MOREAU Jacques**, « Les délégations de fonctions en droit français des collectivités territoriales », Revue du droit public, n°6 novembre 2011, pages 1473-1492. **CHAVRIER Géraldine**, « Quels pouvoirs juridiques pour l'exercice des compétences ? », RFAP, n°04 2015, pages 1027-1036.

B) Un foisonnement d'instances propres résultant de compromis politiques

203. L'originalité du groupement hospitalier de territoire réside dans son architecture institutionnelle relativement foisonnante et calquée sur celle d'un établissement de santé³⁰⁰. Ce point en fait également toute la complexité de fonctionnement en surajoutant une strate institutionnelle sans simplifier celle des établissements membres, tant le droit d'option de substitution des instances, effectivement ouvert par la législation, reste peu utilisé. Finalement, au-delà des similitudes avec la gouvernance d'un hôpital public, les instances du groupement traduisent la représentation de l'ensemble des parties prenantes du système hospitalier. Il faut sans doute y voir la vision éclairée de ces acteurs quant à la finalité des groupements hospitaliers de territoire³⁰¹. En conséquence, nous verrons tout d'abord la structuration des instances stratégiques du groupement hospitalier de territoire (a), puis en regard la multiplication des instances associant les autres parties prenantes (b).

a. La structuration des instances stratégiques du groupement

204. Le groupement hospitalier de territoire est animé stratégiquement au premier chef par un comité stratégique composé des chefs d'établissements, des présidents des commissions médicales d'établissements et des présidents des commissions des soins. Sont également

³⁰⁰ Nous pouvons noter une nette évolution du sujet de la structuration institutionnelle des groupements hospitaliers de territoire au cours des travaux préparatoires. Ainsi dans : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et notamment page 27, il était préconisé une « *gouvernance personnalisable* », limitant les instances spécifiques au groupement à l'instauration d'un comité stratégique et d'un comité territorial des élus locaux, tandis que dans : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et notamment page 13, il est finalement préconisé de « *mettre en place une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux* » du fait que « *Nombreux ont été les acteurs auditionnés et rencontrés lors de nos déplacements à appeler de leurs vœux la possibilité de mettre en place des instances communes. C'est l'une des possibilités offertes par la loi (article L.6132-2 du code de la santé publique). Nous n'avons pas souhaité rendre la mise en place de ces instances communes contraignante. Conformément à l'objectif de subsidiarité, nos propositions consistaient, lors de notre rapport intermédiaire, à permettre la mise en place de telles instances. Les décrets ont vocation à préciser les modalités. Si la composition et les règles de fonctionnement nous semblent relever du choix des acteurs concernés, les textes d'application doivent compléter le cadre juridique en précisant le circuit de décision quant à l'installation d'une nouvelle instance.* ».

³⁰¹ Voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et particulièrement page 27 : « *Le texte initial du projet de loi ne comportait aucune disposition relative à la gouvernance du GHT. Cela a largement été soulevé lors des auditions, par nos interlocuteurs émanant de différents corps et sensibilités. Leur demande était d'assurer une juste représentation des différents acteurs des établissements, en ne dénaturant pas les équilibres existant dans les établissements de santé, et de laisser la souplesse nécessaire aux acteurs pour pouvoir décider eux-mêmes de la gouvernance la plus adéquate dans chacun des GHT.* ».

membres de droit le président de la commission médicale du groupement, le médecin responsable du département d'information médicale du territoire, ainsi que le Doyen de la faculté de médecine dans les cas où le groupement comprend un CHU. Le comité stratégique est présidé de droit par le directeur de l'établissement support du groupement, et peut constituer un bureau restreint pouvant être déléguataire de tout ou partie des compétences du comité³⁰². Cette composition tend à rappeler celle des directoires des établissements publics de santé, permettant de réunir les différentes parties prenantes d'un établissement que sont la communauté médicale, les professions soignantes et la direction. Tel le directoire, le comité stratégique est présidé par le directeur, en l'occurrence celui de l'établissement support, cette présidence de droit étant légitime du fait de la mutualisation de fonctions supports assumée par l'établissement support. Elle crée néanmoins symboliquement une hiérarchie de fait entre les chefs d'établissements du groupement et met en place une fonction de directeur du groupement hospitalier de territoire³⁰³. Les compétences essentielles du comité stratégique sont de valider et de suivre le déploiement des actions prévues à la convention constitutive, et notamment du projet médical partagé. La réglementation en fait véritablement une instance de conseil auprès du directeur de l'établissement support dans la conduite des opérations du groupement³⁰⁴, au même titre que le directoire au sein des établissements publics de santé.

205. A l'inverse de l'instance centrale représentée par le comité stratégique, il est à noter que la représentation médicale et soignante au sein du groupement hospitalier de territoire est partielle. Il est en effet aisé de structurer des coopérations administratives et techniques ou de définir des axes généraux de coopération médicale, mais il est plus complexe de créer en tant

³⁰² Pour plus de précision sur le fonctionnement et les compétences du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, se référer à : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages. Et également les dispositions prévues par l'article 107 de la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé : « (...) b) *La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.* »

³⁰³ Nous pouvons en l'occurrence faire le parallèle avec le président de l'assemblée délibérative des établissements publics de coopération intercommunale, non pas en termes de désignation mais en termes de positionnement à l'égard d'édiles de même niveau.

³⁰⁴ Le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires indique en ce sens que : « *Le comité stratégique ou, le cas échéant, son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.* ». Et sur le fonctionnement et les compétences du directoire des établissements publics de santé, se référer à : **LOUAZEL Michel, MOURIER Alain, OLLIVIER Erwan, OLLIVIER Roland** (sous la direction de), « Le management en santé - Gestion et conduite des organisations de santé », Presses de l'EHESP, 2018, 548 pages.

que telle une communauté et une dynamique commune entre médecins et soignants de différents établissements pour qui la notion de base de la prise en charge est celle du service et de l'unité de soins. La plus-value d'une commission médicale ou soignante de territoire est questionnable concernant la prise en charge dans une unité de soins en particulier, et les instances médicales et soignantes des établissements membres ont par conséquent une crainte d'être dépossédées de leurs prérogatives, par ailleurs croissantes ces dernières années dans le cadre d'une médicalisation des décisions à l'hôpital³⁰⁵. Pour autant, il serait inconcevable que la démarche portée par le groupement hospitalier de territoire soit dénué de tout lieu de concertation et de réflexion médico-soignante, au-delà du cénacle du comité stratégique. Ainsi, le législateur a prévu la mise en place de telles instances au sein du groupement selon une logique de droit d'option. Les communautés médicales avaient initialement la possibilité de mettre en place un collège médical ou une commission médicale après avoir obtenu la majorité des avis rendus par les commissions médicales d'établissement en la matière³⁰⁶. La première hypothèse du collège médical correspond à une instance de concertation entre essentiellement les seuls présidents des commissions médicales d'établissements. Il s'agit là d'une logique de coopération de type fédéraliste avec des praticiens représentant des établissements. La seconde hypothèse de commission médicale de groupement a comme objectif de créer et de représenter une communauté médicale transcendant les différents établissements. Cela conduit à désigner des représentants des différentes commissions médicales d'établissement au sein de cette nouvelle instance, mais sans qu'il soit spécifié qu'ils représentent leur établissement d'origine³⁰⁷. La quasi-totalité des groupements hospitaliers de territoire ont opté pour un collège

³⁰⁵ A ce sujet, consulter notamment : **ZACHARIE Clémence**, « Médicalisation des décisions hospitalières ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ? », RDSS, n°05 2021, pages 892-901.

³⁰⁶ Le droit d'option concernant la représentation médicale au sein du groupement hospitalier de territoire est précisé par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « (...) Art. R. 61329.I. La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire prévoit la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement : 1° Lorsqu'il est décidé de mettre en place un collège médical, sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive ; 2° Lorsqu'il est décidé de mettre en place une commission médicale de groupement, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médicosociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive. ».

³⁰⁷ Sur la représentation médicale au sein des groupements hospitaliers de territoire, voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages dont les propos page 29 : « Le CM, le cas échéant CMG : une instance indispensable, une mobilisation variable CM ou CMG constituent les instances représentatives de la communauté médicale du GHT. L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des PMP constituent le cœur de compétence des deux instances. Les CMG bénéficient de délégations de compétences des CME, dans des limites

médical avant la mise en œuvre obligatoire au 1^{er} janvier 2022 d'une commission médicale de groupement. Néanmoins, y compris dans cette structuration autour d'un collège médical, et par parallélisme avec la gouvernance des établissements de santé, le groupement conduit à l'émergence d'un président incarnant la communauté médicale et doté de compétences propres concernant la mise en œuvre du projet médical partagé³⁰⁸.

206. De même, la représentation soignante au sein du groupement relève d'une commission spécialisée correspondant totalement aux commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements de santé. Sans droit d'option cette fois-ci, cette commission comprend des représentants des différentes communautés soignantes³⁰⁹. Comme dans un établissement de santé, le directeur de l'établissement support désigne le président de cette commission. La représentation soignante peut ainsi sembler plus structurée au niveau du groupement que celle de la communauté médicale³¹⁰. Cependant, aucune compétence n'est octroyée à cette commission des soins de groupement au-delà de celles que les établissements membres voudront bien lui déterminer dans la convention constitutive. Même l'élaboration du projet de soins partagé en déclinaison du projet médical partagé ne relève pas en tant que tel de

fixées par les conventions constitutives, et leur composition est fixée par les textes. La composition et les compétences du collège médical sont pour leur part laissées aux parties de la convention constitutive du GHT. Les textes attribuent un rôle particulier au président du CM et de la CMG. Les CMG font l'objet d'une appréciation très positive des directions d'établissements support, ce qui est moins le cas des CM. ».

³⁰⁸ La médicalisation de la décision s'est en effet faite en parallèle entre les établissements publics de santé et les groupements hospitaliers de territoire, voir ainsi le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « (...) II. Le collège médical ou la commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle. » et également le **décret n° 2021-676 du 27 mai 2021** relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.

³⁰⁹ Ainsi, le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires prévoit que : « Art. R. 613212.I. La convention constitutive prévoit la mise en place d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques de groupement. Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médicosociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive. ».

³¹⁰ En ce sens, voir : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages notamment page 30 : « La CSIRMT : l'association nécessaire des communautés de soins, un travail souvent ambitieux. Instance représentative des communautés soignantes des GHT, la commission des soins infirmiers traite pour l'essentiel de l'élaboration et du suivi de mise en œuvre du projet de soins partagés, inclus ou non dans le projet médical partagé. Corroborant l'appréciation largement positive portée sur cette instance, la mission a pu relever : l'implication réelle, le plus souvent assidue et compétente des communautés soignantes dans l'élaboration et le suivi des PSP ; l'appropriation des problématiques de qualité des soins, partage et harmonisation des pratiques professionnelles, formations initiale et continue. ».

la commission des soins mais des équipes soignantes des différentes filières de prise en charge³¹¹.

b. La multiplication des instances associant les autres parties prenantes

207. Contrairement à d'autres instances du groupement hospitalier de territoire, le législateur introduit dès la loi du 26 janvier 2016 un comité territorial des élus locaux, ayant une fonction d'évaluation pouvant permettre un certain parallélisme avec les conseils de surveillance des établissements publics de santé³¹². Sa composition en est d'ailleurs issue et est initiée par la simple publication de l'arrêté de l'agence régionale de santé approuvant la convention constitutive du groupement³¹³. Cette composition venant ensuite être précisée par la réglementation³¹⁴. La création d'une instance d'évaluation et d'échange avec les élus locaux est en soi bien légitime compte tenu des objectifs des groupements hospitaliers de territoire, mais

³¹¹ La méthodologie d'élaboration du projet de soins partagé est précisé par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « Art. R. 61325. Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction. ».

³¹² L'article 107 de la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé instaure ainsi le comité territorial des élus locaux : « (...) La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : (...) d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. ». Voir également : **LEFEUVRE Karine, OLLIVIER Roland, GROSS Olivia** (sous la direction de), « La démocratie en santé en question(s) », Presses de l'EHESP, 2018, 140 pages.

³¹³ L'article 107 de la **loi du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé explicite la création automatique du comité territorial des élus locaux : « Art. L. 6132-5.-I.-Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1er juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement. ».

³¹⁴ Sur la composition détaillée du comité territorial des élus locaux, voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « Art. R. 613213.I. La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux. Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médicosociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit. ». Il est à noter que le comité territorial des élus locaux était la seule instance obligatoire avec le comité stratégique préconisée par les travaux préparatoires à la création des groupements hospitaliers de territoire, voir ainsi : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages.

il s'agit d'une modalité somme toute exceptionnelle et non prévue par les autres dispositifs de coopération entre établissements de santé. Ce comité territorial des élus locaux conduit à un dialogue direct entre les élus locaux et les établissements sans passer par l'intermédiaire de l'agence régionale de santé et supplantant les autres modalités de concertation territoriale comme le conseil territorial de santé. La création de ce comité est très opportune afin d'échanger avec les élus locaux concernant les réorganisations de l'offre de soins parfois indispensables pour assurer la sécurité des soins, notamment au regard de la démographie médicale. Malgré tout, trop souvent, ce comité ne constitue en réalité qu'une instance de simple information unidirectionnelle et n'a pas encore trouvé toute sa place dans la gouvernance des groupements³¹⁵.

208. Après la publication de la loi du 26 janvier 2016, la réglementation est venue compléter la gouvernance des groupements hospitaliers de territoire au gré de l'intervention de différentes parties prenantes au fonctionnement des établissements de santé. Les groupements conduisant à des mutualisations de fonctions supports, et potentiellement à des réorganisations de l'offre de soins pouvant impacter les professionnels de santé, les organisations syndicales ont naturellement souhaité disposer d'un lieu d'échange à ce niveau territorial et selon une composition proche de celle des comités sociaux d'établissement³¹⁶. Sa présidence est assurée

³¹⁵ Sur le bilan provisoire porté sur les comités territoriaux des élus locaux, se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages dont les propos page 30 : « *Le comité territorial des élus locaux (CTEL) : des élus locaux souvent peu concernés ou insuffisamment associés. Instance représentative des élus locaux du territoire, la CTEL jouit théoriquement de compétences importantes. Elle est en effet chargée « d'évaluer et contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement* », et dispose également d'un pouvoir de proposition. Force est de constater que le niveau territorial ne paraît pas encore mobilisateur pour les élus locaux. La compétence d'évaluation et contrôle n'est quasiment pas mise en œuvre. Instance permettant une sensibilisation à la création du GHT, le CTEL se manifeste pourtant en cas d'évolutions territoriales de l'offre de soins, sous l'impulsion des élus concernés. A l'inverse, on notera que l'initiative manque souvent du côté des directions des établissements support, le CTEL n'ayant pas été réuni dans près d'un quart des GHT en 2018. ». Dans le même sens, voir : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et notamment page 26 : « *Par ailleurs, le comité territorial des élus rencontre également des difficultés de fonctionnement. Les conventions constitutives prévoient généralement la tenue minimale de deux réunions par an. En pratique peu d'élus manifestent la volonté de participer à un nombre plus important de réunions de cette instance. Cette situation pose la question de la nécessité de mieux associer les élus aux décisions des GHT, en particulier lorsque le PMP conduit à une réorganisation substantielle de l'offre publique de soins sur un territoire. Il est par ailleurs noté que l'instauration du comité territorial des élus est un changement de paradigme par rapport aux dispositions de la loi HPST, qui visaient à renforcer le rôle du directeur dans la gestion des établissements de santé.* ».

³¹⁶ La composition de la conférence territoriale de dialogue social est prévu par le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « Art. R. 613214. La convention constitutive prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social. La conférence territoriale de dialogue social comprend : 1° Le président du comité stratégique, président de la conférence ; 2° Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement ; 3° Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations

par le directeur de l'établissement support en tant qu'établissement assumant pour le compte de l'ensemble des établissements membres la mutualisation de certaines fonctions. Aussi légitime que soit cette instance, ses compétences se révèlent en réalité relativement ténues et cantonnées à une information³¹⁷. Cela confirme que la gestion des ressources humaines ne constitue pas une compétence de base des groupements hospitaliers de territoire, et que le dialogue social avec les organisations syndicales relève de chaque établissement membre.

209. L'objectif d'un groupement hospitalier de territoire étant de mettre en place une offre de soins graduée et sécurisée au sein du territoire, les représentants des usagers ne peuvent pas être mis à l'écart d'une telle dynamique. Pourtant, cette affirmation est bien contournée dans l'ensemble des autres dispositifs de coopération et nul usager n'est tenu informé ou n'est consulté des coopérations classiques entre établissements de santé. Seuls les représentants des usagers aux conseils de surveillance sont consultés dans des cas de coopération tels que la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire, mais cet avis ne vaut que pour la création ou la modification de la convention constitutive et en aucun cas concernant les actions concrètes mises en place par la coopération. Aussi, la création d'une représentation spécifique des usagers au sein des instances du groupement hospitalier de territoire traduit bien l'ampleur de l'objectif assigné à ce groupement et son rapprochement progressif avec la gouvernance d'un établissement de santé, lui-même doté d'une commission des usagers. Comme pour la

*représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement ; 4° Avec voix consultative, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président. ». Voir à ce sujet : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment les propos page 31 : « De fait, la mission note que les CTDS souffrent d'une mobilisation faible – souvent liée à des consignes syndicales en opposition avec la création des GHT. Elles peuvent au mieux constituer des instances de nature pédagogique et faire progresser certaines problématiques transversales : adoption de chartes portant sur la qualité de vie au travail dans plusieurs GHT de la région Bretagne, création de services de santé au travail de GHT... ». Ce qui corrobore le diagnostic de : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et notamment page 26 : « Les représentants des personnels participent de manière variable à la conférence territoriale de dialogue social des GHT. Si certaines organisations telles que la CGT ont manifesté dès le départ une volonté de ne pas participer à cette instance en raison de leur opposition à l'existence des GHT, les représentants qui y participent font part de leur volonté de disposer d'un droit de vote sur les décisions du GHT de manière identique à celui dont ils disposent en comité technique d'établissement (CTE). Cette instance d'échange avec les représentants du personnel est donc souvent vécue comme une étape obligatoire par les directions de GHT et inutile par les représentants du personnel. Les incidences que peuvent avoir la mutualisation des fonctions support ou les évolutions de l'offre de soins sur les conditions de travail des agents nécessiteraient pourtant d'être discutées au niveau de l'instance du GHT et non simplement dans les CTE des établissements. ».*

³¹⁷ Sur les compétences de la conférence territoriale de dialogue social, voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoires : « (...) La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire. ».

représentation médicale, un droit d'option est mis en place entre un comité ou une commission des usagers sans que cela n'ait réellement de conséquence en l'occurrence au regard de la latitude laissée aux établissements pour définir les compétences de cette instance au sein de la convention constitutive³¹⁸. Il est cependant à noter que la présidence de cette instance revient de droit au président de l'établissement support, et non pas au même individu mais en sa qualité de président du comité stratégique alors que si l'établissement support sert de réceptacle à la mutualisation des fonctions supports, la conduite du groupement relève normalement du comité stratégique. Cela traduit bien la confusion progressive entre l'établissement support et le groupement, et la conduite naturelle par l'établissement support de l'ensemble des actions du groupement. La réelle interrogation concernant cette instance n'est en aucun cas son existence ou ses compétences, mais bien sa faisabilité. La désignation et la mobilisation de représentants des usagers au sein des établissements de santé constituent déjà un défi majeur. La mobilisation de ces représentants au sein d'un groupement n'ayant pas de réalité palpable est une difficulté certaine.

210. La création de l'ensemble de ces instances traduit l'ampleur attendue des groupements hospitaliers de territoire et constitue une avancée majeure par rapport aux concertations prévues par les autres dispositifs de coopération hospitalière. La structuration de ces instances reprend peu ou prou celle d'un établissement public de santé laissant penser à l'émergence progressive d'un établissement territorial de santé par l'entremise des groupements hospitaliers de territoire.

³¹⁸ Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoires prévoit la création de la représentation des usagers : « Art. R. 613211. La convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement. Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement. ». Voir à ce sujet : **GEY-COUE Marine**, « La place des usagers dans le GHT, une représentation légitime à géométrie variable », *Gestions hospitalières*, n°559, octobre 2016, pages 510-512. **BIOSSE-DUPLAN Alexandre**, « Démocratie sanitaire - Les usagers dans le système de santé », Dunod, 2017, 480 pages. **COMPAGNON Claire, GHADI Véronique**, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », février 2014, 258 pages. Et sur l'analyse provisoire de la représentation des usagers au sein du groupement hospitalier de territoire, voir : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment les propos page 31 : « Le comité des usagers (CDU) : des usagers qui trouvent difficilement leur place au niveau territorial. Présidée par le directeur de l'établissement support, la composition et les compétences du CDU sont laissées aux parties, dans la convention constitutive du GHT. Les commissions des usagers ont su trouver leur place au niveau de chacun des établissements parties, et les représentants des usagers se signalent souvent par leur implication dans le traitement de dossiers personnels, leur proximité, leur approche concrète des problématiques de prise en charge. Le niveau territorial constitue cependant un enjeu nouveau que certains peinent à s'approprier, même si de bons exemples, encore rares, sont notés (examen de parcours territoriaux, alignement des pratiques dans le domaine de la qualité, du traitement des événements indésirables, du respect des droits des patients...). ».

L'intérêt des instances du groupement est par ailleurs affirmé par le mécanisme de transmission systématique de leurs comptes rendus au comité stratégique et aux instances similaires de chacun des établissements membres. Ce schéma institutionnel des groupements hospitaliers de territoire conduit cependant à créer une strate supplémentaire de gouvernance se rajoutant à celle des établissements membres et n'allant pas dans le sens d'une simplification administrative. Ce choix a été privilégié à une autre forme d'organisation possible, mais peut-être trop forte symboliquement lors de la création des groupements, qui aurait consisté en l'ouverture des instances de l'établissement support à une représentation territoriale. Ce schéma aurait été conforme à la place particulière reconnue à l'établissement support et aurait responsabilisé encore davantage celui-ci quant à son rôle dans la conduite des affaires territoriales. Cependant, au regard du périmètre de certains groupements comprenant de nombreux établissements membres, la représentation de chacun d'entre eux n'aurait sans doute pas été envisageable au risque d'alourdir fortement la prise de décision.

Paragraphe II : Un processus décisionnel difficilement intelligible

211. La gouvernance des groupements hospitaliers de territoire s'avère complexe du fait de l'hétérogénéité des groupements et des nombreuses instances se superposant à celles des établissements membres. Ce constat découle pour partie du choix originel d'une absence de personnalité morale et du recours à un établissement support dont la finalité intégrative n'a pas été portée jusqu'à sa conclusion naturelle³¹⁹. Nous conviendrons qu'il en résulte une confusion des responsabilités entre les acteurs au sein du groupement (A), et que cet enchevêtrement conduit par déclinaison à une absence de capacité ultime d'arbitrage, faisant reposer la dynamique des groupements sur le positionnement et la volonté des acteurs (B).

³¹⁹ Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement les pages 21-22 : « *De facto, l'établissement support se trouve ainsi responsable du pilotage du GHT, même si, comme le relève la Cour des comptes, « le législateur n'a pas introduit de hiérarchie entre les établissements du groupement », sa désignation ne lui conférant « pas d'autre droit que celui de gérer les fonctions et activités mutualisées pour le compte des autres parties ». Ce système de pilotage par l'établissement support est néanmoins malaisé, car toutes les décisions prises dans le cadre du GHT doivent être validées par l'ensemble des établissements parties, l'établissement support n'ayant aucun moyen, autre que son poids relatif et son influence, pour imposer une décision. Au total, le choix fait en 2016 de l'absence de personnalité juridique pour les GHT pouvait suggérer une volonté de faire travailler les établissements de santé sur un mode collaboratif ; cependant, les limites de ce format collaboratif au regard de l'objectif de restructuration de l'offre de soins suggèrent, en creux, l'objectif d'une intégration plus avancée autour de l'établissement support du GHT (direction commune, voire fusion). ».*

A) La confusion des responsabilités entre acteurs

212. Le groupement hospitalier de territoire est une réalité duale reposant sur des instances propres dotées de compétences spécifiques, mais étant aussi incarnée par un établissement support assumant la mutualisation des fonctions supports. Par ailleurs, chaque établissement membre reste autonome dans sa gestion, ce qui conduit à un imbroglio concernant la responsabilité des uns et des autres. Nous analyserons tout d'abord la distinction délicate entre les compétences du groupement hospitalier de territoire et de son établissement support (a), avant de nous attacher à la répartition janusienne des pouvoirs entre le président du comité stratégique et ce même acteur en sa qualité de directeur de l'établissement support, faisant au final apparaître l'absence de pouvoir propre du président du comité stratégique (b).

a. La distinction délicate entre compétences du groupement hospitalier de territoire et de l'établissement support

213. La distinction des compétences pourrait être clairement établie, malgré l'absence de personnalité morale du groupement, l'objectif du groupement hospitalier de territoire étant double. Il permet la mise en place d'une offre de soins graduée et sécurisée sur le territoire. Cette finalité relève de la responsabilité des instances du groupement, et en premier lieu du comité stratégique. Par ailleurs, le groupement vise l'efficacité de ses fonctions supports par la mutualisation, cette action étant, quant à elle, assurée par l'établissement support pour le compte des établissements membres. Cet établissement support est par ailleurs désigné par une majorité renforcée des conseils de surveillance des établissements membres et la convention constitutive prévoit les modalités de contrôle de son action par les établissements membres. Nous sommes classiquement dans un dispositif de délégation et non de transfert de compétences en la matière. Cette délégation pouvant enfin voir son périmètre élargi, en fonction de la volonté des établissements membres, à quasiment l'ensemble des fonctions administratives, techniques et logistiques.

214. Cependant, des responsabilités croisées sont mises en place et brouillent cette distinction initiale. Ainsi, le comité stratégique peut émettre des propositions à l'attention du directeur de l'établissement support concernant l'organisation et le fonctionnement des fonctions supports. Or, le comité stratégique comprend certes les directeurs d'établissements membres, les délégués en quelque sorte, mais aussi les présidents des commissions médicales

d'établissements et les présidents des commissions des soins, n'ayant normalement pas de compétences en la matière. A l'inverse, la présidence du comité stratégique incombe de plein droit au directeur de l'établissement support en cette qualité. Ainsi, le fait d'assumer la mutualisation des fonctions supports le conduit à devoir présider les instances propres au groupement et donc à piloter l'organisation de l'offre de soins sans qu'apparaisse de lien entre ces deux thématiques dans la répartition précédemment faite de ces sujets. Le président du comité stratégique aurait très bien pu ne pas être le directeur de l'établissement support mais le président de la commission médicale de groupement, les deux missions du groupement pouvant être disjointes. De plus, le directeur de l'établissement support préside d'autres instances, comme le comité des usagers, ou désigne son président, comme cela est le cas pour la commission des soins du groupement. La réglementation précise bien qu'il effectue cette dernière désignation en sa qualité de directeur de l'établissement support et non pas de président du comité stratégique. A la différence, il préside la conférence territoriale de dialogue social en tant que président du comité stratégique et non pas de directeur de l'établissement support. Le projet médical partagé peut engendrer la création de pôles inter-établissements. Ceux-ci sont alors rattachés à l'établissement support et sont dotés d'un mode de fonctionnement comme tout pôle d'activité clinique ou médicotechnique. Notamment, les pôles inter-établissements disposent d'une démarche de contractualisation. Dans ce cas, la contractualisation n'est pas assurée avec le président du comité stratégique, ce qui aurait pu paraître légitime, mais bien avec le directeur de l'établissement support. Il en est de même concernant la signature des conventions d'association ou de partenariat au groupement hospitalier de territoire. Sous réserve que la convention constitutive le prévoit, la réglementation permet au directeur de l'établissement support de les signer³²⁰. De ces différents exemples naît une forme de confusion des responsabilités entre le groupement hospitalier de territoire et l'établissement support. Le directeur de l'établissement support, en sa qualité de président du comité stratégique, aurait pu apporter alors une cohérence d'ensemble à ce dispositif. Mais, ses interventions dans les

³²⁰ Voir en ce sens les termes du **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « (...) 5o Après l'article R. 6132-1, il est inséré trois articles ainsi rédigés : Art. R. 6132-1-1. – Lorsque la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire le prévoit, le directeur de l'établissement support signe les conventions d'association avec les hôpitaux des armées, lorsqu'elles existent. Art. R. 6132-1-2. – Lorsque la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire le prévoit, le directeur de l'établissement support signe les conventions d'association avec les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, lorsqu'elles existent. Art. R. 6132-1-3. – I. – Lorsque la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire le prévoit, le directeur de l'établissement support signe les conventions de partenariat avec les établissements partenaires. II. – La convention de partenariat prévue au VIII de l'article L. 6132-1 est transmise après signature, pour information, au directeur général de l'agence régionale de santé compétent. ».

différents champs ne se font pas de façon claire. Globalement, la prééminence du directeur de l'établissement support sur le président du comité stratégique se fait jour.

215. Cet enchevêtrement des compétences nous alerte d'un point de vue juridique et indique une certaine confusion ou ambiguïté dans l'esprit d'un législateur pressentant le caractère profondément intégratif des groupements hospitaliers de territoire, et la nécessité de ne pas afficher aussi ouvertement cette potentialité. En pratique, le partage des compétences s'avère moins délicate dans la mesure où le même individu assume les deux fonctions. Cependant, cela renforce encore davantage pour les partenaires, internes ou externes, l'assimilation du groupement à son établissement support.

b. L'absence de pouvoir propre du président du comité stratégique

216. Cette confusion des rôles conduit à faire reposer les décisions sur l'autorité empreinte de la plus grande légitimité tant juridique que symbolique, à savoir le directeur de l'établissement support. Cela est d'autant plus normal que le président du comité stratégique n'est en réalité doté d'aucun pouvoir propre. Son rôle n'est pas d'être l'exécutif du groupement, le directeur de l'établissement support l'est dans les faits. Il est plus un président d'instance dans sa définition la plus stricte, c'est-à-dire qu'il préside au bon déroulement de l'instance selon ses règles de fonctionnement. Les compétences dévolues par la réglementation le sont au comité stratégique en tant que tel. Ainsi, le comité stratégique diffère du directoire des établissements publics de santé qui ne décide pas mais doit être concerté par le directeur avant que celui-ci prenne une décision, potentiellement après avis du président de la commission médicale d'établissement et du doyen de la faculté de médecine pour les centres hospitaliers universitaires. La volonté du président du comité stratégique n'emporte ainsi pas décision si l'instance s'y oppose et la répartition des droits de vote au sein du comité stratégique revête par conséquent une importance fondamentale³²¹. Ce point est trop souvent omis tant la pratique est de conduire les débats du comité stratégique justement comme ceux du directoire, c'est-à-dire

³²¹ Concernant la répartition des droits de vote au comité stratégique, la volonté des établissements peut s'appliquer dans le choix qui sera formalisé dans la convention constitutive. Il peut être fait le choix d'un vote par établissement dans une approche certes égalitaire mais qui ne correspondra alors pas à la place de chaque structure dans l'offre de soins. Il s'agit là d'une approche fédéraliste tendant à faire des groupements hospitaliers de territoire des outils traditionnels de coopération. A l'inverse, il peut être fait le choix d'une répartition pondérée en fonction du nombre de lits et places d'hospitalisation ou du nombre de professionnels afin de respecter les équilibres. Il s'agira alors d'une approche intégrative pouvant être aménagée pour faire en sorte qu'aucun établissement ne dispose seul de la majorité.

sans vote formel. La délégation des compétences du comité stratégique aurait pu venir moduler ce constat en octroyant un pouvoir délégué au président du comité stratégique. Mais, si la délégation est bien prévue par la réglementation, ce n'est que pour confier les compétences du comité stratégique à un éventuel bureau restreint.

217. Cette confusion des responsabilités s'étend également à la coordination entre le directeur de l'établissement support et les directeurs des établissements membres en ce qui concerne les fonctions mutualisées. Bien loin de la simple délégation, la réglementation détermine clairement le transfert de compétences effectué à l'attention du directeur de l'établissement support pour organiser ces fonctions mutualisées³²². Néanmoins, le périmètre des fonctions mutualisées peut ne pas recouper l'ensemble des actes administratifs pris dans le cadre d'un processus. Il en est ainsi de la fonction achat mutualisée ne prévoyant pas une exécution des marchés par l'établissement support mais par chacun des établissements membres dans le respect de leur autonomie³²³. Or, selon le niveau de centralisation des processus considérés, les mêmes agents d'un établissement membre peuvent à la fois procéder à des opérations relevant de la fonction mutualisée, placée sous la responsabilité du directeur de l'établissement support, et des opérations relevant encore de l'autonomie de chaque établissement membre. La réglementation relative aux groupements hospitaliers de territoire prévoit alors un véritable dédoublement de l'autorité hiérarchique et des règles spécifiques de délégation de signature à ces agents³²⁴. La mise en œuvre concrète des groupements hospitaliers

³²² Sur la qualification de transfert de compétences des fonctions mutualisées, voir le **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « Art. 2. – Les compétences nécessaires à la mise en œuvre des fonctions mentionnées au I de l'article L. 6132-3 sont transférées au directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire au 1er janvier 2018, sauf si une date antérieure a été prévue à cet effet par la convention constitutive de ce groupement. »

³²³ Pour rappel concernant les contours de la fonction achat du groupement hospitalier de territoire, se référer au **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance no 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics. L'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance. »

³²⁴ Sur le dédoublement de fait de l'autorité investie du pouvoir de nomination, voir les termes du **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 6132-21-1. – I. – Les agents qui assurent les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 sont nommés dans leurs fonctions, pour le compte des établissements parties, par le directeur de l'établissement support selon l'organisation et le fonctionnement du groupement prévus par la convention constitutive du groupement. II. – Le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition pour assurer les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3. »

de territoire placent ainsi des agents sous une double ligne hiérarchique pouvant être contradictoire. En cas de conflit, nous pouvons nous interroger sur le chef d'établissement qui disposera réellement du pouvoir décisionnaire.

218. Ainsi, le comité stratégique aurait pu être la seule instance maintenant la fiction de la coopération égalitaire entre les établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire. L'absence de pouvoir propre de son président, la pratique de son animation et l'assimilation entre le groupement et l'établissement support conduisent au contraire à une confusion des responsabilités solutionnée de fait par la centralisation des pouvoirs autour du directeur de l'établissement support. A mesure que les groupements hospitaliers de territoire verront leurs compétences s'accroître, cette tension ne sera qu'exacerbée rendant impensable le maintien d'une double dualité, d'une part entre le président du comité stratégique et le directeur de l'établissement support, et d'autre part entre des autorités investis du pouvoir de nomination en conflit de légitimité. Les ingrédients sont ainsi présents pour aboutir à une clarification par l'intégration des établissements membres.

B) Une absence de capacité ultime d'arbitrage

219. Cet enchevêtrement des responsabilités entre les acteurs du groupement hospitalier de territoire pose clairement la question de la capacité d'arbitrage en dernier ressort. Quel est *in fine* le décideur au sein du groupement et quel mode de résolution des conflits est envisagé en l'absence de convergence des points de vue ? Il s'agit bien là d'un point d'achoppement majeur dans la mesure où la réponse à cette interrogation est justement qu'il n'y a pas juridiquement d'arbitre ultime et que les acteurs sont par conséquent condamnés à l'entente. Nous nous interrogerons d'abord sur le positionnement de chef de file de l'établissement support (a), puis nous conviendrons de l'absence de mécanisme de résolution des conflits au sein du groupement hospitalier de territoire (b).

a. L'établissement support, un véritable chef de file ?

220. La confusion des responsabilités au sein des groupements hospitaliers de territoire a conduit à un glissement de fait du président du comité stratégique vers le directeur de l'établissement support. La question peut se poser également pour l'établissement support en

tant que tel. L'établissement support doit-il être considéré comme un chef de file³²⁵ des établissements publics de santé dans son territoire ? La réponse pourrait être de constater qu'il revient bien à cet établissement d'assumer des fonctions mutualisées conséquentes traduisant sa primauté par rapport aux autres établissements membres. Cette affirmation pourrait être appuyée par le fait que malgré l'approche initiale conduisant à faire de l'établissement support un délégataire des compétences des établissements membres, son directeur est bénéficiaire réglementairement d'un transfert de compétences³²⁶. De même, il est légitimement attendu de l'établissement support qu'il irrigue autant que possible les autres établissements membres de compétences médicales grâce à son effet taille lui permettant de disposer d'un effectif médical plus étoffé et d'un ensemble de disciplines plus important.

221. Pour autant, les établissements membres conservent leur pleine autonomie de gestion sur l'ensemble des autres activités. Rien n'empêche par exemple un établissement membre d'avoir une politique salariale plus attractive créant ainsi une concurrence entre établissements du groupement pour certains profils spécialisés. Le directeur de l'établissement support n'aura pas de prérogatives pour exiger que cessent de telles pratiques, du moins tant que les établissements membres du groupement n'auront pas décidé conjointement d'activer un droit d'option permettant d'étendre les compétences dévolues à l'établissement support comme cela est possible pour l'ensemble des matières administratives, logistiques et techniques.

222. Aussi, nous pouvons en conclure que l'établissement support est bien le chef de file du groupement hospitalier de territoire mais qu'il exerce ce rôle avec une intensité variable. Dans le champ des fonctions mutualisées, il remplit pleinement cette fonction de chef de file en les assumant pour le compte de la collectivité. Cependant, en-dehors de ce champ, ne bénéficiant d'aucun transfert de compétences, l'établissement support exerce ce rôle par le biais d'une

³²⁵ Sur la notion de chef de file, voir par exemple : **BAUMARD Albéric**, « L'action commune entre collectivités territoriales : la collectivité territoriale chef de file », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Hervé RIHAL, Université d'Angers, novembre 2012. Et pour illustration, voir : **MARCOU Gérard**, « Développement économique : la région, chef de file ? », Revue française d'administration publique, n°04 2015, pages 1037-1048. **FRIGOLI Gilles**, « Le rôle du département en tant que chef de file dans le domaine de l'insertion », Informations sociales, n°06 2010, pages 76-84. **PONTIER Jean-Marie**, « Collectivités territoriales : Pour une reconnaissance de la notion de collectivité chef de file », La Revue administrative, n°328 2002, pages 402-407. **JANICOT Laëtitia**, « La fonction de collectivité chef de file », Revue française de droit administratif, n°03 2014, pages 472-480.

³²⁶ Concernant le transfert de compétences, consulter : **MEUNIER Benjamin**, « Les règles relatives aux transferts de compétences entre collectivités publiques », thèse de droit public, sous la direction du Professeur Claude DEVES, Université d'Auvergne – Clermont-Ferrand I, novembre 2006, 298 pages. **DEGOFFE Michel**, **DREYFUS Jean-David**, « Transfert de compétences et conventions dans le droit de l'intercommunalité », AJDA, n°10 2001, pages 807-819. **PONTIER Jean-Marie**, « La redéfinition des compétences : à la recherche de la cohérence », Revue du droit public, n°5 septembre 2015, pages 1241-1254.

coordination non contraignante et ne peut utiliser qu'une force de conviction sans aller à une situation de blocage qu'il ne serait pas en mesure d'arbitrer.

b. L'absence de mécanismes de résolution des conflits

223. L'établissement support doit être le chef de file du groupement hospitalier de territoire, même s'il n'exerce pas son autorité sur les autres établissements membres, ce qui pose alors la question de la résolution des conflits intervenant entre membres³²⁷. Plusieurs situations peuvent se présenter en la matière, et doivent être précisées par la convention constitutive du groupement afin de s'assurer de leur opérationnalité. Il peut s'agir d'un conflit entre plusieurs établissements membres du groupement, le directeur de l'établissement support pouvant alors servir de médiateur entre les parties avant que dans un second temps, le comité stratégique puisse en tant que tel être saisi du litige afin de trouver une solution. Bien évidemment, il convient soit que le comité stratégique dispose de compétences dans le champ du litige, soit que les parties acceptent que le comité stratégique puisse remplir ce rôle même en l'absence de compétences réglementaires. L'objectif est de réguler les litiges au sein du groupement afin de maintenir une solidarité territoriale indispensable au déploiement d'un projet médical partagé. Puis en cas d'échec de ces initiatives précontentieuses, la juridiction compétente pourrait être saisie si le litige devait être judiciairisé. La situation s'avère plus complexe si l'une des parties au litige est l'établissement support du groupement. L'intervention du comité stratégique serait soumise en premier lieu à la volonté de son président, par ailleurs directeur de l'établissement support, à inscrire un tel sujet à l'ordre du jour. De plus, l'établissement support étant détenteur du pouvoir médical, au sens de la capacité à mettre à disposition du temps médical au bénéfice des autres établissements membres, il paraît difficile de placer les autres membres du comité stratégique dans une position de choix. Le risque de judiciarisation du litige resterait alors l'option la plus plausible.

224. Le croisement des responsabilités entre les acteurs d'un groupement crée des zones grises propices à la génération de conflits entre les membres. Or, l'établissement support n'est pas juridiquement légitime à imposer sa volonté aux autres établissements membres, et les

³²⁷ Sur la question de la résolution des conflits dans les organisations complexes, voir par exemple : **KORBI Fadia Bahri, BEN JEMAA-BOUBAYA Kaouther, CHERIET Foued**, « Gérer les conflits inter-organisationnels dans les alliances stratégiques internationales : prévenir ou guérir ? », *Management & Avenir*, n°07 2019, pages 39-61. **MNOOKIN Robert**, « Surmonter les obstacles dans la résolution des conflits », *Revue française de gestion*, n°06 2004, pages 237-254.

modes de résolution non-contentieuse des conflits semblent partiels. Aussi, la prise de décision ultime au sein d'un groupement hospitalier de territoire dépend finalement non plus du droit mais de la volonté des acteurs. Un groupement hospitalier de territoire fonctionnera ou dysfonctionnera essentiellement du fait de la capacité ou non du directeur de l'établissement support à être légitime, non pas juridiquement au sens de la domination rationnelle légale dans l'acception wébérienne³²⁸, mais bien au sens de la domination traditionnelle de la structure, liée par exemple à la distinction symbolique entre un centre hospitalier et un centre hospitalier universitaire, ou à la domination charismatique attachée au directeur de l'établissement support. La domination traditionnelle permettrait dans cet exemple un fonctionnement plus durable que la domination charismatique pouvant être remise en cause lors de chaque changement de directeur de l'établissement support.

Section II : Des compétences administratives incertaines

225. La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire s'est avérée complexe, notamment pour des territoires au sein desquels les acteurs n'avaient pas une tradition de coopération ou étaient même dans l'opposition. Ce déploiement des groupements était d'autant plus délicat que leur architecture institutionnelle conduit à une absence de lisibilité des responsabilités entre les acteurs, et notamment entre l'établissement support et le reste des établissements membres, et ceci sans possibilité claire de résolution des conflits pouvant naître. Les groupements hospitaliers de territoire reposent ainsi pour une grande partie sur la capacité de l'établissement support à apparaître légitime à conduire la destinée collective des établissements du groupement. Au-delà des aspects liés à leur gouvernance, la complexité dans la mise en place des groupements a également rejailli dans le champ des fonctions mutualisées dans la mesure où leur périmètre même fût une source d'incertitude forte et leur déploiement a remis en cause des modes de fonctionnement au sein de chacun des établissements membres.

226. La fonction achat mutualisée a ainsi modifié profondément les pratiques des établissements membres (paragraphe I), tandis que les autres fonctions supports ont aussi pu entraîner des ajustements importants (paragraphe II).

³²⁸ WEBER Max, « *Economie et société – Tome I Les catégories de la sociologie* », Pocket, 2003, 416 pages.

Paragraphe I : Une fonction achat mutualisée modifiant profondément les pratiques

227. La fonction achat mutualisée apparaît comme une évidence afin de faciliter le déploiement du projet médical partagé et l'exercice des équipes médicales de territoire. Pour ce faire, il convient que les équipes concernées travaillent avec les mêmes équipements et les mêmes produits. L'achat par conséquent doit s'effectuer en commun entre les établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire. Cette massification de l'achat public doit entraîner deux autres conséquences³²⁹. Tout d'abord, une sécurisation des pratiques d'achat qui sont désormais d'un volume financier considérable, conduisant à une professionnalisation de l'achat hospitalier. Par ailleurs, la massification doit engendrer des gains sur achats dans la continuité des démarches engagées ces dernières années dans le cadre du programme national PHARE mis en place par le ministère en charge de la santé. Néanmoins, la mise en place de la fonction achat mutualisée entraîne un bouleversement juridique et modifie largement les pratiques des établissements.

228. La fonction achat mutualisée constitue en effet un transfert de compétences ayant de multiples conséquences juridiques (A), et conduisant à remodeler profondément les pratiques d'achat (B).

³²⁹ Voir en ce sens : **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages et particulièrement pages 10-11 : « *La mutualisation de la fonction achat au sein des GHT s'inscrit dans le cadre plus général de la politique d'optimisation des achats hospitaliers et permet : O de réunir des établissements ayant des niveaux de maturité achat, des organisations et processus achat souvent hétérogènes ; O d'utiliser toutes les expertises existantes dans l'intérêt commun du GHT et de capter les synergies entre les établissements du GHT. Un potentiel élevé de mise en commun de moyens techniques et de processus existe. Il s'agit ainsi de mutualiser entre les établissements supports et parties des moyens techniques ainsi que les expertises et ressources rares (experts achats, contrôle de gestion achat...) ; O d'assurer la satisfaction des besoins de tous les établissements du GHT, notamment ceux liés au projet médical partagé du GHT en veillant au respect d'un haut niveau de qualité ; O de recentrer le rôle de l'acheteur sur les missions stratégiques de l'achat. L'essentiel de la valeur de l'achat est créé en amont des procédures de passation. Près de deux tiers des gains sont issus du dialogue entre l'acheteur et le prescripteur d'achat en mobilisant des leviers de performance notamment via la définition du juste besoin, l'optimisation des stratégies d'achat, mais aussi en aval, à travers les retours d'expérience, l'évaluation des fournisseurs... O de renforcer les réseaux des acheteurs hospitaliers (directeurs des achats, acheteurs segments, juristes, partage des bonnes pratiques, benchmark prix...) ; O de franchir de nouveaux paliers de performance économique, notamment à travers des actions transverses aux établissements ; O de préciser les relations avec les opérateurs d'achat mutualisés afin d'avoir un dispositif lisible pour les établissements/GHT, attractif pour les industriels et au bout du compte, de maximiser la valeur créée pour les établissements. Au-delà de la mise en place opérationnelle de la fonction achat de GHT mutualisée, une mobilisation régulière des GHT sera nécessaire sur la mise en œuvre efficiente des plans d'actions achat de GHT, vecteurs majeurs de production de gains d'achats.* ». Et également : **DONNY Alexandra**, « Piloter la performance de la fonction achat en GHT », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 53-54. **ESCURAT Charles-Edouard**, « Organiser la fonction achat », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 44-46.

A) Un transfert de compétences aux multiples conséquences juridiques

229. L'instauration d'une fonction achat mutualisée a conduit à transférer des compétences des directeurs des établissements membres vers le directeur de l'établissement support, notamment le pouvoir adjudicateur, et l'ensemble des procédures juridiques liées à l'achat ont dû être révisées pour entrer dans ce nouveau cadre territorial. Si désormais cette fonction est bien établie, sa mise en place a conduit à de nombreuses interrogations du fait de la remise en cause importante des responsabilités des différents acteurs.

230. Ce transfert de compétences a entraîné un nouvel ordonnancement juridique de la fonction achat (a), tout en ayant conduit temporairement à une gestion incertaine lors de sa mise en application (b).

a. Un transfert de compétences entraînant un nouvel ordonnancement juridique de la fonction achat

231. La constitution de fonctions mutualisées, et notamment de la fonction achat, a créé une hiérarchie de fait au sein du corps des directeurs d'hôpital étant chefs d'établissements. La législation a été ainsi modifiée pour octroyer une compétence générale au directeur de l'établissement support dans le champ de ces fonctions mutualisées³³⁰. Il ne s'agit pas là d'une délégation de compétences avec un contrôle effectué par les directeurs des établissements membres comme l'esprit initial de la législation relative aux groupements hospitaliers de territoire le prévoyait. Cette modification des pouvoirs du directeur de l'établissement support suppose au contraire un transfert de compétences définitif, entraînant par incidence un transfert de responsabilité. Le transfert de compétences implique que le directeur de l'établissement support, dans le champ des fonctions mutualisées, conduit la politique générale, devient le

³³⁰ Sur les compétences générales du directeur de l'établissement support en matière de fonctions mutualisées, se référer à l'**article L.6143-7 du code de la santé publique** : « Le directeur, président du directoire, 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. Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. (...) Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret. Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3. ». Sur le thème de la profession de directeur d'hôpital, consulter par exemple : **SCHWEYER François-Xavier**, « Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital », Revue européenne des sciences sociales, n°03 2006, pages 45-60.

représentant légal, est l'autorité investie du pouvoir de nomination³³¹ ou encore l'ordonnateur des dépenses et des recettes. En matière de marchés publics, le directeur de l'établissement support devient de ce fait le pouvoir adjudicateur³³² unique pour l'ensemble des établissements publics de santé du territoire. Nous pouvons noter que normalement le pouvoir d'ordonnateur n'étant pas divisible, le directeur de l'établissement support aurait dû l'être pour l'ensemble des opérations de dépenses afférentes à la fonction achat mutualisée. Cela aurait dû conduire à une centralisation des dépenses au niveau de l'établissement support à travers le budget annexe consacré au groupement hospitalier de territoire. Pourtant, la législation a prévu un transfert de compétences d'une partie seulement du processus de l'achat public³³³. Ainsi, l'établissement membre reste compétent pour l'exécution des marchés et donc l'ordonnancement final des dépenses, le pouvoir d'ordonnateur devenant alors double au sein des établissements membres. Il est à noter que le transfert de compétences vers l'établissement support s'assure de la sécurisation juridique des procédures et de la réalisation des gains sur achats mais ne s'attache pas à l'exécution du marché, ni même à l'approvisionnement en résultant. Ces transferts devaient s'effectuer de façon définitive au plus tard au 1^{er} janvier 2018³³⁴.

³³¹ Sur l'autorité reconnue au directeur de l'établissement support, voir le **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « (...) *Les agents qui assurent les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 sont nommés dans leurs fonctions, pour le compte des établissements parties, par le directeur de l'établissement support selon l'organisation et le fonctionnement du groupement prévus par la convention constitutive du groupement.* »

³³² Sur la notion de pouvoir adjudicateur, consulter notamment : **GRIMANDI Margot**, « La mutualisation des achats entre pouvoirs adjudicateurs dans le droit des marchés publics », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Gweltaz EVEILLARD, Université Rennes I, janvier 2020. Le transfert de ce pouvoir adjudicateur conduit à ne pas avoir besoin de créer un vecteur juridique d'achats groupés dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, comme le confirme : **MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages et particulièrement page 22 : « *Le dispositif légal de transfert de compétences en matière de passation de marchés publics à l'établissement support équivaut à lui conférer des facultés analogues à celles des formules d'achats groupés ou centralisés prévus par l'ordonnance no 2015-899 du 23 juillet 2015. Il est donc considéré qu'il n'est pas nécessaire de « doubler » le GHT d'une formule d'achats groupés ou centralisés prévue par l'ordonnance dite « marchés publics » de 2015.* »

³³³ Concernant les missions dévolues à la fonction achat mutualisée, voir le **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « (...) *L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics. L'établissement partie au groupement hospitalier de territoire assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance.* ». Voir également : **LEGOUGE Dominique**, « Construire une fonction achat mutualisée de territoire », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, page 43.

³³⁴ Sur l'échéance portant mise en place de la fonction achat mutualisée, voir le **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « (...) *Les compétences nécessaires à la mise en œuvre des fonctions mentionnées au I de l'article L. 6132-3 sont transférées au directeur de*

232. Néanmoins, les compétences transférées ne peuvent pas être assumées directement par le directeur de l'établissement support, celui-ci doit en revanche organiser la fonction achat mutualisée et comme pour toute procédure, prévoir des modalités de délégation de signature. Le schéma de délégation est double pour la fonction achat puisque le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature pour mener à bien les actions nécessaires au fonctionnement de la fonction achat mutualisée, et fait une telle délégation à un directeur adjoint de l'établissement support pouvant le cas échéant signer les actes nécessaires à la passation des marchés publics. Cependant, la vie d'un établissement de santé suppose des dépenses imprévues dont l'urgence ne permettra pas de prendre le temps de saisir l'établissement support sans remettre en cause la continuité de fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement support doit ainsi prévoir de déléguer sa signature au sein de chacun des établissements membres pour les menues dépenses, les dépenses ayant un caractère impérieux d'urgence ou par exemple pour le déclenchement de marchés subséquents. Pour permettre un tel fonctionnement, le directeur de l'établissement support doit pouvoir déléguer sa signature à un agent sur lequel il bénéficie de l'autorité hiérarchique³³⁵, ce qui n'est bien évidemment pas le cas vis-à-vis des autres chefs d'établissements ou des agents des établissements membres dont le poste n'aurait pas été transféré à l'établissement support du fait de la mutualisation de la fonction achat. La réglementation a par conséquent fait un choix novateur pour contourner cet écueil. L'autorité investie du pouvoir de nomination, c'est-à-dire l'autorité hiérarchique, n'est pas reconnue pour les agents mis à la disposition d'un établissement, le directeur a alors une autorité fonctionnelle sur cet agent, ce qui empêche théoriquement de prévoir un mécanisme de délégation de signature à son bénéfice. Il s'agit pourtant du dispositif qui a été mis en place pour les groupements hospitaliers de territoire³³⁶.

l'établissement support du groupement hospitalier de territoire au 1er janvier 2018, sauf si une date antérieure a été prévue à cet effet par la convention constitutive de ce groupement. »

³³⁵ De façon générale sur la capacité de délégation de signature d'un directeur d'hôpital, se référer à l'**article D.6143-33 du code de la santé publique** : « Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature. ».

³³⁶ Sur les modalités de délégation de signature du directeur de l'établissement support, consulter le **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « (...) Le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition pour assurer les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3. ». Notre interprétation de la réglementation s'avère confirmée par : **MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages et particulièrement page 34 : « Il peut être procédé à des délégations de signature de la part du directeur de l'établissement support à certains membres de la fonction achat afin de faciliter le caractère opérationnel des circuits de signature et la fluidité du processus de notification des marchés. Ces délégations de signature peuvent comporter des délimitations de périmètre ou de montant variables en fonction des organisations et des choix propres à chaque

233. La fonction achat mutualisée suppose donc une centralisation de la passation du marché du fait du transfert du pouvoir adjudicateur au directeur de l'établissement support. Afin de déterminer le cahier des clauses techniques particulières du marché, il convient de déterminer le besoin à couvrir³³⁷ et de déterminer l'enveloppe financière estimative. Ce dernier élément va induire la stratégie d'achat et le choix de la procédure d'achat à utiliser en l'espèce au regard des seuils financiers atteints. Une opération engendrée par la fonction achat mutualisée consiste désormais à réaliser la computation des seuils au niveau du territoire³³⁸, chaque établissement membre devant transmettre à l'établissement support sa consommation financière présente et prévisionnelle pour le segment d'achat devant faire l'objet d'un marché. Au regard de ces dépenses cumulées, l'établissement support pourra en déduire la procédure d'achat adéquate et le niveau de formalisation rendu nécessaire pour la passation du marché. Ces opérations sont indispensables afin de respecter les règles de la commande publique, mais peuvent s'avérer chronophages et complexes en l'absence d'un logiciel de gestion économique et financière commun aux établissements membres d'un groupement. Aussi, il est constaté de façon croissante un recours des groupements à des achats portés par des centrales d'achats nationales ou régionales spécialisées dans le secteur de la santé ; mais cette pratique entraîne un double phénomène. Tout d'abord, au risque de pratiquer de façon systématique et fine l'allotissement

GHT. • Il est conseillé de mettre en place des délégations de signature a minima aux membres de l'équipe rapprochée du directeur de la fonction achat. • Il pourra bien entendu être procédé à des délégations de signature à d'autres agents de la fonction achat, à condition que ces agents soient directement employés par l'établissement support ou mis à disposition de celui-ci (même partiellement). Cela n'implique pas nécessairement de modification de l'affectation géographique des agents concernés. ».

³³⁷ Il est à noter que l'établissement support n'a cependant pas un pouvoir d'opportunité concernant l'appréciation du besoin formulé par un établissement membre comme le rappelle l'**instruction interministérielle n°DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017** relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire (page 8) : « A l'inverse, n'entrent pas dans le périmètre de la fonction achats mutualisée et continuent à relever de chacun des établissements parties au GHT : l'identification des besoins (et par là l'appréciation de leur opportunité) ainsi que l'exécution des marchés au sens de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 (à l'exclusion de la passation des avenants). Pour ce qui concerne l'identification et l'opportunité des besoins, chaque établissement partie demeure compétent pour arrêter sa stratégie d'investissement. »

³³⁸ En ce sens, voir : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et notamment page 104 : « (...) Juridiquement, les établissements parties au GHT ne disposent plus de la capacité de passer et de conclure en leur nom propre des marchés²⁸⁹. Dès lors, le calcul de la valeur estimée du besoin pour la détermination des seuils de procédure applicables doit donc être effectué au niveau du GHT et non au niveau de chaque établissement. L'article R. 6132-16 du code de la santé publique transfère à l'établissement support la responsabilité de la passation du marché dès le premier euro²⁹⁰. Ainsi, l'établissement support est responsable de la passation des marchés pour tous les achats, y compris ceux réalisés en deçà du seuil des 25 000 € hors taxes. Dans ce cadre, et en application de l'article 21 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, les établissements sont tenus de respecter la règle de la computation des seuils, qui exige de prendre en compte la valeur totale des fournitures ou des services considérés comme homogènes pour l'ensemble des établissements du GHT, afin d'apprécier la procédure de marchés publics à appliquer au regard des seuils. Cette procédure de computation des seuils ne s'applique pas aux opérateurs externes de mutualisation : groupements de commande ou centrales d'achats. »

des marchés, les fournisseurs historiques des différents établissements membres pris isolément ne sont plus en capacité de s'engager sur les volumes globaux d'achat générés par l'ensemble des établissements du groupement. Seuls les fournisseurs de dimension nationale, voire internationale, peuvent assumer de tels engagements. Par ailleurs, le recours à des centrales d'achat, c'est-à-dire à des marchés déjà négociés, permet de s'extraire du formalisme et de la durée des procédures d'achat classiques.

234. Cette nouvelle organisation territoriale des achats induit également un changement d'organisation au niveau des trésoreries hospitalières dépendant des directions départementales des finances publiques. La nouvelle procédure d'achat au sein des groupements hospitaliers de territoire suppose que la trésorerie de l'établissement support s'assure de la véracité de la computation des seuils. Le contrôle exercé ensuite sur les pièces justificatives de la passation de marchés en elle-même ne diffère pas, mais son volume de traitement s'est considérablement accru. Le changement est majeur pour les trésoreries des établissements membres devant valider l'ordonnancement des dépenses liées à l'exécution des marchés. Elles doivent désormais s'assurer que le marché à l'appui de la dépense a bien été signé par le directeur de l'établissement support ou son délégataire. Ceci suppose la transmission d'une lourde documentation entre l'établissement support et l'ensemble des trésoreries du territoire. Ces dernières doivent enfin vérifier que l'établissement membre ne signe des achats que dans le cadre de la délégation stricte réalisée par le directeur de l'établissement support, notamment pour les achats urgents. Ces nouvelles procédures enchevêtrées entre trésoreries de différents établissements rendent nécessaire la réalisation de points d'échange réguliers entre l'ensemble des établissements du groupement et l'ensemble des trésoreries concernées³³⁹ afin d'identifier les pratiques pouvant créer un risque juridique et financier et mettre en œuvre des actions correctrices³⁴⁰.

235. Malgré la complexité de ce nouveau processus d'achat mutualisé, les procédures inhérentes à son fonctionnement ne semblent pas remises en cause, même s'il convient d'être attentif au respect du champ de délégation accordé au sein de chaque établissement membre. Par contre, cette centralisation contient en elle-même un risque réel d'allongement des délais de procédure. Etant donné les volumes financiers en jeu et l'objectif d'harmonisation des

³³⁹ Nous pouvons noter en parallèle une démarche générale aux services de la Direction générale des finances publiques tendant à un regroupement des trésoreries hospitalières avec un objectif de constituer autant que possible une seule trésorerie spécialisée par département.

³⁴⁰ Voir en ce sens : **LEGENTIL Cécile**, « Maîtriser les outils juridiques de la fonction achat », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 47-50.

achats, cet écueil semble être acceptable comparativement à la nécessaire sécurisation et professionnalisation de l'achat public.

b. Un transfert de compétences à la gestion incertaine

236. Cette nouvelle organisation s'avère d'autant plus complexe qu'une période de convergence a été nécessaire à la mise en place de la fonction achat mutualisée. Si les fonctions mutualisées devaient être pleinement constituées au plus tard au 1^{er} janvier 2018, il était impossible en à peine un an et demi de mettre en place une telle organisation et de régler l'historique des dossiers, en l'espèce des marchés publics en cours. Une période de convergence progressive des marchés des établissements membres a ainsi été indispensable jusqu'à la fin de l'année 2020. Plusieurs options juridiques sont alors possibles pour gérer cette convergence progressive. L'établissement support peut demander le transfert du marché³⁴¹, ce qui supposerait l'accord du titulaire du marché et une dépense qui serait alors assumée directement par l'établissement. Il est envisageable au contraire d'attendre progressivement l'échéance des différents marchés en cours, mais alors la difficulté va résider dans le fait que les différents établissements membres ont pour un même segment d'achat des dates différentes d'échéance de marché. Par conséquent, il pourrait être retenu une stratégie de résiliation unilatérale des marchés en cours pour en relancer un nouveau au niveau territorial. Bien entendu, une telle démarche achoppe rapidement sur la question des pénalités dûment exigibles par les titulaires des marchés existants³⁴². Aussi, la solution paraissant la plus opportune semble être de

³⁴¹ Se référer à **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages et particulièrement page 99 : « *La cession d'un marché par changement de pouvoir adjudicateur entre un établissement partie et un établissement support est possible, sous réserve du consentement du titulaire du marché. Une décision du Conseil d'État (CE, 25 octobre 1978, OCIB, no 99491) a précisé la nécessité d'obtenir le consentement du titulaire du marché, faute de quoi la cession lui est inopposable. Le Conseil d'État a, dans un important avis de la section des Finances, défini cette notion : « La cession d'un marché [...] doit s'entendre de la reprise pure et simple, par le cessionnaire qui constitue son nouveau titulaire, de l'ensemble des droits et obligations résultant du précédent contrat. Elle ne saurait être assortie d'une remise en cause des éléments essentiels. » Une cession de marché d'un établissement partie vers l'établissement support est donc possible en conservant les éléments essentiels du marché et sous réserve du consentement du titulaire du marché. »*

³⁴² Cette solution n'est en effet pas privilégiée dans la doctrine administrative, voir en ce sens : **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages et particulièrement page 102 : « (...) La légalité d'une telle décision suppose qu'elle soit fondée sur un motif d'intérêt général. Dès lors que la convergence des marchés n'est pas directement requise par la mise en place d'une fonction achat commune, il paraît peu prudent de s'appuyer sur un tel motif... En tout état de cause, il convient de relever que ce type de décision peut s'avérer relativement onéreux pour l'administration, puisque la

s'entendre entre établissements du groupement sur une date de passation d'un nouveau marché commun, et de procéder à des avenants de reconduction des marchés existants jusqu'à cette date alignant désormais les nouvelles échéances de chacun. Bien entendu, cette solution suppose la réalisation de plusieurs centaines d'avenants et constitue un coût de fonctionnement non négligeable.

237. Cette tâche est d'autant plus fastidieuse que le périmètre de la fonction achat mutualisée couvre l'ensemble des marchés publics quel que soit la procédure utilisée comme un appel d'offres ou un dialogue compétitif. Il intègre également l'ensemble des segments d'achat que ceux-ci correspondent à des achats d'exploitation ou à des dépenses d'investissement. A l'inverse, les autres contrats à titre onéreux, comme une délégation de service public, ne sont pas visés par cette mutualisation. Pour autant, il pourrait s'avérer pertinent de les inclure dans le champ de la fonction achat mutualisée si les établissements membres s'accordent sur une telle extension du champ réglementaire. Mais, du fait de leur nature particulière et de leur importance stratégique, une incertitude s'est rapidement faite jour concernant l'application de la fonction achat mutualisée aux marchés de travaux étant encadrés par une loi spécifique³⁴³. La doctrine administrative³⁴⁴ du ministère en charge de la santé a permis de résoudre cette interrogation en ayant recours au principe de la dérogation aux dispositions d'une loi générale par une loi spéciale³⁴⁵. En l'occurrence, la doctrine a considéré que la loi du 26 janvier 2016 instaurant les groupements hospitaliers de territoire avait voulu déroger aux principes de la loi encadrant les marchés de travaux. De façon opportune, la doctrine a précisé que seule la passation de marchés était de la responsabilité de l'établissement support et en aucun cas les

résiliation pour motif d'intérêt général donne droit à une indemnisation intégrale du préjudice subi par le cocontractant. ».

³⁴³ Se référer à la **loi n° 85-704 du 12 juillet 1985** relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée (MOP). Voir à ce sujet : **NGUEUKAM-KAMENI Vitale**, « La maîtrise d'ouvrage : étude comparée des missions et pouvoirs des maîtres d'ouvrage publics et des maîtres d'ouvrage privés », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Michel GUIBAL, Université de Montpellier I, 2001.

³⁴⁴ Une telle doctrine a par ailleurs été rendue possible par la professionnalisation et la spécialisation de l'administration centrale en charge de la gestion des hôpitaux, voir en ce sens : **GAY Renaud**, « La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée – Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010) », RFAP, n°02 2020, pages 329-349.

³⁴⁵ Voir en ce sens : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « La fonction achat des GHT – Guide méthodologie », mai 2017, 202 pages et particulièrement page 16 : « (...) *En l'espèce, la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 prévoit, en son article 107, que l'établissement support désigné par la convention constitutive de chaque GHT assure la fonction achat pour le compte des établissements membres du groupement. Il ne ressort ni de la lettre de ce texte ni des travaux parlementaires que le législateur a entendu réserver ce transfert de compétence aux seuls achats de fournitures et de services. Compte tenu du principe qu'une loi spéciale a, par nature, pour effet de déroger à la loi générale, conformément à l'adage « specialia generalibus derogant », il convient de considérer que les dispositions législatives relatives aux GHT dérogent aux dispositions générales de la loi MOP. »*

éléments de cadrage tel que la définition du besoin ou la détermination de l'enveloppe financière de l'opération.

B) Des pratiques d'achat profondément remodelées

238. Le cadre juridique de la fonction achat mutualisée des groupements hospitaliers de territoire a constitué une source d'interrogation importante lors de la création des groupements. Progressivement des réponses ont pu être apportées et la sécurisation juridique de cette fonction et des procédures gérées par elle semble désormais assurée. Il n'en reste pas moins que cette transformation administrative et les règles juridiques qu'elle emporte ont généré un changement profond des pratiques d'achat par les établissements publics de santé. Les stratégies d'achat ont été révisées à l'aune des groupements hospitaliers de territoire (a), mettant ainsi en lumière la difficile articulation de celles-ci avec les pratiques locales d'achat public (b).

a. Des stratégies d'achat revues à l'aune des groupements hospitaliers de territoire

239. Si la fonction achat mutualisée participe indirectement à l'objectif de la mise en place d'une organisation territoriale de l'offre de soins, elle poursuit en priorité le second objectif assigné aux groupements, en l'occurrence la rationalisation des modes de gestion par leur mutualisation. Exprimer autrement, il s'agit bien d'aboutir à des économies financières en gagnant en effet-taille de ces fonctions dont l'existence en miroir au sein de chaque établissement membre constitue une dépense sans doute indue et ne favorise pas la professionnalisation nécessaire de ces fonctions³⁴⁶. La fonction achat n'était pas exempte d'une

³⁴⁶ Sur la priorisation à réaliser entre les deux objectifs des groupements hospitaliers de territoire, voir : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et notamment pages 42-43 : « Réussir la mise en œuvre de GHT suppose d'avoir un discours clair sur les ambitions de la mesure. Il ne faut en effet pas se tromper d'objectif : les GHT ont bien été conçus pour optimiser le maillage territorial et la gradation des soins hospitaliers. Si nous avons la conviction que cette optimisation des organisations territoriales est de nature à générer des marges d'efficience, cela ne doit en aucun cas devenir l'objectif prioritaire. Si tel était le cas, il y a fort à parier que les communautés hospitalières concentreront leurs efforts dans la mutualisation de leur blanchisserie plutôt que dans l'élaboration d'un véritable projet de prise en charge territorialisé. Or, depuis le début de notre mission, nous avons eu l'occasion d'entendre des discours divergents, créant la plus grande confusion chez les acteurs hospitaliers. L'inscription des GHT dans le plan triennal d'économies contribue probablement à cette confusion. Nous avons donc proposé, dans la loi, de clarifier l'objectif des GHT en introduisant les notions d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, de gradation, de proximité, de recours et référence, etc. Cet aménagement de l'article du projet de loi de santé

telle démarche avant même la création des groupements hospitaliers de territoire puisque chaque année, l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie est inférieur à l'évolution naturelle des charges des établissements de santé. Pour combler cet écart, il est nécessaire de réaliser des économies et au fil des ans, celles-ci ont en grande partie reposé sur les achats hospitaliers. Pour accompagner cette démarche, la Direction Générale de l'Offre de Soins a lancé en 2011 le programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) visant à partager les bonnes pratiques et à accompagner les établissements de santé dans la structuration de leur fonction achat avec comme objectif final de réaliser des gains sur achats. La dynamique souhaitée par la création des groupements hospitaliers de territoire poursuit le même chemin. Les gains sur achats réalisés précédemment étaient importants, mais le levier premier de négociation des prix avec les fournisseurs reste le volume d'achat. Aussi, le groupement va, du fait de la fonction achat mutualisée, agglomérer les volumes d'achat de tous les établissements membres et ainsi disposer d'une force de négociation renforcée.

240. Pour emporter la dynamique de gains sur achats assignée aux groupements, l'établissement support élabore un plan d'actions achat territorial³⁴⁷. La doctrine administrative de la Direction Générale de l'Offre de Soins définit les différentes étapes nécessaires à l'élaboration de ce plan d'actions. A l'aide d'une cartographie des achats réalisés, ce plan d'actions vise en priorité à déterminer les segments d'achats pour lesquels les gains potentiels apparaissent les plus importants. Ce plan d'actions sera nécessairement pluriannuel et évoluera en cohérence avec la convergence progressive des marchés des établissements membres. Sur la base du plan d'actions achat territorial, l'établissement support propose ensuite des stratégies d'achat en adéquation avec la spécificité et le potentiel d'économie de chaque catégorie d'achat. Selon les cas, la réalisation d'un marché porté par le groupement ou au contraire le recours à une centrale d'achat va être déterminé. De même, la spécificité de l'achat en question peut conduire à prévoir un marché mono attributaire ou pluri attributaires, un marché à lot unique ou un marché avec allotissement.

permet ainsi de positionner les mutualisations rendues obligatoires comme des leviers de mise en œuvre du projet médical partagé, et non comme des objectifs d'efficience en soit. »

³⁴⁷ Ce plan est prévu par le **décret n° 2016524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « (...) *Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.* ». Voir également : **LEBON Pierre**, « Découvrir un outil structurant, le plan d'actions achat territorial », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 51-52.

b. La difficile articulation avec les pratiques d'achat locales

241. Lors de la création de la fonction achat mutualisée, la tâche s'est avérée considérable pour les équipes spécialisées des établissements supports. La construction organisationnelle de la fonction achat, la rédaction du diagnostic pour chaque établissement, la détermination du plan d'actions achat territorial, ou encore la déclinaison des stratégies d'achat par segment ont constitué un travail de fond indispensable pour établir un calendrier de convergence progressive. Ces tâches se sont faites au détriment de la capacité des établissements supports à porter juridiquement des marchés locaux. La première conséquence a été un recours croissant aux groupements d'achats³⁴⁸ tant régionaux que nationaux³⁴⁹ spécialisés en santé. Cette utilisation permet de commander directement un produit référencé sans avoir à réaliser une procédure formalisée, celle-ci ayant déjà été réalisée par la centrale d'achat, pour le compte de ses adhérents, à l'occasion du référencement du produit ainsi doté d'un prix négocié. La création des groupements hospitaliers de territoire a ainsi permis à de nombreux établissements membres d'accéder à cette offre nationale pour partie limitée aux centres hospitaliers universitaires ou aux centres hospitaliers les plus importants. L'utilisation de telles plateformes s'avère d'autant plus aisée pour des achats standardisés comme cela est le cas pour les produits pharmaceutiques.

242. La deuxième conséquence fût l'impact de cette fonction achat mutualisée sur les circuits courts d'approvisionnement³⁵⁰. La massification des achats conduit à ne choisir que des

³⁴⁸ Sur les groupements d'achat spécialisés en santé, voir : **DONNY Alexandra**, « Piloter la performance de la fonction achat en GHT », Revue Hospitalière de France, n°572, septembre-octobre 2016, pages 53-54. **COUR DES COMPTES**, « Les achats hospitaliers - Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale », juin 2017, 127 pages. Et plus globalement : **MARAVAL Philippe**, « Optimiser la commande publique - Organisation, acteurs et méthodes d'un service achats performant », Dunod, 2015, 256 pages. **SEKAKRI Sélim, RAYSSAC Rodolphe, NAULEAU Pierre-Yves**, « La centrale d'achat : une solution rapide pour des achats efficaces en GHT », Techniques hospitalières, n° 762 2017, pages 42 à 43.

³⁴⁹ Il est à noter l'existence de deux principales centrales d'achat nationales spécialisées dans le domaine hospitalier : UNIHA (Union des Hôpitaux pour les Achats) créé en 2005 et RESAH (Réseau des Acheteurs Hospitaliers) créé en 2007.

³⁵⁰ Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment page 50 : « (...) De même, la prise en compte des expressions de besoins locaux mérite une attention particulière. La mise en œuvre de la mutualisation des achats a engendré quelques difficultés en termes d'adaptation des procédures aux besoins locaux. En effet, nombreux ont été les témoignages recueillis par la mission concernant cet aspect. La massification des besoins, conséquence directe de la mutualisation qui a eu des effets bénéfiques sur un plan global a provoqué à certains endroits des distorsions conduisant à une détérioration de la qualité de l'approvisionnement ou du service. En volume et en valeur, ce phénomène reste marginal ; il a cependant pu faire naître des critiques visant le dispositif dans son principe et sa globalité. Pour illustrer ce point on peut évoquer les approvisionnements alimentaires de structures implantées en proximité de zone rurale, où la massification peut aboutir à faire disparaître des achats s'inscrivant dans des circuits courts. Pour des prestations de travaux, les procédures de marchés publics si elles ne sont pas adaptées (recours à l'allotissement) peuvent conduire à écarter des TPE qui participent de l'économie locale. Toutefois, lorsque ces anomalies sont repérées, la mission a pu noter

fournisseurs pouvant assumer le volume d'approvisionnement généré, ce qui exclut rapidement la plupart des fournisseurs locaux. L'établissement support peut alors procéder à un marché avec allotissement. Cependant une telle technique conduit à trois écueils. Tout d'abord, l'allotissement est antinomique avec la démarche du groupement de standardiser les achats et d'aboutir à des gains sur achats. Ensuite, les fournisseurs locaux devant répondre à cet allotissement ne sont généralement pas familiers des procédures de la commande publique, ce type d'achat étant souvent réalisé antérieurement par les établissements sans procédure formalisée. Enfin, l'allotissement suppose un temps de traitement par le service juridique de l'établissement support incompatible avec l'ensemble des enjeux que la constitution de la fonction achat mutualisée soulevait lors de sa mise en place. Par conséquent, malgré d'autres avantages, la fonction achat mutualisée a eu comme conséquence un appauvrissement de l'économie locale à travers une réduction de la part des fournisseurs issus du territoire.

243. Un équilibre entre la recherche de gains sur achats et le maintien d'une vitalité de l'économie locale est à trouver. Cette délicate balance pourrait être réalisée en fonction des segments d'achat considérés, par exemple en favorisant l'économie locale en matière de produits alimentaires. Cependant, les quantités de produits alimentaires nécessaires au fonctionnement de grands établissements sont considérables et ne relèvent déjà plus de fournisseurs locaux. Aussi, la différenciation pourrait ne pas relever de la segmentation des achats mais plutôt d'une exonération pour les hôpitaux de proximité, souvent les plus en lien avec leur économie locale, à participer à la fonction achat mutualisée.

*une forme d'unanimité pour les corriger. Il n'est pas usurpé de qualifier la fonction achats des GHT d'organisation apprenante. ». Se référer également pour le cas particulier des hôpitaux de proximité : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et le constat de la page 39 : « L'ensemble des petits et moyens hôpitaux visités par vos rapporteurs ont mis en avant les difficultés importantes suscitées pour eux par la mutualisation de la fonction achat, en soulignant l'impact quotidien de ces difficultés. Ils déplorent tous une complexification considérable de la fonction achats, complexité qu'ils ont d'autant plus de mal à gérer que les ressources humaines plus spécialisées ont été concentrées au sein de l'hôpital support. Si la passation des marchés est du ressort de l'hôpital support, tout un travail préparatoire échoit au référent achats de l'hôpital partie, qui s'avère long et complexe, et pour lequel ces référents s'estiment souvent insuffisamment formés et accompagnés par la cellule marchés de l'hôpital support. Les hôpitaux parties déplorent aussi souvent la perte de leurs fournisseurs locaux, comme conséquence de la centralisation des achats au sein de l'hôpital support. Cette situation a évidemment un impact sur le territoire et son tissu économique, et tend à favoriser les grosses entreprises, par exemple sur le marché des ascenseurs. »*

Paragraphe II : Des fonctions supports ayant entraîné des ajustements importants

244. La fonction achat mutualisée a été l'acte le plus visible de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire avec le transfert de cette compétence à l'établissement support dont le directeur devient le responsable des actes juridiques. A l'inverse, l'élaboration d'un projet médical partagé prend le temps de la réflexion et son déploiement également. Pour autant, les autres fonctions obligatoires du groupement n'en sont pas moins structurantes. Nous verrons que cela est particulièrement le cas à long terme de la convergence du système d'information conduisant à un partage accru des données médicales personnelles (A), mais que de telles évolutions dans la gestion des fonctions supports, désormais au niveau territorial, conduit nécessairement à une répartition des coûts suscitant d'après débats (B).

A) Un partage accru des données médicales personnelles

245. Tels les achats hospitaliers, il pourrait apparaître étonnant que les groupements hospitaliers de territoire soient dotés d'une fonction obligatoire en matière de système d'information d'une part et d'information médicale d'autre part. Pourtant, rien n'est moins logique dans la mesure où la médecine se fonde sur la connaissance, celle-ci étant liée aux données médicales du patient. Les prises en charge étant rapides, il faut pouvoir accéder instantanément à cette information médicale d'où l'importance cruciale du système d'information dans un établissement de santé. Une territorialisation en la matière constitue cependant une métamorphose des pratiques, un bouleversement pour la notion même d'équipe de soins et ouvre bon nombre de débats tant juridiques que philosophiques concernant le « *big data* ». Nous verrons que cette démarche répond à un environnement informatique atomisé nécessitant un cadrage à travers un schéma directeur (a), préalable à l'accompagnement juridique mis en place pour favoriser le partage des données médicales (b).

a. Un environnement informatique atomisé nécessitant un schéma directeur

246. La création des groupements hospitaliers de territoire s'est effectuée dans un contexte peu propice pour la structuration des systèmes d'information hospitaliers³⁵¹. Les années 1980 avaient vu le système d'information des établissements publics de santé se structurer avec des comités régionaux de l'informatique hospitalière développant des logiciels communs aux établissements de leur région. Puis cette dynamique a périclité au bénéfice d'une ouverture du marché à des entreprises privées, pour bon nombre américaines. Les établissements de santé se sont alors vus proposer une gamme conséquente de logiciels concurrents et comprenant des déclinaisons métiers pour toutes les parties de l'établissement, allant de la radiologie à la gestion administrative des patients. Ce foisonnement de l'offre informatique a conduit à une situation ubuesque puisqu'au sein d'un même territoire, les établissements de santé disposent de nombreux logiciels mais ceux-ci sont différents entre établissements. Les données médicales sont ainsi dispersées entre tous ces applicatifs différents. Or, les parcours des patients devenant de plus en plus inter établissements, il est indispensable pour les praticiens des autres établissements de disposer du dossier médical et des examens déjà réalisés en amont. Cette diversité de logiciels ne permet pas de répondre favorablement à cet objectif. C'est pourquoi, la convergence du système d'information est devenue l'une des fonctions obligatoires des groupements.

247. Après des interprétations divergentes ayant pu découler des termes de la loi du 26 janvier 2016, la réglementation est venue confirmer le périmètre de cette convergence³⁵². Il s'agit d'aboutir à la mise à disposition dans chaque établissement du groupement des mêmes logiciels

³⁵¹ **COUR DES COMPTES**, « La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer », in Rapport Sécurité Sociale 2016, pages 327-361 et notamment page 330 : « *Loin de s'atténuer, la complexité des processus d'informatisation des hôpitaux a plutôt tendance à s'accroître, en raison tant du renforcement des règles de sécurité et de confidentialité, qui entrent parfois en conflit avec les attentes de rapidité et de simplicité des utilisateurs, que des projets nationaux structurants qui s'imposent aux établissements. Dans de nombreux établissements, les systèmes d'information hospitaliers comptent entre 80 et 300 applications informatiques propres à des processus (gestion des achats, dématérialisation des factures, prescriptions pharmaceutiques, résultats d'examens de biologie) ou à des fonctions (gestion économique et financière, gestion des ressources humaines, gestion administrative des patients, demande de transport interne...). Leur nombre atteint 518 aux Hospices civils de Lyon (HCL) et un millier à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), ces établissements regroupant de nombreux sites hospitaliers distincts (14 pour les HCL et 40 pour l'AP-HP).* »

³⁵² La cible de convergence du système d'information au sein d'un groupement hospitalier de territoire est déterminée par le **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « *Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 61323, un identifiant unique pour les patients.* »

pour chacune des fonctions tant médicales qu'administratives. De plus, le patient doit disposer du même identifiant patient dans tous les établissements du groupement afin de permettre une identification certaine de celui-ci et un accès à ses données médicales. L'objectif est considérable et nécessite par conséquent un document de cadrage que la réglementation impose également aux groupements avec l'élaboration d'un schéma directeur du système d'information³⁵³. Celui-ci n'est pas un élément purement technique mais doit se mettre au service du déploiement du projet médical partagé du groupement. Les objectifs fixés par ce schéma directeur, c'est-à-dire concrètement le choix des logiciels, constituent une décision stratégique³⁵⁴. Face à l'atomisation du système d'information entre établissements, cela suppose des changements de logiciel, ce qui constitue une opération lourde pour les équipes d'un établissement de santé. Aussi, chaque établissement souhaite conserver notamment son logiciel de dossier patient informatisé. Pour dépasser les réticences de chacun, le directeur de l'établissement support est décisionnaire en la matière sous la seule réserve de consulter au préalable le comité stratégique. L'élaboration de ce schéma directeur devait être finalisé pour le 1^{er} janvier 2018 et la convergence du système d'information effective pour le 1^{er} janvier 2021.

b. Un accompagnement juridique au partage des données médicales

248. La convergence du système d'information au sein d'un groupement hospitalier de territoire a comme finalité le partage d'informations médicales relatives aux patients, notamment en récupérant l'antériorité de ses données dans un autre établissement du groupement. Se pose alors la question du secret médical en cas de transmission automatique des données d'un patient sans même son information préalable et la recherche de son

³⁵³ Sur l'obligation de formalisation d'un schéma directeur du système d'information, se référer au **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « (...) *Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.* »

³⁵⁴ Voir en ce sens : **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, Guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT », juillet 2016, 132 pages et particulièrement la page 12 explicitant le contenu du schéma directeur : « (...) *à partir de l'adhésion au GHT, la première étape consiste à définir le schéma directeur du système d'information (SDSI) du GHT (sur une durée maximum de deux ans). Ce schéma, qui décline la stratégie médicale partagée, doit permettre de : • cartographier l'existant (fonctionnels, applicatifs, techniques, sécurité), • déterminer la cible en cohérence avec les objectifs stratégiques du GHT, • définir la trajectoire pour atteindre le SI cible : – ordonnancement et priorisation des projets, – définition d'étapes intermédiaires le cas échéant, – évaluation des moyens nécessaires (humains et financiers).* »

consentement. Cette réflexion renvoie à la notion d'équipe de soins au sein de laquelle les informations médicales relatives à un patient pris en charge par l'équipe sont possibles sans aller à l'encontre du secret médical en considérant qu'il s'agit là d'un secret partagé³⁵⁵. Pour la première fois, la loi du 26 janvier 2016 a permis de poser une définition législative de cette notion d'équipe de soins³⁵⁶. La participation à une structure de coopération, dont le groupement hospitalier de territoire fait partie, permet désormais d'élargir la notion d'équipe de soins³⁵⁷.

249. L'extension à l'ensemble d'un groupement hospitalier de territoire de la notion d'équipe de soins permet juridiquement de lever les limites imposées par le secret médical. Ainsi, les établissements d'un même groupement doivent avoir les mêmes logiciels et leurs équipes peuvent se communiquer les données médicales librement. L'étape finale de ce dispositif revient par conséquent à pouvoir donner un accès en temps réel à l'ensemble des données médicales des patients d'un groupement. Pour ce faire, il faut que l'ensemble de ces données médicales soient conservées en un même endroit numérique et dans cette optique, l'établissement support du groupement peut devenir l'hébergeur des données de santé pour tous les établissements membres. Un tel dispositif permet d'avoir accès à un nombre conséquent de données médicales pouvant se révéler très utiles dans le cadre de travaux de recherche³⁵⁸.

³⁵⁵ Sur le partage de l'information médicale, consulter notamment : **CLUZEL-METAYER Lucie, FRANCOIS Armande**, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », RDSS, n°01 2020, pages 51-60. **MORLET-HAÏDARA Lydia**, « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », RDSS, n°06 2016, pages 1103-1115. **BOSSI Jeanne**, « Le cadre juridique du partage d'informations dans les domaines sanitaire et médicosocial - État des lieux et perspectives », Médecine et Droit, 2013, pages 5-8. **HENNION Sylvie**, « Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique », RDSS, n°01 2020, pages 129-145.

³⁵⁶ Sur la configuration de l'équipe de soins, voir l'**article L.1110-12 du code de la santé publique** : « Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui : 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ; 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ; 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. ». Voir également : **GRIT Morgan**, « L'équipe de soins à l'épreuve de la mobilité des systèmes d'information », thèse de doctorat en droit privé et sciences criminelles, sous la direction du Professeur François VIALLA, Université de Montpellier, décembre 2021.

³⁵⁷ L'équipe de soins a été étendue au groupement hospitalier de territoire par le **décret n°2016-996 du 20 juillet 2016** relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins.

³⁵⁸ En ce sens, consulter : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le dossier médical partagé et les données de santé », juillet 2020, 124 pages. Et également : **BEVIERE-BOYER Bénédicte**, « La protection des données de santé mises à disposition par le Health Data Hub pour les recherches sur la Covid-19 », JDSAM, n°02 2021, pages 37-

Cependant, d'autant plus avec une telle concentration de données nominatives et sensibles, il s'avère indispensable de pouvoir s'assurer de la sécurité de celles-ci, c'est-à-dire de leur disponibilité d'une part et de leur intégrité d'autre part. Aussi, la loi du 26 janvier 2016 a souhaité instaurer une procédure de certification particulière pour les établissements de santé ou structures spécifiques réalisant un hébergement de données de santé³⁵⁹. Cependant, avec la réforme du règlement général sur la protection des données, les établissements d'un groupement hospitalier de territoire sont exemptés de cette certification en se déclarant coresponsables des données de santé³⁶⁰ hébergés par l'établissement support. Il convient simplement que cette coresponsabilité soit traduite dans la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire, et que le consentement des patients soit organisé.

250. Avec ces différentes évolutions juridiques, les groupements hospitaliers de territoire sont en possibilité théorique de réaliser la convergence du système d'information. Une telle réorganisation suppose néanmoins un coût financier considérable ainsi que des équipes spécialisées afin d'en assurer le déploiement. Aussi, le ministère en charge de la santé a initié en 2019 le programme Hôpital numérique ouvert sur son environnement (HOP'EN)³⁶¹ doté d'un

48. **DEBIÈS, Elise**, « Big data de santé et autodétermination informationnelle », RFAP, décembre 2018, pages 565-574. **MORLET-HAÏDARA Lydia**, « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », RDSS, n°01 2018, pages 91-105.

³⁵⁹ Sur l'agrément des hébergeurs de santé, consulter l'**article L.1111-8 du code de la santé publique** : « *Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée. (...)* »

³⁶⁰ Voir en ce sens l'**article 26 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016**, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

³⁶¹ Consulter en ce sens l'**instruction n°DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019** relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN. Malgré cet accompagnement, le coût de la convergence est encore important, voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et notamment pages 112-113 : « *Dans l'état actuel, l'offre commerciale en matière logicielle reste inadaptée aux GHT. De plus, les GHT rencontrés ont unanimement fait état de contraintes financières liées à l'hébergement des données de santé et à la convergence des SIH, qui génèrent des coûts de remplacement des logiciels existants, des coûts d'hébergement, des coûts de sécurité et de fiabilité, notamment pour les plus petits établissements. Les incidences financières du déploiement d'un SIH au sein d'un GHT sont importantes et sont parfois difficiles à évaluer par les établissements. Compte tenu des éléments recueillis par la Cour auprès des établissements rencontrés, ce coût s'élèverait au plan national à plus de 1,15 Md€. (...) Au total, la part des charges d'exploitation allouée aux systèmes d'information hospitaliers représente en 2017 1,6 % du total des charges d'exploitation des établissements publics. Pour faire face à la nécessaire mise en place du SIH, la part allouée aux SI pourrait être portée à 2 % du total des charges, ce qui représente un effort à périmètre constant pour l'ensemble des établissements à hauteur de 250 M€, et ce en complément des crédits reçus dans le cadre du programme HOP'EN. En outre, la DGOS reconnaît que le coût des achats et de déploiement des logiciels, ainsi que les coûts d'infrastructures (réseau, hébergement des données), sont très supérieurs aux financements « leviers » mobilisés dans le cadre du plan HOP'EN. Pour atteindre les objectifs de convergence, il*

financement de 420 millions d'euros, prenant par ailleurs la suite du précédent programme Hôpital Numérique. Le programme HOPEN est ouvert à toutes les structures et ne visent pas uniquement à accompagner financièrement les projets de convergence des groupements hospitaliers de territoire. En complément, un dispositif spécifique a aussi été mis en place³⁶², notamment pour structurer les équipes informatiques et l'environnement technique nécessaire au déploiement de logiciels convergents.

251. En lien avec cette dynamique territoriale du système d'information, le législateur a souhaité conférer à l'établissement support une fonction obligatoire consacrant un département d'information médicale (DIM) de territoire. Le médecin responsable désigné par l'établissement support est en charge notamment de l'analyse stratégique de l'ensemble des données médicales des établissements du groupement, ce qui représente une mission centrale pour l'élaboration du projet médical partagé³⁶³. Il rend par conséquent compte annuellement au comité stratégique dont il est un membre de droit, et est dans l'obligation de transmettre aux gouvernances des établissements membres les données nécessaires à cette analyse stratégique³⁶⁴.

semble opportun de renforcer les montants alloués au financement des SIH pour tendre vers le besoin total estimé de 1,15 Md€. »

³⁶² Voir ainsi l'**instruction n°DGOS/PF5/2019/195 du 06 septembre 2019** relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre de la convergence des systèmes d'information des groupements hospitaliers de territoire.

³⁶³ Les missions du médecin responsable du département d'information médicale du groupement sont définies par le **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « *Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes : 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R.61139, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ; 2° Participer à l'analyse médico économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 61138 ; 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 61136 ; 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.* ». Consulter également : **RIOU C., FRESSON J., MADELON G., VALENCE A., LESQUEBAULT B., CHATELLIER G., QUANTIN C.**, « Information médicale et pilotage des établissements de santé », Journal de gestion et d'économie médicales, n°01 2016, pages 45 à 64.

³⁶⁴ Voir en ce sens le **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « *Au sein d'un groupement hospitalier de territoire, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire transmet à la commission de l'établissement concerné, au collège médical ou à la commission médicale de groupement, ainsi qu'au représentant de l'établissement concerné et au représentant de l'établissement support du groupement, les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, relative à l'établissement concerné et à l'ensemble des établissements parties au groupement.* ». Sur les analyses pouvant être produites par le DIM, se référer pour illustration à : **BELIN Y., FOURQUET F., GOUIN J-M., LE LOUARN A., KOUADIO H., RUSCH E.**, « Étude des parts d'activité des établissements hospitaliers : utilité d'une analyse départementale via le PMSI », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, mars 2016, pages 13-14.

B) Une répartition des coûts des groupements suscitant d'âpres débats

252. L'établissement support du groupement hospitalier de territoire assume certaines fonctions obligatoires et peut voir étendre ses compétences à d'autres fonctions facultatives. La centralisation de ces fonctions, au moins pour les deux plus stratégiques que sont la fonction achat et la convergence du système d'information, ont conduit à des interrogations juridiques fortes lors de leur mise en œuvre et ont bouleversé les pratiques des établissements publics de santé. Mais, la prise en charge de telles fonctions par l'établissement support suppose aussi la réalisation de dépenses de fonctionnement conduisant le groupement hospitalier de territoire à devoir se doter d'une véritable comptabilité et décider de la répartition des charges entre les établissements membres. Afin d'éviter de soulever par ce biais un sujet potentiel de tension entre les établissements, la réglementation a tenté de résoudre cette question.

253. Mais la clef de répartition réglementaire est peu fonctionnelle (a), et les budgets des groupements hospitaliers de territoire reflètent encore partiellement leur action (b).

a. Une clef de répartition réglementaire peu fonctionnelle

254. Les mouvements financiers, que cela soit en dépenses ou en recettes, liés aux activités du groupement hospitalier de territoire doivent être tracés au sein d'un budget annexe spécifique de l'établissement support. Etant dépourvu d'une personnalité juridique, l'établissement support sert dans ce cas encore de vecteur à l'action du groupement. Il n'y a en la matière aucune difficulté opérationnelle à cette organisation qui correspond aux techniques budgétaires et comptables permettant au sein d'un établissement d'autonomiser les mouvements concernant certaines activités spécifiques telles que les soins de longue durée, les activités médico-sociales ou encore les instituts de formation. L'établissement support impute par conséquent ses charges et recettes liées à la gestion d'un certain nombre de fonctions pour l'ensemble des établissements du groupement et peut par ce biais également imputer des dépenses portées par les établissements membres en fonction de l'organisation retenue pour mettre en œuvre les fonctions obligatoires. Par exemple, une fonction achat décentralisée devrait conduire à des conventions de mise à disposition de personnels dont la charge sera inscrite à ce budget annexe. Le budget prévisionnel et le compte financier de ce budget annexe sont présentés au comité stratégique par l'établissement support et la question fondamentale va être de savoir quelle contribution chaque établissement membre doit verser à l'établissement support au titre de sa

gestion des fonctions mutualisées et donc des charges imputées au budget annexe. Afin d'éviter une tension non nécessaire entre les établissements, la réglementation est venue fixer le niveau de contribution des établissements en l'asseyant sur le montant global de leurs dépenses tous budgets confondus³⁶⁵. Cette clef de répartition s'applique obligatoirement mais uniquement aux dépenses d'exploitation alors que les dépenses d'investissement, compte tenu de leur nature particulière, font l'objet d'un traitement libre par chaque groupement. Cependant, l'application de cette clef de répartition n'est pas sans créer des interrogations dans la mesure où les groupements hospitaliers de territoire ont une composition très hétérogène et notamment une distinction forte entre les établissements de court séjour et les établissements de proximité. Pour cette dernière catégorie d'établissements, leurs dépenses s'avéraient faibles pour certaines fonctions précédemment à la constitution des groupements hospitaliers de territoire. Les achats n'étaient par exemple pas gérés par des juristes spécialisés et l'informatique n'était pas déployée par des ingénieurs. Ainsi, la qualité de la prestation offerte à ces établissements s'est considérablement accrue, mais le coût a été fortement augmenté pour des fonctions étant moins centrales pour des établissements de taille limitée. L'application de la clef de répartition

³⁶⁵ Les modalités de la clef de répartition entre établissements membres ont été fixées par l'**arrêté du 10 novembre 2016** fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 : « *La contribution annuelle aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, due par chaque établissement partie au groupement hospitalier de territoire, est assise sur le total des dépenses enregistrées dans le compte de résultat annexe mentionné au 7° de l'article R. 6145-12 du même code, nettes des recettes autres que les contributions versées par les établissements parties au groupement. Le compte de résultat annexe mentionné au 7° de l'article R. 6145-12 du code de la santé publique est dénommé « compte de résultat annexe G » dans le présent arrêté. La contribution due par chaque établissement est fixée selon une clé de répartition définie comme le rapport du total des charges à l'exception des charges enregistrées aux comptes 653 « Contributions aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) », 66 « Charges financières », 67 « Charges exceptionnelles » et 68 « Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions » et après déduction du compte 7087 « Remboursement de frais par les CRPA », tous comptes de résultat confondus à l'exception du compte de résultat annexe G, de chaque établissement partie au groupement, sur le total des charges à l'exception des charges enregistrées aux comptes 653, 66, 67 et 68 et après déduction du compte 7087, tous comptes de résultat confondus à l'exception du compte de résultat annexe G, de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le montant de la contribution due par chaque établissement est calculé en appliquant la clé de répartition à l'assiette définie au premier alinéa. ».* Nous pouvons noter que la réglementation s'est éloignée des modalités recommandées lors des travaux préparatoires à ce sujet, voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et notamment page 27 : « (...) La contribution de chacun serait calculée au moyen d'une clé non négociée, définie par voie réglementaire. Cette clé serait composée de 4 indicateurs (à coefficient équivalent) : les produits d'exploitation, le poids du bilan, les effectifs et le nombre de séjours et/ou le nombre de journées. Le principe est celui d'un budget équilibré totalement reventilé entre les établissements du GHT. Un tel dispositif contraint, de comptabilisation des produits et des participations de chaque établissement, paraîtra probablement imparfait. Il nous semble néanmoins indispensable que cette clé de répartition ne fasse pas l'objet de négociations interminables au sein de chaque GHT entre les établissements consommateurs et les établissements fournisseurs de prestations. L'incapacité à se mettre d'accord sur le modèle économique a trop souvent été la raison d'un avortement de projets de coopération pourtant légitimes quant à l'organisation de l'offre de soins. (...) ».

nationale conduit donc ces établissements à considérer qu'ils financent les groupements sans gains apparents, du moins financiers.

255. Les débats concernant la contribution des établissements membres sont légitimes mais l'application d'une clef de répartition réglementaire a le mérite de limiter les tensions au sein d'un groupement hospitalier de territoire et son application s'avère logique pour les fonctions obligatoires du groupement. Cependant, son application est prévue pour l'ensemble des fonctions pouvant être assumées par l'établissement support au-delà des fonctions obligatoires. Cette clef de répartition reste ainsi la règle en cas d'équipes médicales communes, de pôles inter établissements, de mise en commun des plateaux médicotechniques et pour toutes les fonctions administratives, logistiques et techniques. Cet élargissement du périmètre de la clef de répartition ne prend pas en compte la différence d'activité entre les différents établissements membres du groupement. A titre d'illustration, si une équipe médicale commune ou un pôle inter établissements se constitue en gynécologie-obstétrique, cette démarche va se traduire par l'imputation des charges de personnel au budget annexe et par conséquent, l'ensemble des établissements membres vont contribuer à cette équipe même s'ils n'ont pas d'activité de gynécologie-obstétrique. La même réflexion peut être conduite si cette équipe médicale commune ne concerne pas dans un premier temps tous les établissements exerçant cette activité. Un élargissement du périmètre de l'équipe peut être réalisé dans un second temps mais l'ensemble des établissements y contribueront financièrement dès sa création. De cette manière, l'application de la clef de répartition réglementaire aux fonctions non obligatoires du groupement oblige à ce qu'une action épouse dès son lancement l'entièreté du périmètre du groupement et donc une structuration des petits pas ou des coopérations renforcées ne sont pas envisageables financièrement dans le cadre du groupement.

256. L'intention des pouvoirs publics en prévoyant une telle clef de répartition était tout à fait louable, et même si ce sujet s'avère malgré tout récurrent au sein des groupements, l'absence de norme réglementaire aurait sans doute conduit à des discussions beaucoup plus passionnées voire à des blocages dans certaines situations. La phase de création des groupements hospitaliers de territoire étant passée, une plus grande souplesse dans la répartition des coûts apparaîtrait opportune, d'autant plus que les établissements supports étant tous soumis à la certification de leurs comptes, des processus précis devraient être formalisés pour déterminer l'imputation des charges et le calcul des remboursements de chaque membre.

b. Des budgets reflétant encore partiellement l'action des groupements

257. Aussi, les budgets annexes consacrés aux groupements hospitaliers de territoire sont encore relativement réduits au regard de l'action centrale conférée à ceux-ci³⁶⁶. Ainsi, peu de budgets dépasse encore le million d'euros alors que les budgets cumulés des établissements membres d'un groupement s'élèvent assez fréquemment à des sommes dépassant le milliard d'euros. Deux explications peuvent alors être avancées pour comprendre ce phénomène. Les groupements ont tout d'abord limité leur action aux strictes fonctions obligatoires du fait du biais intrinsèque de la clef de répartition réglementaire. Les fonctions obligatoires des groupements constituent des objectifs majeurs et préalables à la structuration territoriale de l'offre de soins et leur mise en œuvre doit être un impératif pour eux, et les efforts nécessaires ont naturellement limité les possibilités matérielles d'accroître les responsabilités de l'établissement support à des fonctions facultatives. De même, de façon non quantifiable, au regard des dépenses générées par l'exercice des fonctions obligatoires, et étant donné les dissensions pouvant apparaître au sein d'un groupement concernant la contribution de chaque établissement, il est commun que l'établissement support minore en tout ou partie les autres dépenses qu'il assume au titre du pilotage global du groupement hospitalier de territoire. Ainsi, la gestion des instances, les relations avec les autorités de tutelle et les élus locaux, l'accompagnement à l'élaboration du projet médical partagé sont autant d'actions consommant des ressources humaines sans être juridiquement des fonctions obligatoires de l'établissement support.

³⁶⁶ Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et particulièrement pages 54-55 : « (...) Au plan formel les établissements support ont créé la section budgétaire G prévue réglementairement. Seuls 6 GHT ont répondu négativement à l'enquête de la mission, sans qu'il soit possible d'en identifier les raisons. Mais, sauf exception, les inscriptions budgétaires sont très en-deçà des moyens réellement consacrés aux mutualisations, et les volumes encore peu significatifs. Ainsi seuls 6 GHT sur 86 ayant répondu à cette question atteignent ou dépassent 1 % de l'ensemble des dépenses. L'enquête conduite par la mission confirme une certaine frilosité des acteurs de GHT vis-à-vis de la mutualisation de certains aspects de la politique financière. (...) Les directions des finances intégrées ne semblent concerner que des GHT très avancés dans le modèle intégratif (fusions et directions communes). Le sujet reste sensible car touchant à l'autonomie des établissements. A travers les témoignages recueillis par la mission, les réticences sont partagées pour des raisons diamétralement opposées entre établissements parties et établissements supports. D'un côté, les établissements parties voient une atteinte à leur autonomie, de leur côté les établissements supports hésitent à afficher des transferts budgétaires dont la symbolique peut être facteur de blocages. Enfin les discussions autour des clés de répartition peuvent également être sources de tensions. Cependant cette situation de sous inscription en budget G, deviendra vite incompatible avec une nécessaire transparence et une équité en termes de coûts et de charges. L'utilisation de la section budgétaire G devra dans les meilleurs délais devenir la norme. »

Conclusion de chapitre

258. Si les groupements hospitaliers de territoire ont bien constitué un changement de paradigme de l'approche des coopérations hospitalières, leur mise en place n'a pas manqué de susciter de nombreuses interrogations³⁶⁷. Leur création s'est révélée structurellement délicate à mettre en œuvre au regard de leur complexité institutionnelle et des bouleversements intrinsèques à l'établissement de leurs compétences administratives. Leur ordonnancement juridique confère de la sorte du « mécano » tant par la lourdeur de son processus de création que par le foisonnement d'instances qui les constitue. Une telle complexité renvoie pour nous au non-dit de leur finalité devant conduire à l'intégration des établissements membres³⁶⁸. Mais l'ambiguïté maintenue autour de cette finalité a conduit à un enchevêtrement des compétences entre le groupement et son établissement support pouvant conduire à une impasse en l'absence de mécanismes d'arbitrage en leur sein. Ce manque d'intelligibilité amène d'autant plus à l'incertitude que leurs compétences administratives ont créé un nouvel ordonnancement, notamment par le transfert du pouvoir adjudicateur, non stabilisé lors de leur création et remettant en cause les pratiques des différents établissements membres.

³⁶⁷ Voir en ce sens : **DE MONTECLER Marie-Christine**, « Publication du décret sur les groupements hospitaliers de territoire », in AJDA, n°16 2016, page 876. **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448.

³⁶⁸ Se référer par exemple à : **DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 77-87. **DEWITTE Jean-Pierre**, « Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 89-99.

Chapitre II : Le maintien d'une ambiguïté sur la nature des groupements hospitaliers de territoire

259. Les groupements hospitaliers de territoire constituent une étape structurellement nouvelle. Cependant, leur mise en œuvre a pu faire naître des incertitudes concernant leur fonctionnement juridique. Nombre de ces questionnements ont trouvé des réponses à la suite de compléments apportés par les textes réglementaires, et leur fonctionnement institutionnel ainsi que la mutualisation des fonctions supports sont désormais relativement stabilisés. Malgré tout, les groupements hospitaliers de territoire restent toujours « au milieu du gué »³⁶⁹ du fait d'une ambiguïté persistante. Présenté comme un outil de coopération, le groupement hospitalier de territoire recèle une finalité profondément intégratrice de ses établissements membres³⁷⁰ devant les conduire à évoluer vers un hôpital territorial. L'absence d'affichage de cette nature particulière conduit à ne pas lui donner les leviers nécessaires à une telle mission tout en déstabilisant les établissements publics de santé, remis en cause dans leur fonctionnement. Un tel non-dit entraîne également une problématique d'opérationnalité des groupements hospitaliers de territoire investis d'une mission d'organisation territoriale des soins sans pouvoir disposer d'une véritable communauté médicale de territoire. Cela s'avère d'autant plus préjudiciable que les agences régionales de santé, confrontées à leurs propres problèmes de fonctionnement, tendent à s'appuyer sur les groupements hospitaliers de territoire dans un objectif de régulation du système hospitalier. De telles pratiques ne font qu'accroître le manque de lisibilité de la nature des groupements en n'en faisant plus un groupe hospitalier public, mais

³⁶⁹ Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et leur appréciation synthétique (page 4) : « *Globalement, les GHT sont actuellement « au milieu du gué », avec des déploiements très inégaux. Certains apparaissent clairement en avance, convergeant vers un modèle intégratif, d'autres sont en retard, pénalisés par des périmètres ou compositions inadéquats, ou freinés par des contextes médicaux ou économiques défavorables. Enfin, une troisième catégorie, probablement la majorité, est « en chantier ». Des freins apparaissent ainsi récurrents : contexte peu porteur de l'offre de soins publique (activité en faible croissance, problèmes de recrutements médicaux), lenteur des mouvements institutionnels (création de directions communes ou de fusions d'établissements) ; persistance de dissensions internes, fragilités financières, insuffisance des méthodes d'évaluation mises en œuvre. Des mouvements amorcés restent à confirmer, notamment les recompositions et gradations en cours de l'offre de soins, ainsi que la prise en compte de la qualité et de la gestion des risques dans la démarche des GHT.* ».

³⁷⁰ Se référer par exemple à : **DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 77-87. **DELANDE Guy**, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », *Revue Droit et Santé*, n°76 2017, pages 255-257.

un supplétif des agences régionales de santé en charge de la coordination de l'ensemble des acteurs de santé que ceux-ci soient membres ou non du groupement.

260. Nous verrons les impacts restant encore non maîtrisés de la création des groupements hospitaliers de territoire (section I), et maintenant une incertitude persistante sur leur opérationnalité (section II).

Section I : Des impacts liés à la création des groupements restant encore non maîtrisés

261. La nature juridique des groupements hospitaliers de territoire découle d'un compromis, voire d'un entre-deux. La fusion des établissements publics de santé d'un territoire pour constituer des assistances publiques départementales a été écartée du fait de ses conséquences politiques sans aucun doute trop complexes à gérer et générant d'inutiles tensions entre les acteurs³⁷¹. A l'inverse, l'octroi de la personnalité juridique aux groupements n'a pas été davantage retenu afin de ne pas multiplier les entités juridiques existantes. Le recours à un établissement support traduit cependant une volonté non affichée de centralisation progressive des prérogatives vers celui-ci. L'absence d'affichage de cette nature intégrative tend à créer une scission entre les établissements supports et les établissements membres devenant peu compatible avec le principe d'autonomie de gestion des établissements publics de santé. Ne pas avoir soutenu cette nature intégrative³⁷² lors de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire a conduit à créer des groupements dont le périmètre et la composition n'induisent pas les conditions optimales à une intégration future de leurs membres. Les choix ainsi opérés n'ayant pas permis de prendre acte de cet objectif d'intégration, les groupements hospitaliers de territoire sont de ce fait critiqués dans leur existence même au regard de leur incompatibilité supposée avec la démocratie sociale et sanitaire³⁷³.

³⁷¹ Il est cependant à noter que dans le même temps, les pouvoirs publics ont souhaité simplifier le processus de fusion par **l'ordonnance n° 2017-47 du 19 janvier 2017** précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

³⁷² Consulter notamment : **EVIN Claude**, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de France, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40. **HOUDART Laurent**, « Vers une coopération contrainte : les GHT », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 103-109.

³⁷³ Voir à ce sujet : **GEY-COUE Marine**, « La place des usagers dans le GHT, une représentation légitime à géométrie variable », Gestions hospitalières, n°559, octobre 2016, pages 510-512. Et également : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 46 : « (...) Ainsi, au total, les représentants d'usagers estiment, par la voix de France Assos Santé, qu'avec les GHT, « on a mis le paquet sur la conception mais pas grand-chose sur les filières ». En conséquence, « on ne voit pas vraiment les bienfaits des GHT », qui restent « invisibles pour la population, laquelle n'identifie pas le service rendu ». (...) C'est aussi le sentiment très largement exprimé par les organisations

262. Nous verrons tout d'abord en quoi l'objectif d'intégration des groupements hospitaliers de territoire n'est pas affiché clairement (paragraphe I), avant de traiter de la déstabilisation de la gouvernance hospitalière par la constitution des groupements (paragraphe II).

Paragraphe I : Un objectif d'intégration des hôpitaux publics non clairement affiché

263. Les groupements hospitaliers de territoire supposent un alignement stratégique des établissements membres et dans la plupart des groupements constitués, une asymétrie apparaît naturellement entre l'établissement support et les autres établissements membres. Cet établissement support pilote de fait les instances du groupement tout en assumant la mutualisation des fonctions supports. Toutes les conditions sont réunies pour que l'alignement stratégique soit peu ou prou un alignement sur la stratégie de l'établissement support³⁷⁴, ce qui n'est en soi pas dénué de toute logique dans la mesure où l'établissement support assumera de fait la responsabilité de l'organisation territoriale des soins, et de ses dysfonctionnements éventuels, auprès de l'agence régionale de santé et des élus locaux. Cependant, ne pas avoir aussi clairement exposé la nature du groupement hospitalier de territoire a conduit à mettre en place des groupements très hétérogènes pour lesquels se pose la question de leur capacité à réaliser en pratique une telle politique d'intégration. Même pour les groupements disposant a

syndicales rencontrées par vos rapporteurs. Certaines estiment que la mise en place des GHT a en réalité accompagné la gestion des économies demandées à l'hôpital public et les restructurations. Elles considèrent que les GHT n'ont généralement pas permis un renforcement du service public de santé. (...) »

³⁷⁴ Il est à noter que contrairement à une crainte légitime des établissements non supports, cet alignement ne suppose pas un « favoritisme » de l'établissement support et une captation de patientèle de sa part. En ce sens, voir : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et spécifiquement pages 91-92 : « (...) Dans 59 % des GHT, l'établissement support voit son activité progresser plus vite que celles des établissements parties (dans 31 % des cas, c'est le phénomène inverse) : ces résultats ne permettent pas de conclure à un effet de captation de l'activité par une catégorie d'établissements. Cependant, ces résultats permettent de mieux appréhender le ressenti des professionnels rencontrés, pour lesquels l'évolution de l'activité de l'établissement support apparaît très significative au regard des établissements parties. L'existence d'une direction commune des établissements MCO du GHT est souvent soupçonnée d'être à l'origine d'un phénomène organisé de « siphonage » de l'activité par l'établissement support au détriment d'une activité de proximité réalisée antérieurement dans les établissements parties. Pourtant, parmi les 30 GHT pour lesquels l'activité de l'établissement support a le plus progressé au regard de celle des établissements parties ne figurent que sept GHT faisant l'objet d'une direction commune en 2019. À l'inverse, parmi les 30 GHT pour lesquels l'activité réunie des établissements parties progresse en moyenne de dix points de plus que celle de l'établissement support, figurent 12 GHT en direction commune. Dès lors, il n'apparaît pas possible de documenter une corrélation entre un éventuel effet de captation de l'activité et l'existence d'une direction commune. Au-delà de la question des directions communes, il existe diverses raisons permettant d'expliquer, à l'échelle d'un GHT, que l'établissement support ou les établissements parties aient pu connaître des évolutions différenciées de leurs activités sans que ces évolutions puissent être imputées ni au GHT, ni à une direction commune : le départ en retraite d'un praticien à fort recrutement, la fermeture d'un service clinique, la fermeture d'un établissement privé ou sa reprise par un groupe, un changement de stratégie, etc. »

priori des leviers nécessaires, l'absence d'affichage de leur nature intégrative revient à maintenir le mythe de l'autonomie juridique et de gestion des établissements membres alors même que l'analyse démontre une désagrégation de la catégorie juridique des établissements publics de santé³⁷⁵ selon que ceux-ci sont ou non établissements supports de groupement.

264. Nous verrons dans un premier temps que cette capacité d'intégration semble interrogée au regard de la diversité des périmètres des groupements hospitaliers de territoire (A), alors que l'autonomie des établissements publics de santé apparaît être un maintien illusoire (B).

A) Une intégration interrogée au regard de la diversité des périmètres des groupements hospitaliers de territoire

265. L'intégration suppose par principe une asymétrie fondée sur un établissement support considéré comme légitime du fait de ses capacités d'hospitalisation ou de ses ressources humaines médicales sans comparaison avec celles pouvant être déployées par les autres établissements membres. Bien évidemment, un tel processus est loin d'être aussi simple et de nombreuses tensions peuvent apparaître. Pour ce faire, il est néanmoins nécessaire, malgré l'asymétrie en présence, que les établissements membres disposent d'un intérêt commun, sorte d'*affectio societatis territorial* reposant avant tout sur une relative homogénéité³⁷⁶ des

³⁷⁵ A ce sujet, consulter : **TRUCHET Didier**, « Etablissement public de santé et système de santé », AJDA, n°08 2006, pages 401-405. **PELJAK Dominique**, « Pourquoi faut-il requalifier les hôpitaux publics en EPIC ? », AJDA, n°31 2006, pages 1705-1708.

³⁷⁶ Il est à noter que la thèse que nous soutenons n'est pas unanimement partagée, la critique d'un hospitalo-centrisme des groupements hospitaliers de territoire est ainsi soulevée mais nous paraît en réalité relever du débat entre la nature intégrative des groupements, nécessitant à notre sens l'homogénéité des membres, ou leur vocation de coordonnateur des acteurs d'un territoire, pouvant être compatible avec une hétérogénéité des membres. Voir par exemple : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 30 : « (...) *La réforme de 2016 n'a pas complètement occulté la thématique du médicosocial, mais elle a créé un outil peu propice à la participation de ces établissements, qui pouvaient craindre de se trouver dilués dans un ensemble avant tout focalisé sur les problématiques sanitaires. (...) Vos rapporteurs ont auditionné les associations de directeurs d'établissements pour personnes âgées, afin de recueillir leur analyse sur ce relatif échec des GHT à englober le médico-social. Ils mettent en avant « un écosystème pas tourné vers le médico-social », « l'absence des logiques politiques et financières qui auraient permis de rendre cet outil fonctionnel », avec notamment le cloisonnement persistant entre le champ sanitaire et le champ médico-social, s'agissant en particulier des financeurs. Ils invoquent le fait que l'échelle naturelle des coopérations pour le médico-social est plus petite que celle des GHT, et soulignent un regain d'intérêt de leurs établissements pour la formule du groupement de coopération médicosociale (GCMS), dans lequel ils peuvent coopérer sur un pied d'égalité avec les autres acteurs, y compris le domicile, avec beaucoup de souplesse dans le contenu et le format de la coopération. Les EHPAD soulignent que leur intérêt à coopérer dans le cadre du GHT est assez faible (...).* »

établissements membres au regard des activités médicales exercées d'une part et de leur nature juridique d'autre part. Mais, même en cumulant l'asymétrie de l'établissement support et l'homogénéité de ses membres, l'intégration au sein d'un groupement suppose un périmètre lui permettant d'avoir un fonctionnement efficace. Ces trois critères cumulatifs sont nécessaires et peuvent raisonnablement être atteints dans la plupart des territoires sous réserve de clarté. Or, l'ambiguïté maintenue lors de leur mise en place concernant la nature des groupements a entraîné de nombreux écueils.

266. En ce sens, l'hétérogénéité de la composition des groupements hospitaliers de territoire interroge quant à leur finalité (a), tandis que l'extrême diversité de leurs périmètres questionne leur objectif d'intégration (b).

a. Une hétérogénéité de composition des groupements hospitaliers de territoire relançant les interrogations quant à leur finalité

267. Le terme même de groupement hospitalier de territoire est potentiellement porteur d'une ambiguïté quant à sa finalité. Il n'est en effet pas affublé du qualificatif de groupement « public » mais bien « hospitalier » sans davantage de précision. Certes, les établissements publics de santé ont une obligation d'être membres d'un groupement contrairement aux établissements privés de santé, mais le législateur n'était pas en capacité d'imposer une telle contrainte à des établissements bénéficiant d'un statut commercial et les établissements privés peuvent cependant sur la base du volontariat être partenaires du groupement à travers une convention, signée par le directeur de l'établissement support, prévoyant l'articulation de leur projet médical et du projet médical partagé du groupement. Un tel dispositif pourrait s'avérer peu révélateur dans la mesure où les établissements publics de santé peuvent déjà signer des conventions de coopération avec des établissements privés. Néanmoins, alors que les établissements publics peuvent conventionner avec les établissements privés pour certains segments d'activité, le groupement hospitalier de territoire et l'établissement privé doivent s'engager au contraire dans un partenariat plein et entier concernant l'entièreté de leur offre de soins. De plus, la convention de partenariat type proposée par le ministère en charge de la santé prévoit même la participation éventuelle des représentants de l'établissement privé aux instances du groupement. Une telle configuration pose nécessairement question en termes de fonctionnement du groupement puisqu'il convient alors de traiter avec des établissements membres participant à l'ensemble des actions du groupement et des établissements privés

pouvant participer aux instances, voire à l'élaboration du projet médical partagé, tout en n'étant pas concernés par la mutualisation des fonctions supports et ayant un alignement stratégique par ailleurs au sein d'un groupe de cliniques privés. De tels questionnements peuvent également se poser du fait de l'association possible d'hôpitaux d'instruction des armées et l'association obligatoire des structures d'hospitalisation à domicile quel que soit leur nature juridique. Avoir prévu de telles dispositions tend à amoindrir encore davantage la lisibilité de la nature du groupement car il peut alors être vu soit comme un groupe public³⁷⁷ si aucun partenariat ou association n'est mis en place, ou soit comme un groupement des acteurs de santé d'un territoire dans l'hypothèse de partenariats multiples³⁷⁸. Dans cette seconde hypothèse, bien entendu la nature intégrative des groupements en est largement amoindrie. Il aurait été opportun de créer un groupement hospitalier public de territoire ayant une vocation intégrative tout en lui laissant la possibilité de nouer des partenariats avec les autres acteurs de santé sur des segments d'activité plus ou moins larges mais ne se traduisant pas par une participation *de facto* de second ordre au groupement par des établissements non publics.

268. Pour assumer leur nature intégrative, les groupements hospitaliers de territoire doivent selon nous être constitués uniquement d'établissements publics de santé, et si besoin pouvoir être dotés d'une compétence générale de conventionnement avec les autres acteurs de santé. Cependant, même en ne limitant le groupement qu'aux établissements publics de santé, ce qui correspond à la très grande majorité des cas à l'heure actuelle³⁷⁹, le critère d'homogénéité

³⁷⁷ Il s'agit néanmoins de l'interprétation majoritaire de la doctrine quant à la nature des groupements hospitaliers de territoire. Voir en ce sens : **EVIN Claude**, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de France, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40. **DEWITTE Jean-Pierre**, « Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 89-99. **ROMANENS Jean-Louis**, « Groupements hospitaliers de territoire et service public hospitalier », Les cahiers de la fonction publique, n°371, novembre 2016, pages 91-94. Et également : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et particulièrement page 72 : « (...) Au total, l'examen de la stratégie de groupe suivie par le secteur privé montre, en comparaison, que la stratégie de groupe souhaitée par le secteur public reste inachevée et ne pourra pas aboutir à droit constant. Son aboutissement est lié à deux modifications centrales : constituer des GHT de taille plus homogène en supprimant les GHT de taille réduite et voir émerger la fonction de directeur du GHT, disposant d'une autorité sur l'ensemble des établissements du groupement, soit dans le cadre d'un GHT mono-établissement issu d'une fusion juridique comme cela s'est déjà produit depuis 2016, soit en assurant une direction commune pérenne et non révocable. »

³⁷⁸ A l'inverse, nous pouvons constater une vision moins intégrative et plus fondée sur la coordination dans d'autres analyses, voir par exemple : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et spécifiquement page 47 : « *Le principal acquis de la réforme des GHT, au-delà des résultats tangibles en termes budgétaires ou d'offre de soins, semble ainsi bien être celui-ci : les acteurs du territoire se sont rencontrés, ont appris à se connaître, ont échangé sur leurs pratiques. Cet acquis est loin d'être négligeable. (...)* »

³⁷⁹ Se référer à ce sujet : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et spécifiquement page 23 : « (...) *Le partenariat avec des établissements de santé privés, avec ou sans but lucratif est facultatif. Les conditions*

nécessaire à l'intégration n'est pas automatiquement respecté. En effet, la participation à un groupement hospitalier de territoire est une obligation législative pour les établissements publics de santé. Mais, au commencement de la démarche, il s'avère indispensable d'obtenir un minimum de consentement volontaire des établissements membres. Pour ce faire, il faut qu'ils puissent mesurer les bénéfices de l'appartenance au groupement et d'une plus grande intégration. En d'autres termes, un *affectio societatis territorial* minimal est primordial³⁸⁰. Afin d'obtenir un tel consentement, l'homogénéité des membres reste un critère prépondérant qui ne se limite pas à la nature juridique des membres du groupement. La place des centres hospitaliers, autrefois intégrés dans la catégorie juridique disparue des hôpitaux locaux, est en ce sens symptomatique. La gestion des fonctions supports a pu être une source de tension avec cette catégorie d'établissements, notamment du fait des conséquences de la mutualisation des achats. Plus fondamentalement, il s'agit de l'activité médicale même de ces établissements qui limite leur intérêt commun avec le groupement. Dans un tel cadre, les hôpitaux de proximité ne perçoivent pas le bénéfice de leur appartenance au groupement et peuvent devenir un contrepied à sa nature intégrative. Au regard de l'importance des hôpitaux de proximité dans le parcours patient, leur participation à un groupement paraît tout à fait légitime et même souhaitable. Néanmoins, la création des groupements hospitaliers de territoire aurait pu être organisée en deux temps. Ainsi, les établissements de court séjour auraient pu être des précurseurs afin de traiter des sujets urgents de ces secteurs, puis dans un second temps les hôpitaux de proximité auraient pu participer à cette dynamique. Cette participation ultérieure aurait d'ailleurs pu s'effectuer avec une intégration moindre de ces établissements, par exemple avec un droit

de maintien voire de développement des partenariats public-privé ont été précisées dans un court guide du ministère de la santé. Ce type d'association concerne la moitié des GHT pour les ESPIC et les centres de lutte contre le cancer (CLCC), et un tiers pour les établissements à but lucratif. La mission a pu noter dans certaines régions un mouvement de repli par rapport au secteur privé, peut-être temporaire, et lié aux travaux très mobilisateurs de constitution des groupements publics, mais peut-être également structurel, en relation avec des conditions concurrentielles qui se tendent. La Fédération de l'hospitalisation privée et la FEHAP sont porteuses d'un message d'alerte sur ce point. »

³⁸⁰ Sur ce point, voir en effet le bilan mitigé exprimé par : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment en page 50 : « Il est ressorti très clairement des auditions et visites effectuées par vos rapporteurs qu'une proportion importante des personnels médicaux et soignants considère aujourd'hui le GHT plutôt comme une source d'ennuis que de progrès. Cela résulte des exigences supplémentaires pouvant être induites par le GHT, comme la lourdeur de fonctionnement qui a été décrite, pour des personnels déjà soumis à des conditions de travail souvent compliquées : multiplication des groupes de travail et instances, lourdeurs des procédures d'achats, etc. Cette lourdeur a pour effet d'accroître le temps administratif des médecins et soignants, au détriment de leur pratique. Face à cette situation vécue comme une dégradation de leurs conditions de travail, ces médecins et soignants ne voient pas la valeur ajoutée du GHT, qui n'apporte souvent pas vraiment de réponse à leurs problèmes du quotidien, qu'il s'agisse de la situation défavorable de la psychiatrie pour les établissements spécialisés, du manque de médecins, des problèmes liés à la permanence des soins, etc. »

d'option à la mutualisation des fonctions supports comme cela est le cas pour les établissements publics médico-sociaux et sociaux.

269. De façon similaire au débat relatif aux hôpitaux de proximité, des questionnements proches ont pu émerger concernant la participation des centres hospitaliers universitaires (CHU) à la démarche des groupements hospitaliers de territoire. D'aucuns diront que leur vocation est régionale et va par conséquent au-delà de leur groupement d'appartenance, dont ils sont naturellement l'établissement support. Cependant, cette dimension régionale est traitée par l'obligation de formalisation d'une convention d'association entre un groupement et son CHU de rattachement si celui-ci n'en est pas membre. De plus, il est à rappeler que malgré ses missions de recours, d'enseignement et de recherche, un CHU est avant tout un très grand centre hospitalier remplissant un rôle de soins de proximité et de référence pour sa population. Il apparaît par conséquent légitime voire indispensable que les CHU ne soient pas exonérés de participation à un groupement³⁸¹.

270. Ainsi, malgré le fait que la grande majorité des groupements hospitaliers de territoire soit restée d'une forme pure au sens uniquement constitués d'établissements publics de santé, les nombreux partenariats et associations juridiquement envisageables tendent à questionner la finalité des groupements hospitaliers de territoire. Une clarification reposant sur l'octroi d'une capacité générale de conventionnement, remplaçant ces dispositifs, nous paraîtrait à même de réaffirmer leur finalité de groupe public hospitalier sur un territoire.

b. Une diversité extrême des périmètres des groupements hospitaliers de territoire interrogeant sur leur objectif d'intégration

271. L'ambiguïté entretenue concernant la nature des groupements hospitaliers de territoire a présidé à leur mise en œuvre sans cadrage déterminé, d'autant plus dans un calendrier particulièrement contraint. En l'absence de lignes directrices, les critères mis en place par les agences régionales de santé, pour déterminer le périmètre des groupements, ont varié d'une région à une autre et ont été parfois contrariés par les historiques locaux au gré des négociations préalables à la constitution des groupements. Au final, les groupements hospitaliers de territoire sont extrêmement variés en termes de périmètre géographique, de nombre d'établissements

³⁸¹ En ce sens, il est à noter la fin de la dérogation, la seule en ce qui concerne un centre hospitalier universitaire, accordée au CHU de Martinique avec la création au 1^{er} janvier 2023 d'un GHT éponyme constitué de dix établissements membres.

membres, de capacités d'hospitalisation ou encore de budget de fonctionnement³⁸². Ainsi, certains groupements ont pu contenir à leur création jusqu'à vingt établissements membres conduisant à une complexité certaine de leur fonctionnement institutionnel. Bien entendu, une telle composition n'est pas compatible avec la concertation nécessaire à la définition et au suivi d'orientations stratégiques, et le comité stratégique devient rapidement une simple instance d'information. A l'inverse de ce « gigantisme »³⁸³ reproché à certains groupements et handicapant leur fonctionnement institutionnel, d'autres groupements se retrouvent confrontés à un effet taille limité. Il s'agit de groupements dont le nombre d'établissements membres est restreint du fait d'un isolement géographique du territoire considéré, et qui souvent comprennent un seul établissement de court séjour et plusieurs hôpitaux de proximité. Dans un tel contexte, les instances du groupement sont de taille plus réduite et favorisent les concertations nécessaires à l'élaboration d'une stratégie commune. Cependant, dans un tel cas de figure, la différence de nature des établissements membres par rapport à l'établissement support conduit aux mêmes critiques concernant un groupement qui serait à la mainmise du seul établissement support. Le périmètre limité d'un groupement n'est ainsi pas un gage de fonctionnement simplifié ou du moins plus apaisé. Dans une telle situation comprenant peu d'établissements, le choix de l'ouverture des instances de l'établissement support aurait pu être retenu dans le cadre d'une expérimentation, mais au prix de l'homogénéité des groupements au niveau national. Ces différentes réflexions démontrent que le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire représente une source intarissable de débat. Constitués

³⁸² Voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et particulièrement page 21 : « (...) *La mission, sans avoir rencontré de configuration de GHT garantissant en elle-même l'atteinte des objectifs rappelés supra, s'interroge néanmoins sur les limites inhérentes aux GHT qui comprennent beaucoup d'établissements, et à ceux qui n'en comptent que quelques-uns. Les premiers peuvent être plus difficiles à gouverner ou nécessiter des adaptations de gouvernance spécifiques. Les seconds peuvent ne pas atteindre la masse critique en termes de moyens médicaux notamment, pour proposer une offre de proximité et de recours adaptée.* ». Et également : **BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel**, « Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé », Berger-Levrault, 2019, 196 pages et notamment le chapitre I « Le territoire des GHT : bilan, réflexions et propositions » rédigé par le géographe Emmanuel VIGNERON. Ainsi que : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et spécifiquement page 35 : « (...) *Un tiers des GHT ont un contour géographique délimité au département, près de 23 % sont des GHT partiellement interdépartementaux et deux GHT incluent plusieurs départements. Cependant, 43 % des GHT ont fait le choix d'un territoire réduit à une dimension infra-départementale. Un seul GHT émerge sur deux régions.* »

³⁸³ Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment page 18 : « (...) *À l'autre extrême – et cet aspect est moins mis en lumière par le rapport de la Cour des comptes – vos rapporteurs estiment qu'il existe des GHT manifestement trop grands, à la fois pour avoir une cohérence territoriale sur le plan des filières de soins, et pour tirer parti d'une organisation intégrée qui aurait pour effet d'éloigner déraisonnablement les décisions et les choix du terrain.* »

dans un délai contraint, les groupements connaîtront pour certains une révision de leur périmètre au regard de leur fonctionnement concret. De tels ajustements sont tout à fait normaux dans un processus de création progressive des groupements hospitaliers de territoire. Mais, la réactivité nécessaire pour ajuster ces périmètres géographiques se confrontera au lourd processus de modification de la convention constitutive.

272. Pour reprendre notre typologie précédemment établie, nous pourrions affirmer que les groupements isolés sont bien entendu propices à l'intégration du fait de l'asymétrie de leur composition mais que la portée de cette intégration s'avère finalement limitée en termes de structuration éventuelle de l'offre de soins. A l'inverse, les groupements dyarchiques s'avèrent antinomiques d'une intégration à moins d'une fusion des établissements. Enfin, les groupements naturels ont un potentiel d'intégration fort du fait de la place de leur établissement support. L'effectivité de cette intégration sera fonction du nombre d'établissements membres, et de leur nature, afin d'atteindre une homogénéité suffisante à l'émergence d'un *affectio societatis territorial* suffisamment fort pour soutenir une intégration croissante de ces établissements. Sous réserve des contingences propres à chaque territoire, la nature intégrative des groupements aurait pu être accompagnée plus aisément avec des lignes directrices claires lors de leur constitution prévoyant par exemple des groupements dotés d'un établissement support asymétrique entouré de trois à cinq établissements de court séjour en fonction de la réalité géographique. Hormis pour quelques territoires très urbanisés, le niveau départemental, adapté à la marge par la réalité des flux patients, paraît être un échelon pertinent³⁸⁴ et celui qu'il conviendrait de privilégier dans une optique de réorganisation de l'offre de soins. Un tel niveau départemental permettrait d'une part une cohérence avec l'organisation des autorités de régulation ou les partenaires importants que sont les collectivités territoriales, et d'autre part une intelligibilité du dispositif pour la population.

³⁸⁴ Voir par exemple : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et plus particulièrement pages 18-19 : « (...) Vos rapporteurs ne nient pas que le choix du GHT départemental peut avoir, dans certaines situations, une vraie cohérence, et peut offrir de réels avantages pour faciliter le dialogue avec le champ médico-social piloté par le conseil départemental, mais aussi avec les préfetures, les délégations territoriales des ARS, ou encore les Samu centres 15, les zones de défense, les services départementaux d'incendie et de secours et les ordres professionnels. »

B) Le maintien illusoire de l'autonomie des établissements publics de santé

273. Les groupements hospitaliers de territoire sont disparates dans leur périmètre et dans leur composition, ce qui conduit à des difficultés de fonctionnement de certains groupements et sans doute à une occasion manquée de clarté quant à leur nature lors de leur mise en place. Néanmoins, leur nature intégrative se verra sans doute progressivement renforcée car la spécialisation de la médecine, ajoutée à l'évolution de la démographie médicale, conduira à la constitution d'équipes étoffées dans un établissement central concentrant l'essentiel du plateau technique et déployant ses équipes et activités dans les autres établissements dans le cadre d'un maillage territorial. Dans un tel schéma, une unicité de pilotage et donc un alignement stratégique par l'intégration est inévitable selon nous. Bien entendu, une telle organisation hospitalière pour objective qu'elle soit au regard des ressources disponibles, n'en est pas moins difficilement acceptable publiquement car elle conduit à la transformation de l'offre de soins de certains établissements, y compris pour des activités très symboliques politiquement comme l'obstétrique, la chirurgie ou les urgences. Sans émettre de jugement quant à ces évolutions, il est à noter que l'enjeu de la gradation des soins est bien de résoudre les écueils de tels phénomènes ayant certes une rationalité d'un point de vue macroscopique mais étant légitimement perçus comme un appauvrissement de l'offre de soins au niveau de chaque bassin de vie. Aussi, il peut être compréhensible que la nature intégrative des groupements ne soit pas particulièrement mise en avant.

274. Pour autant, nous conviendrons qu'au regard de la scission progressive entre établissements supports et parties, il apparaît illusoire de maintenir le mythe d'une autonomie, progressivement limitée, des établissements membres (a), dans un contexte où de nouveaux transferts de compétences traduisent au contraire une plus grande intégration des groupements hospitaliers de territoire (b).

a. Une scission progressive entre établissements supports et parties limitant progressivement l'autonomie des structures

275. La réglementation prévoit une unicité de la catégorie juridique des établissements publics de santé, ceux-ci étaient désignés essentiellement comme des centres hospitaliers³⁸⁵. Leur ressort peut varier du niveau communal au niveau national en fonction de leurs activités spécifiques et ainsi certains centres hospitaliers sont qualifiés de régionaux du fait de la technicité de leurs activités. Parmi ces derniers, la plupart sont désignés comme universitaires suite à la signature d'une convention avec une université dotée d'une unité de formation et de recherche en médecine afin de dispenser une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Cependant, tous les établissements publics de santé sont inclus dans la catégorie des centres hospitaliers ayant vocation à être unique depuis que la loi du 21 juillet 2009³⁸⁶ a mis fin à l'ancienne catégorie des hôpitaux locaux. Chaque centre hospitalier est doté d'une pleine autonomie juridique et financière et son chef d'établissement dispose des compétences en découlant dans le respect des attributions des différentes instances du centre hospitalier. Néanmoins, les centres hospitaliers sont de natures variées entre les établissements dits de court séjour et les anciens hôpitaux locaux et leur appliquer les mêmes règles de gestion relève d'une gageure du fait de la différence importante d'activité, de taille et de nombre de personnels de ces établissements. Or, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire conduit à une remise en cause encore plus profonde de l'unicité relative de cette catégorie juridique, avec une scission tendant à apparaître entre les établissements supports de groupement et les autres centres hospitaliers étant établissements membres. En effet, comment parler encore d'autonomie de gestion lorsque des fonctions supports tels que les achats ou le système d'information sont de fait assurées par le seul établissement support. De plus, les missions des établissements de santé, que ceux-ci soient publics ou privés, constituent normalement un corpus législatif unique. Or, sans être inscrit à ce jour dans la législation, il est logique de

³⁸⁵ Le statut d'établissement public de santé est défini par les articles L.6141-1 et L. 6141-2 du code de la santé publique. Voir également : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « L'hôpital », rapport 2012, 297 pages. **CHAVRIER Géraldine**, « Etablissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence », RDSS, n°2 2006, pages 274-287. **MORDELET Patrick**, « L'évolution du cadre juridique des hôpitaux publics en Europe et l'avenir de l'établissement public de santé français », RDSS, n°5 2008, pages 851-864. **PELIJAK Dominique**, « Pourquoi faut-il requalifier les hôpitaux publics en EPIC ? », AJDA, n°31 2006, pages 1705-1708. **TRUCHET Didier**, « Etablissement public de santé et système de santé », AJDA, n°08 2006, pages 401-405.

³⁸⁶ Consulter par exemple : **BUGNON Caroline**, « La réforme de l'hôpital public », Revue du droit public, n°1 janvier 2010, pages 29-62. **COUTY Edouard**, **KOUCHNER Camille**, **LAUDE Anne**, **TABUTEAU Didier** (sous la direction de), « La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, décembre 2009, 395 pages.

considérer que les établissements supports de groupement sont désormais investis d'une responsabilité territoriale les distinguant des autres établissements.

276. L'autonomie de gestion des établissements publics de santé repose en grande partie sur leur capacité à déterminer leur stratégie dans le cadre de la réglementation en vigueur et des orientations fixées par l'agence régionale de santé tant dans le projet régional de santé que par le biais du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Pour autant, cette autonomie stratégique n'est plus que théorique car un établissement ne saurait plus avoir de stratégie propre et en contradiction avec les orientations prises collectivement avec les autres établissements publics de santé de son territoire. Ainsi, le dépôt d'une demande d'autorisation d'activité de soins ou d'équipement lourd par un établissement doit faire l'objet d'un avis préalable du comité stratégique du groupement, s'assurant que cette demande sert le projet médical partagé. Le groupement hospitalier de territoire devient de la sorte un intermédiaire ou un filtre des relations entre les établissements publics de santé et l'agence régionale de santé concernant l'organisation de l'offre de soins. L'alignement stratégique s'effectue ainsi au détriment du maintien de l'autonomie des établissements membres. Juridiquement, cette autonomie des établissements membres semble cependant préservée en théorie car le projet médical partagé est validé par le comité stratégique, potentiellement à l'issue d'un vote. Au cours de celui-ci un établissement peut s'opposer à son adoption tout en étant mis en minorité au regard des pondérations de vote décidées au sein du groupement. Le projet médical partagé fait partie dans son entièreté de la convention constitutive du groupement qui doit être approuvée par l'ensemble des instances des établissements membres et signée par l'ensemble des chefs d'établissement. Aussi, un établissement public de santé peut exercer son autonomie de gestion soit en acceptant le projet médical partagé, soit en refusant de signer l'avenant à la convention constitutive portant adoption du projet médical partagé. Mais, ce raisonnement juridique valable s'avère beaucoup plus compliqué à appliquer en pratique car le Directeur Général de l'agence régionale de santé peut arrêter de lui-même la convention constitutive du groupement, y compris son projet médical partagé, en cas de non transmission de ces documents dans les délais impartis par la réglementation. Mais surtout, un établissement public de santé ne peut utilement fonctionner qu'avec des praticiens et l'établissement support du groupement s'est vu doté d'une fonction mutualisée nouvelle concernant la gestion des ressources humaines médicales³⁸⁷. Aussi, il serait particulièrement contre-productif pour un établissement membre

³⁸⁷ Les fonctions mutualisées de façon obligatoire et gérées par l'établissement support se sont élargies à la gestion des ressources humaines médicales par le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital.

de s'opposer au projet médical partagé du groupement, défini de fait largement par l'établissement support. Dans ce contexte, l'autonomie stratégique des établissements membres n'est que théorique et au contraire l'opposition marquée d'un établissement pourrait légitimement conduire le Directeur Général de l'agence régionale de santé à initier une démarche de direction commune entre cet établissement et l'établissement support du groupement afin de favoriser leur alignement stratégique³⁸⁸. En effet, si d'ordinaire la mise en place d'une direction commune relève d'une démarche volontaire entre deux établissements devant obtenir l'accord en termes identiques de leurs conseils de surveillance respectifs, le Directeur Général de l'agence régionale de santé peut d'autorité, ou par une forte conviction auprès des élus locaux, instaurer une telle direction commune en cas de situations financières dégradées ou de nécessité à l'organisation territoriale de l'offre de soins³⁸⁹.

b. De nouveaux transferts de compétences traduisant une plus grande intégration des groupements hospitaliers de territoire

277. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire conduit à une dualité croissante des établissements entre ceux étant supports de groupement et les autres. L'autonomie de ces derniers n'est désormais plus que théorique sur une frange assez large de leur activité tant médicale qu'en ce qui concerne les fonctions administratives, logistiques et techniques. Cette disjonction entre établissements supports et établissements parties peut être variable en fonction de la maturité et de la configuration du groupement considéré mais l'intégration, et par voie de conséquence l'affaiblissement proportionnel de l'autonomie des établissements membres, s'accroît au gré des réformes hospitalières. De façon obligatoire, les établissements supports doivent ainsi à compter du 1^{er} janvier 2022 assumer des fonctions relatives à la gestion des ressources humaines médicales, correspondant à la mission sans doute la plus stratégique d'un établissement de santé³⁹⁰. De même, une commission médicale de

³⁸⁸ Il est à noter la multiplication des groupements hospitaliers de territoire dont tous les établissements membres sont en direction commune ou engagés dans un processus de fusion. A titre d'illustration, nous pouvons citer le GHT Hôpital NOVO (Nord-Ouest Vexin Val-d'Oise) issu au 1^{er} janvier 2023 de la fusion de tous les établissements membres par une procédure de fusion-absorption de ceux-ci par l'établissement support, en l'espèce le CH de Pontoise.

³⁸⁹ Nous pouvons noter pour exemple la mise en place d'une direction commune, à la demande du Directeur Général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, à compter du 1^{er} janvier 2023 entre le CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) et le CH de Montluçon (Allier).

³⁹⁰ Le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, instaure une nouvelle fonction mutualisée relative à la gestion des ressources humaines

groupement est instaurée en lieu et place du collège médical. Même si la composition de cette commission relève encore de la représentation des différentes commissions médicales d'établissements, les compétences qui lui sont octroyées démontrent le glissement progressif vers la constitution d'instances dotées de compétences de plus en plus prégnantes au niveau du groupement et qui seront en capacité de contraindre les établissements membres dans leur autonomie. Enfin, sans être à ce stade obligatoires, de nouveaux droit d'option émergent tels que la possibilité de conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique ou d'élaborer un plan global de financement pluriannuel unique pour l'ensemble des établissements d'un groupement. De telles évolutions fixent bien le cap envisagé qui est celui d'une intégration croissante des établissements d'un groupement, et son corollaire de réduction progressive de l'autonomie des établissements membres au bénéfice d'un recentrage des compétences vers l'établissement support du groupement.

Paragraphe II : Une gouvernance hospitalière déstabilisée par la constitution des groupements hospitaliers de territoire

278. Au-delà de la tension entre la nature intégrative non clairement affichée des groupements et le maintien théorique d'une autonomie de gestion des établissements membres, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire impacte fortement la démocratie sanitaire et la gouvernance des établissements publics de santé. Une nouvelle fois, de tels débats n'auraient pas lieu d'être si les groupements hospitaliers de territoire n'étaient que de simples outils de coopération, certes plus ambitieux que leurs prédécesseurs, mais soumis à la volonté des établissements membres.

279. Nous aborderons tout d'abord les doutes relatifs à la compatibilité des groupements hospitaliers de territoire avec la démocratie sanitaire (A), avant d'analyser les craintes que les groupements engendrent concernant l'équilibre interne des pouvoirs à l'hôpital public (B).

médicales et précise les modalités de mise en place de la commission médicale de groupement. Il convient cependant de nuancer la portée de cette nouvelle fonction mutualisée, voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement pages 43-44 : « (...) Les mesures adoptées dans le cadre de l'ordonnance du 17 mars 2021 constituent en réalité une version très largement atténuée de l'ambition initiale d'une gestion centralisée des ressources humaines médicales. (...) L'ordonnance du 17 mars 2021 est ainsi restée très prudente sur la question de la mutualisation des ressources humaines médicales, en impulsant une réflexion commune et une coordination à l'échelle du GHT, mais en veillant à laisser la main aux établissements parties. Vos rapporteurs estiment que cet ajustement du niveau d'ambition est une attitude réaliste face à l'hétérogénéité des GHT. »

A) Les doutes relatifs à la compatibilité des groupements hospitaliers de territoire avec la démocratie sanitaire

280. Un établissement public de santé constitue de façon quasi systématique le premier employeur d'un territoire voire d'un département. Le moindre centre hospitalier emploiera environ un millier de professionnels de santé, tandis que l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)³⁹¹ en comptabilise plus de quatre-vingt milles. Cela confère à un établissement de santé une responsabilité particulière et nécessite la mise en place d'un dialogue social construit, d'autant plus au regard de la pénibilité éventuelle des conditions de travail dans l'environnement hospitalier³⁹². De plus, un établissement de santé accueille plusieurs dizaines de milliers d'usagers chaque année, parfois suivis au long cours et de façon récurrente, d'autant plus avec l'accroissement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population. Certains de ces usagers sont même des patients pairs³⁹³ ayant une expertise particulière dans la prise en charge de leur maladie et intervenant à ce titre au sein des équipes soignantes. Un tel lien avec les usagers de l'établissement de santé a justifié une place croissante de ceux-ci au sein des instances dans l'optique d'une véritable démocratie sanitaire. De même, les élus locaux portent un intérêt bien compris aux établissements publics de santé car en plus d'être le principal employeur de leur territoire, ils en sont un élément majeur d'attractivité. Ne pas disposer d'un hôpital doté d'une maternité est une difficulté pour un édile afin d'attirer une population jeune sur son territoire. Ainsi, malgré leur perte d'influence progressive, notamment avec la transformation des conseils d'administration en conseils de surveillance, les élus locaux restent très présents dans les instances hospitalières et attentifs à l'évolution de leur offre de soins. Un équilibre a été atteint dans la gouvernance des établissements publics de santé afin d'instaurer un dialogue avec ces trois parties prenantes que sont les professionnels, les usagers et les élus

³⁹¹ Sur le statut particulier et l'organisation spécifique de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), consulter notamment : **APOLLIS Benoît**, « L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, laboratoire des évolutions du Code de la santé publique ? », RDSS, n°6 2016, pages 1017-1027. **BORGETTO Michel**, « L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris », RDSS, n°6 2016, pages 1001-1002. **DUPONT Marc**, « De l'Assistance publique de Paris à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (1958-1973) », RDSS, n°6 2016, pages 1003-1016. **FAUGERE Mireille**, « La transformation et le management de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris », Le management de pôles à l'hôpital, 2012, pages 43-50. **HIRSCH Martin**, « L'AP-HP demain : normalisation ou exception ? », RDSS, n°6 2016, pages 1071-1076.

³⁹² Voir en ce sens : **CHEVANDIER Christian**, « Les métiers de l'hôpital », La Découverte, 1997, 128 pages. **TOUPILLIER Danielle, GUILLOT Jean-Paul, OLLIVIER Roland, VERRIER Bernard**, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines », janvier 2013, 121 pages.

³⁹³ Consulter notamment : **GROSS Olivia**, « L'engagement des patients au service du système de santé », Doin, 2017, 168 pages. **BIOSSÉ-DUPLAN Alexandre**, « Démocratie sanitaire - Les usagers dans le système de santé », Dunod, 2017, 480 pages.

locaux. La mise en place de groupements hospitaliers de territoire, dotés de compétences importantes, tend à remettre en cause cette structuration.

281. La question de la démocratie sanitaire est posée dès lors qu'au sein des groupements hospitaliers de territoire, nous observons une place réduite des organisations syndicales et des représentants des usagers (a), et une absence de réel pouvoir de contrôle des élus locaux (b).

a. La place réduite des organisations syndicales et des représentants des usagers

282. Un groupement hospitalier de territoire ne constitue pas en tant que tel un établissement de santé même s'il repose sur un établissement support. En ce sens, il n'est pas employeur et n'a pas de personnel mis à sa disposition, contrairement à un groupement de coopération sanitaire. Ainsi, il n'est pas infondé que la réglementation réserve une place limitée aux organisations syndicales et aux représentants des usagers au sein de son fonctionnement³⁹⁴. Le groupement ne possède ainsi aucune compétence en matière de gestion des ressources humaines non médicales³⁹⁵ et il est donc logique que le groupement ne dispose pas d'un comité social d'établissement et d'une formation spécialisée aux conditions de travail, à l'hygiène et à la sécurité ; de telles prérogatives et instances relevant bien de chacun des établissements membres du groupement. En ce qui concerne les fonctions supports mutualisées, ces questions se traitent naturellement au sein des instances de dialogue social de l'établissement support du groupement. Pour autant, il serait illusoire de considérer que l'action du groupement n'a aucune conséquence sur les conditions de travail des agents, non pas en raison de l'action d'un établissement membre mais bien d'une décision collective portée par le groupement et que chacun des établissements membres se doit de mettre en œuvre. De même, malgré l'absence de compétences réglementaires du groupement en matière de gestion des ressources humaines, les organisations syndicales des différents établissements membres comparent logiquement les politiques portées par chacun des établissements, par exemple en matière d'attribution de primes, de délai de mise en stage ou de rémunération des contractuels. Ils sont alors légitimes à demander une harmonisation de ces politiques au sein du groupement, notamment dans

³⁹⁴ Voir notamment : **GEY-COUE Marine**, « La place des usagers dans le GHT, une représentation légitime à géométrie variable », Gestions hospitalières, n°559, octobre 2016, pages 510-512.

³⁹⁵ Se référer à : **BARBOT Jean-Marie**, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », Les Cahiers de la Fonction Publique n°364, mars 2016, pages 45-49. **HIANCE Marie**, « Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial », Gestions hospitalières, n°544, mars 2015, pages 163-167.

l'optique de la constitution d'équipes de territoire. Il s'agit d'ailleurs, du moins pour certains profils paramédicaux spécialisés, d'un enjeu de non-concurrence entre établissements tout aussi important que pour le personnel médical. Or, le groupement ne dispose que de la conférence territoriale de dialogue social pour échanger avec les organisations syndicales sur ces sujets d'importance, et donc dans le cadre d'une instance qui n'est que de simple information³⁹⁶. Ainsi, un véritable dialogue social n'est pas structuré au niveau des groupements hospitaliers de territoire nourrissant le sentiment d'une structure désincarnée prenant des décisions structurantes en pouvant s'exonérer de toute démocratie sociale comme cela est pourtant prévu dans les établissements membres.

283. Un constat similaire peut être dressé concernant la place accordée aux représentants des usagers. La limite à ce raisonnement s'arrête toutefois à la difficulté de mobiliser des représentants des usagers déjà au niveau des établissements de santé, et encore davantage pour des questions relevant non pas d'un établissement qu'ils connaissent mais d'un territoire en général. Cependant, il ne peut être nié que l'élaboration du projet médical partagé, et donc d'une organisation graduée de l'offre de soins sur un territoire, représente une question pour laquelle la consultation des représentants des usagers paraît légitime et opportune. Le comité des usagers d'un groupement hospitalier de territoire peine cependant à remplir cette mission puisqu'il s'agit là encore d'une instance de pure information et non pas de co-construction de la décision ou de consultation préalable à celle-ci. Il n'existe pas par exemple de parallèle au sein d'un

³⁹⁶ Ce constat s'avère en contradiction avec les ambitions des travaux préparatoires, voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et notamment page 43 : « (...) *La constitution des GHT va requérir un travail partenarial entre les acteurs en responsabilité (directeurs, Présidents de CME et Présidents de CSIRMT) et les représentants de personnels. Les personnels doivent être associés le plus en amont de la démarche afin de comprendre les enjeux et être parties prenantes de la dynamique de mutation des établissements de santé. Le dialogue social interne aux établissements de santé ne saurait donc suffire et nous préconisons d'organiser un dialogue social à l'échelle de chaque GHT, animé par le directeur de l'établissement support. Cet espace de concertation constitue d'ailleurs une modalité incontournable pour la mise en œuvre de certaines compétences mutualisées. Il en est ainsi de la coordination de plan de formation et développement personnel continu. Il s'agit donc d'adapter le dialogue social aux nouveaux échelons d'opérationnalité, toujours en complémentarité avec le dialogue social national. Organiser ce dialogue social à une autre échelle que celle des GHT serait de nature à déresponsabiliser le GHT et plus particulièrement le directeur de l'établissement support. Les problématiques vécues par les professionnels hospitaliers ne sauraient être traitées en dehors des GHT, ni par des acteurs n'ayant pas de responsabilité directe sur les agents concernés.* ». Mais notre constat correspond à d'autres analyses en la matière, voir : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 50 : « *Parfois, la faible mobilisation des acteurs résulte d'une opposition de principe sur la question du GHT, d'un constat d'éloignement ou d'un sentiment d'inutilité de ces instances, essentiellement consultatives. C'est souvent le cas pour les partenaires sociaux, dans un contexte où une partie des syndicats continue à rejeter en bloc la réforme des GHT, allant jusqu'à refuser de participer aux instances. Lorsqu'ils s'y associent, les partenaires sociaux dénoncent l'absence d'une réelle démocratie sanitaire, du fait de l'absence de pouvoirs de la commission territoriale de dialogue social (CTDS).* »

groupement à la participation possible dans les établissements de santé des représentants des usagers au sein des conseils de surveillance voire désormais des directoires. Il est aisé par conséquent d'arguer que les groupements hospitaliers de territoire prennent des décisions structurantes d'organisation des soins en l'absence de réelle démocratie sanitaire³⁹⁷.

284. Une telle situation n'apparaît pas problématique au niveau juridique. Il s'agit là finalement de la simple traduction du maintien de la responsabilité des établissements membres en matière de gestion des ressources humaines, et par conséquent de dialogue social, d'une part et de responsabilité vis-à-vis des patients d'autre part. Pour ces derniers, le conseil territorial de santé peut être un lieu de concertation concernant les sujets territoriaux dans leur globalité. La création de ces deux instances pourrait s'avérer une avancée. Pour autant, l'absence de compétences de ces instances dessert la légitimité du groupement hospitalier de territoire et ne pourra pas rester un état de fait satisfaisant.

b. L'absence de réel pouvoir de contrôle des élus locaux

285. Les élus locaux disposent en théorie d'un pouvoir d'évaluation et de contrôle concernant les actions du groupement hospitalier de territoire. Notamment, les conseils de surveillance des établissements membres délibèrent sur le choix de l'établissement support du groupement, et sont consultés pour l'approbation de la convention constitutive et ses avenants. Cependant, ce pouvoir reste théorique et le rôle du comité territorial des élus locaux se résume essentiellement à un partage d'information a posteriori des actions mises en place. En effet, en cas de refus des conseils de surveillance, le chef d'établissement peut signer la convention constitutive, n'étant pas lié par un avis conforme. De plus, le Directeur Général de l'agence régionale de santé peut arrêter le périmètre du groupement et le contenu de sa convention constitutive. Enfin, l'avis préalable du comité territorial des élus locaux n'est requis en aucune matière, le comité stratégique et l'établissement support du groupement étant pleinement responsables de leurs décisions.

286. Par parallélisme avec le fonctionnement d'un établissement public de santé, le conseil de surveillance ne peut davantage prendre de décisions de son propre chef, mais sa consultation

³⁹⁷ Voir sur ce thème par exemple : **COMPAGNON Claire, GHADI Véronique**, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », février 2014, 258 pages. **BRECHAT Pierre-Henri**, « La participation des usagers : une réussite française reconnue au niveau international », JDSAM, n°15 2017, pages 3-7. **MORLET-HAÏDARA Lydia**, « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », RDSS, n°04 2016, pages 658-672. **SAISON Johanne**, « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », RDSS, n°02 2022, pages 197-205.

constitue une étape obligatoire et préalable à certaines décisions prises par le directeur, potentiellement après concertation avec le directoire. Ainsi, les élus locaux ayant déjà un sentiment de dépossession à la suite de la transformation des conseils d'administration en conseils de surveillance, voient dans le groupement hospitalier de territoire une structure effectuant des choix structurants sans pouvoir y participer ou être concertés à des décisions définissant l'offre de soins³⁹⁸.

287. A notre sens, l'instauration d'une telle instance disposant en pratique de peu de compétences réduit la portée du groupement hospitalier de territoire et conduit les élus locaux à nourrir une crainte vis-à-vis de celui-ci. La mise en place de compétences consultatives du comité territorial des élus locaux obligerait les groupements à réunir plus régulièrement cette instance et à créer un dialogue plus vertueux, et indispensable, avec les édiles locaux.

B) Les craintes concernant l'équilibre des pouvoirs internes à l'hôpital

288. Au-delà de la place accordée aux parties prenantes que sont les organisations syndicales, les usagers et les élus locaux, un débat de fond traverse les hôpitaux de façon récurrente et avec une intensité notable ces dernières années, notamment dans un contexte de crise sanitaire, concernant la gouvernance des établissements publics de santé, et sa médicalisation. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire complexifie encore davantage ce débat du fait de l'entremêlement des compétences instauré entre l'établissement public de santé et le groupement hospitalier de territoire, et de l'affaiblissement de la position de directeur d'un établissement non support de groupement.

289. Nous analyserons tout d'abord la fragmentation accentuée du corps des directeurs d'hôpital (a), avant d'aborder la question de la compatibilité de la répartition des pouvoirs au sein du groupement hospitalier de territoire avec la nouvelle gouvernance³⁹⁹ (b).

³⁹⁸ Voir en ce sens : **CLAVIER Carole**, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », Sciences sociales et santé, n°02 2009, pages 47-74. Et également : **DELAS Aurélien**, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques : le cas de la Haute-Normandie », thèse de doctorat en géographie, sous la direction du Professeur Béatrice GIBLIN, Université Paris VIII, 2014. Il est à noter que la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, a modifié la composition des conseils de surveillance pour les établissements issus d'une fusion. De même, la **loi n°2021-502 du 26 avril 2021** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a ouvert les conseils de surveillance aux parlementaires (le député de la circonscription et un sénateur du département désigné par la commission des affaires sociales du Sénat).

³⁹⁹ Dans le domaine hospitalier, il est couramment faire usage du terme de gouvernance pour qualifier cette répartition des pouvoirs. Voir en ce sens : **MARIN Philippe**, « Hôpital public et nouvelle gouvernance », RDSS,

a. La fragmentation accentuée du corps des directeurs d'hôpital

290. Créé en France en 1941⁴⁰⁰, le corps de directeur d'hôpital a depuis lors été conforté malgré son atypie comparative, la France étant en effet un des rares pays à confier, en quasi-monopole, la direction d'établissements de santé à des fonctionnaires de catégorie A n'étant pas médecins⁴⁰¹. Pourtant, ce schéma d'organisation est similaire à celui mis en place par les groupes de cliniques privés. La seule exception française est celle des centres de lutte contre le cancer, dotés d'un statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif, sous la responsabilité d'un directeur général de formation médicale, mais systématiquement assisté d'un directeur général adjoint provenant du corps des directeurs d'hôpital⁴⁰². La seconde atypie de ce statut réside dans son unicité puisque le corps des directeurs d'hôpital inclut l'ensemble des anciens élèves de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes, formés dans la filière de directeur d'hôpital, que ceux-ci soient chefs d'établissement ou directeurs adjoints. Les seules exceptions sont les directeurs à la tête d'un centre hospitalier universitaire ou des plus importants centres hospitaliers étant nommés dans un emploi fonctionnel par détachement dans un contrat de droit public de quatre ans renouvelables, et donc pouvant ne pas être théoriquement issus de ce corps⁴⁰³. La création des groupements hospitaliers de territoire et la

n°HS 2015, pages 41-84. **OFFNER Pascale, BALTHAZARD Bernard**, « Une nouvelle organisation hospitalière – Les établissements publics à l'épreuve de la nouvelle gouvernance hospitalière, vision théorique – Structuration ou disparition des hôpitaux locaux ? », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 53-62. **SAISON-DEMARS Johanne**, « Modernisation du système de santé : une gouvernance hospitalière à géométrie variable », *RDSS*, n°04 2016, pages 633-642. **COUANAU René**, « Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital », 19 mars 2003, 81 pages.

⁴⁰⁰ Se référer à : **GUIBERT Grégory, DE MONTALEMBERT Pierre, VERDIER Fabien**, « *Directeur d'hôpital - L'essor d'une profession* », Presses de l'EHESP, 2011, 160 pages. **AUBERT François-Jérôme**, « *Les relations entre directeur et médecin à l'hôpital public - Management stratégique et décision* », LEH Editions, 2016, 193 pages. **SAISON-DEMARS Johanne**, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », *AJDA*, n°16 2010, pages 888-894. Et également : **AUBERT François-Jérôme**, « *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?* », thèse de science politique, sous la direction du Pr Pascal JAN, Université de Bordeaux, novembre 2014, 273 pages. **SCHWEYER François-Xavier**, « Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? », *Revue française des affaires sociales*, n°04 2001, pages 115-121. **SCHWEYER François-Xavier**, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique*, n°04 2005, pages 623-638. **SCHWEYER François-Xavier**, « La formation des directeurs d'hôpital, trente ans de réformes et de débats », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°05 2002, pages 111-176. **VALLANCIEN Guy**, « Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire », juillet 2008, 40 pages. **ESPER Claudine**, « Nouvelle gouvernance et statut des personnels de direction », *AJDA*, n°08 2006, pages 410-415.

⁴⁰¹ Le corps de directeur d'hôpital est régi par le **décret n° 2005-921 du 2 août 2005** portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁴⁰² Voir par exemple : **CAMHI Bérénice**, « Les centres régionaux de lutte contre le cancer : des établissements originaux sur la carte sanitaire française », *Revue Droit et Santé*, n°5 2005, pages 211-213.

⁴⁰³ Les emplois fonctionnels de directeur d'hôpital sont régis par le **décret n° 2020-959 du 31 juillet 2020** relatif aux emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière, et leur répartition en trois groupes est précisée par

modification des responsabilités entre établissements supports et établissements membres en découlant ont profondément modifié la nature du métier de directeur d'hôpital et conduit à une fragmentation croissante des différentes fonctions assumées par des directeurs appartenant au même corps.

291. Une première fragmentation intervient entre chefs d'établissements selon que ceux-ci le sont d'un établissement support ou non. Dans le premier cas, le directeur conserve sa plénitude de prérogatives et est même doté de responsabilités nouvelles à dimension territoriale que cela soit par la gestion des fonctions supports mutualisées ou par l'animation des instances du groupement. Dans le second cas, le directeur ne bénéficie même plus du pouvoir adjudicateur et est largement contraint dans ses choix de gestion par les décisions du groupement ou de son établissement support. Une deuxième fragmentation apparaît entre directeurs adjoints, là aussi selon que ceux-ci exercent ou non au sein d'un établissement support. Les premiers vont assumer des fonctions à vocation territoriale, tout particulièrement en matière d'achat ou de système d'information. Les seconds seront en grande partie départis de la dimension stratégique de leur métier pour être recentrés sur des fonctions opérationnelles et techniques pour lesquelles les ingénieurs hospitaliers et les attachés d'administration hospitalière sont mieux formés. Enfin, une troisième fragmentation se fait jour du fait du mouvement parallèle et complémentaire aux groupements hospitaliers de territoire qu'est le développement croissant des directions communes. De la sorte, un directeur adjoint, souvent qualifié de directeur délégué, assumera quasiment les mêmes responsabilités d'un site hospitalier dans le cadre d'une direction commune que précédemment un chef d'établissement autonome réalisait mais sans bénéficier pour autant d'un emploi fonctionnel. De tels mouvements sont naturels dans un environnement aussi changeant que celui de l'hôpital public et ne sont pas sans parallèle possible avec l'évolution des fonctions médicales selon leur lieu d'exercice. Cependant, la diversité des responsabilités exercées rend de moins en moins tenable une unicité de corps et nécessite sans doute un *aggiornamento* des textes réglementaires le régissant depuis plus de quinze années au cours desquelles des réformes hospitalières d'ampleur sont intervenues.

l'arrêté du 14 octobre 2020 fixant le nombre d'emplois fonctionnels par groupe énuméré à l'article 24 du décret n° 2020-959 du 31 juillet 2020 relatif aux emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière. En-dehors des postes de Directeurs Généraux de CHU bénéficiant d'un statut particulier, les emplois fonctionnels sont au nombre de 29 en groupe I, de 122 en groupe II et de 204 en groupe III. Le statut des Directeurs Généraux de CHU est quant à lui régi par **le décret n° 2012-748 du 9 mai 2012** pris pour l'application de l'article 8 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

b. La compatibilité de la répartition des pouvoirs avec la nouvelle gouvernance

292. La loi du 24 juillet 2019⁴⁰⁴ a initié un mouvement de médicalisation de la gouvernance des établissements publics de santé, et par corollaire des groupements hospitaliers de territoire, qui s'est concrétisée en 2021⁴⁰⁵. Ces dispositions prévoient notamment le renforcement des compétences de la commission médicale d'établissement, des prérogatives propres du président de cette commission et un nouveau type d'acte administratif avec une codécision⁴⁰⁶ du directeur et du président de la commission médicale d'établissement en certaines matières, notamment pour les nominations aux responsabilités de chefs de pôle ou encore pour la contractualisation interne. Les relations entre le directeur et le président de commission médicale d'établissement doivent de plus faire l'objet d'une charte de gouvernance prévoyant les moyens mis à disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions. Une telle formalisation est également mise en place entre le directeur de l'établissement support, président du comité stratégique du groupement, et le président de la commission médicale de groupement. Enfin, ce mouvement de médicalisation de la prise de décision se concrétise au niveau du groupement hospitalier de territoire par la mise en place d'une

⁴⁰⁴ Voir en ce sens : **Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé – article 37-III : « A.- Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi, en vue, d'une part, de tirer les conséquences des dispositions du I du présent article sur les établissements publics de santé et les groupements hospitaliers de territoire et de renforcer leur gouvernance médicale et, d'autre part, d'ouvrir une faculté aux établissements parties à un groupement hospitalier de territoire d'approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à : 1° Mettre en cohérence le fonctionnement et les champs de compétences des commissions médicales d'établissement et des commissions médicales de groupement ainsi que les attributions de leurs présidents respectifs ; 2° Etendre les compétences des commissions médicales d'établissements et de groupements ; 3° Définir l'articulation des compétences respectives en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des directeurs d'établissements parties à un groupement hospitalier de territoire et des directeurs d'établissements support de groupement hospitalier de territoire (...) ».

⁴⁰⁵ Se référer à l'**ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021** relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, complétée par le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et par le **décret n°2021-676 du 27 mai 2021** relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement. Voir aussi : **ZACHARIE Clémence**, « Médicalisation des décisions hospitalières ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ? », RDSS, n°05 2021, pages 892-901.

⁴⁰⁶ La codécision en matière de nomination des responsables médicaux de l'établissement prend la forme d'une décision signée à la fois par le chef d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement. Juridiquement, cette codécision ne modifie en rien la responsabilité assumée pleinement et uniquement par le chef d'établissement, seul représentant légal de l'établissement. Aussi, nous pouvons considérer que la codécision reste en réalité la décision du chef d'établissement à laquelle doit s'adjoindre désormais un avis préalable et conforme du président de la commission médicale d'établissement. Il est à noter qu'en réalité ce mode de fonctionnement entre le chef d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement correspondait déjà à la pratique dans une grande majorité des établissements publics de santé.

commission médicale de groupement et d'une fonction mutualisée de gestion des ressources humaines médicales pour accompagner le déploiement du projet médical partagé.

293. Malgré ces avancées notoires, la question reste ouverte de la compatibilité du fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire avec cette nouvelle médicalisation de la gouvernance des établissements publics de santé⁴⁰⁷. En effet, pour les communautés médicales et soignantes, les groupements hospitaliers de territoire restent un objet éloigné et perçu comme technocratique. La mise en place d'une commission médicale de groupement vise à contrecarrer cette vision en faisant émerger une communauté médicale de territoire. Néanmoins, la médicalisation de la gouvernance au niveau des établissements publics de santé est partiellement vidée de sa substance par l'effet de la centralisation progressive des décisions stratégiques au niveau du groupement. Certes, la gouvernance de celui-ci fait également l'objet d'une médicalisation mais, dans la très grande majorité des cas, cette gouvernance va se concrétiser par un binôme entre le directeur de l'établissement support et le président de la commission médicale de groupement, qui sera très souvent le président de la commission médicale de l'établissement support. Ainsi, si globalement la gouvernance se médicalise, l'effet centripète du groupement hospitalier de territoire réduit le champ des possibles de la gouvernance médicale de chacun des établissements membres. Celle-ci sera bien entendu toujours décisionnaire en matière d'organisation au quotidien des activités, mais sera en partie dépossédée de ses marges de manœuvre stratégiques. La seule désignation des présidents des commissions médicales d'établissements en qualité de membres de droit de la commission médicale de groupement ne permettra pas d'inverser une telle dynamique.

Section II : Une incertitude persistante sur l'opérationnalité des groupements hospitaliers de territoire

294. Les groupements hospitaliers de territoire se trouvent dans une position ambivalente. Leur nature intégrative paraît indispensable, que cela soit ou non souhaité voire souhaitable,

⁴⁰⁷ Sur la gouvernance d'un établissement public de santé, consulter : **BUDET Jean-Michel**, « La gouvernance interne des établissements publics de santé, un subtil copilotage », Revue Droit et Santé, n°HS 2013, pages 359-366. **CASTAING Cécile**, « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, n°36 2011, pages 2055-2062. **DUPONT Marc**, « La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ? », RDSS, n°5 2009, pages 791-805. **ESPER Claudine**, « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? », RDSS, n°5 2005, pages 766-778. **MARIN Philippe**, « Hôpital public et nouvelle gouvernance », RDSS, n°HS 2015, pages 41-84. **SAISON-DEMARS Johanne**, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », AJDA, n°16 2010, pages 888-894. **COUTY Edouard, SCOTTON Claire**, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux », mars 2013, 76 pages.

pour aborder les enjeux considérables de l'organisation de l'offre de soins. Cependant, l'absence de clarté de cette nature intégrative a conduit à une mise en place contrastée et au maintien antinomique d'anciennes règles consacrant l'autonomie de gestion des établissements membres. Cela a eu une conséquence directe sur l'opérationnalité de l'action des groupements, avant tout dans le domaine central de la détermination et du déploiement d'une offre de soins sécurisée et graduée au sein du territoire. Surtout, l'opérationnalité des groupements est questionnée du fait d'un dévoiement de l'objectif des groupements par les agences régionales de santé⁴⁰⁸ qui logiquement tendent à s'appuyer sur ceux-ci dans une optique de régulation de ses établissements membres et non pas de constitution d'un groupe public. Or, dans les deux cas de figure, le groupement manque encore d'outils juridiques pour être totalement efficace.

295. Nous aborderons en ce sens les difficultés concrètes de l'organisation graduée des soins (paragraphe I), puis nous analyserons la tentation d'une régulation par les groupements hospitaliers de territoire (paragraphe II).

Paragraphe I : Les difficultés concrètes de l'organisation graduée des soins

296. La dimension territoriale de l'organisation des soins que suppose les groupements hospitaliers de territoire représente un dépassement, voire une remise en cause, de tous les schémas de pensée et de fonctionnement d'une activité médicale. Cela découle probablement en partie de l'hospitalo-centrisme souvent reproché à l'hôpital public et aussi à une « atomisation » interne des établissements au gré de la spécialisation accrue de chaque discipline médicale ou chirurgicale⁴⁰⁹. Mais l'ambiguïté maintenue concernant la nature des groupements handicape l'organisation territoriale de l'offre de soins dont l'élaboration et le

⁴⁰⁸ Ce constat vient contrebalancer les ambitions liées à la création des agences régionales de santé. Voir notamment : **MORO François**, « L'administration du système de santé. Les effets de la création de l'agence régionale de santé », thèse de droit public, sous la direction du Professeur Emmanuelle MARC, Université Montpellier I, janvier 2014, 620 pages.

⁴⁰⁹ Cette « atomisation » a été à l'origine de la création des pôles cliniques et médicotechniques. Sur ce thème, consulter par exemple : **DOMY Philippe, FRECHOU Denis, MARTINEAU Frédéric, MÜLLER Christian**, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé », mars 2014, 32 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », juillet 2010, 124 pages. **DUPUY Olivier**, « Réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé : quelle autorité des praticiens responsables de pôle ? », Revue Droit et Santé, n°12 2006, pages 340-347. **LACHENAYE-LLANAS Chantal**, « Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – Une impérative obligation, mais une construction pas à pas », Le management de pôles à l'hôpital, 2012, pages 179-198. **VILLENEUVE Pierre**, « Gouvernance interne des établissements publics de santé : vers de nouveaux équilibres en termes de règlement intérieur et de gestion des pôles d'activité », Les cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 42-44.

déploiement lui ont été confiés. Le maintien de l'autonomie théorique de chaque établissement membre induit des difficultés d'articulation entre le projet médical partagé et le projet médical de chaque établissement bien que ce dernier se doit d'être conforme aux orientations territoriales. La révision de la gouvernance médicale remettant en avant la notion de service s'avère aussi contradictoire avec une territorialisation de l'offre de soins. Cet entre-deux conduit à poser avec insistance la question de l'opérationnalité possible du groupement hospitalier de territoire dans le pilotage de l'offre de soins au sein d'un territoire.

297. Nous constaterons en ce sens que les groupements hospitaliers de territoire induisent une organisation médicale peu lisible (A) et que cette organisation graduée des soins conduit à remettre en cause de nombreuses pratiques (B).

A) Une organisation médicale peu lisible

298. Un établissement de santé se définit par son offre de soins, celle-ci peut être plus ou moins élaborée en fonction de sa complétude elle-même liée à la taille de l'établissement, et par exemple à son caractère hospitalo-universitaire ou non. Mais, schématiquement l'offre de soins d'un établissement est facilement lisible et se répartit en grands ensembles comme la médecine, la chirurgie, la périnatalité, eux-mêmes subdivisés en services correspondant généralement aux grandes disciplines telles que la chirurgie orthopédique, la neurologie ou l'obstétrique⁴¹⁰. Chaque service a son projet et est piloté par un médecin chef de service assisté d'un cadre paramédical animant une équipe prenant en charge les patients. Par parallélisme, nous pourrions nous demander quelle est l'offre de soins d'un groupement. Il pourrait s'agir de la juxtaposition de l'offre de soins de chacun de ses établissements membres, mais à ce moment-là l'intérêt du groupement serait limité. Surtout, une offre de soins véritablement territoriale doit être fondée sur un projet de prise en charge et être dotée d'un pilotage permettant une harmonisation des pratiques au sein du territoire.

299. Nous observerons au contraire que les projets médicaux partagés restent dénués de fond et de pilotage (a), et que l'articulation s'avère difficile entre les orientations médicales régionales et territoriales (b).

⁴¹⁰ Les disciplines médicales et chirurgicales sont déterminées par l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines de santé.

a. Le risque de projets médicaux partagés dénués de fond et sans pilotage

300. La lisibilité d'une organisation médicale se fonde sur son projet, en l'occurrence le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. La réglementation a souhaité encadrer son élaboration afin de s'assurer de son effectivité, cependant les conditions fixées se sont avérées au contraire contreproductives et ont conduit à des projets médicaux partagés peu opérationnels. Tout d'abord, le calendrier d'adoption des projets médicaux partagés était contraint, laissant à peine six mois aux acteurs pour définir les orientations principales et un an pour formaliser un projet complet. De plus, en ayant voulu détailler précisément le contenu attendu du projet médical partagé, la réglementation en a fait une tâche insurmontable. Au lieu de progresser peu à peu, filière de prise en charge par filière de prise en charge, le projet médical partagé d'un groupement doit au contraire embrasser l'ensemble des filières. Cela conduit à retenir le plus petit dénominateur commun et à élaborer un projet médical partagé au contenu limité dans son ambition de réorganisation de l'offre de soins pour la sécuriser par le biais d'une gradation des prises en charge⁴¹¹. Avec un tel résultat, nous pouvons nous interroger sur l'apport des groupements hospitaliers de territoire en la matière et en tout état de cause, cela ne favorise pas la lisibilité de son action tant par les professionnels de santé que par les autres parties prenantes⁴¹². De même, une convergence des calendriers d'élaboration du projet médical partagé et des projets médicaux des établissements membres serait opportune afin de créer une dynamique vertueuse ou du moins davantage de cohérence entre ces différents documents stratégiques.

⁴¹¹ La réglementation a évolué en ce sens comme le note : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et spécifiquement page 65 : « *Le décret du 27 mai 2021 vient apporter une précision relative au contenu du projet médical partagé du GHT ; selon la version qui sera en vigueur au 1^{er} janvier 2022, le contenu de ce projet a vocation à porter « en particulier » sur « des filières de soins identifiées comme prioritaires ». Ainsi la compétence des instances de gouvernance du GHT, à commencer par le comité stratégique et la CMG, qui est définie en relation avec ce PMP, a vocation à s'exercer aussi principalement dans le cadre de ces filières définies comme prioritaires.* ».

⁴¹² Voir par exemple : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment page 42 : « (...) Différentes difficultés sont mentionnées : des velléités d'autonomie dans le choix des investissements, ou pour le maintien de partenariats antérieurs public/privé (en biologie notamment), une pénurie de candidats qui pèse sur les recrutements de professionnels en pharmacie ou en imagerie ; des coûts humains et logistiques afférents aux distances entre les sites ; des capacités d'investissement insuffisantes. ». **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et spécifiquement page 64 : « (...) Ainsi, les grands équilibres en termes d'implantation de l'offre de soins seront, selon toute vraisemblance, conservés au terme de la première génération des PMP, sauf à ce que des mesures externes au GHT puissent intervenir (réforme des autorisations, fermeture de sites faute de ressource médicale). Dans tous les cas, ces restructurations seront majoritairement subies car non anticipées dans le cadre de PMP. »

301. Au-delà de son contenu, le projet médical partagé du groupement tend à achopper dans le pilotage concret et quotidien de l'organisation médicale. Comme dans une unité de soins classique d'un établissement de santé, l'activité d'une filière territoriale de prise en charge doit être pilotée. Il s'agit d'une condition *sine qua non* afin de répartir de façon pertinente la ressource humaine médicale nécessaire, d'harmoniser les pratiques de prise en charge et de coordonner les parcours des patients au sein du territoire. Dans un établissement de santé, la réponse est simple car il y a un chef de service nommé par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement. Au sein d'un groupement hospitalier de territoire, la situation est beaucoup plus délicate car la possibilité de créer des pôles inter-établissements ne peut s'envisager pour l'ensemble des filières. Le directeur de l'établissement support, en sa qualité de président du comité stratégique, pourrait désigner un pilote de filière territoriale, là aussi conjointement avec le président de la commission médicale de groupement. Cependant, un chef de service dans la discipline considérée serait légitime à arguer qu'il ne peut reconnaître l'autorité d'un pilote de filière nommé par une gouvernance territoriale sous l'autorité de laquelle il ne se trouve pas lui-même. Le pilotage des filières territoriales de prise en charge, pourtant fondamental à leur effectivité, ne peut ainsi reposer que sur la volonté de l'ensemble des praticiens d'une discipline et sur la légitimité naturelle du pilote désigné de la sorte. Ces conditions sont particulièrement complexes à réunir et bon nombre de filières ne peuvent finalement pas s'organiser médicalement comme une organisation médicale territoriale le supposerait⁴¹³.

⁴¹³ Sur la nécessité de structurer l'exercice médical territorial, voir le point de vue de : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 53 : « (...) *Dans une certaine limite, les GHT peuvent améliorer l'organisation des établissements face à cette pénurie de médecins et renforcer l'attractivité de l'exercice à l'hôpital. Lors des visites conduites par vos rapporteurs, il est apparu, en particulier, que le développement de l'exercice médical à temps partagé entre plusieurs sites du GHT était une modalité considérée comme prometteuse de la part de la plupart des acteurs, y compris des étudiants en médecine. Souvent cofinancés par l'ARS, ces exercices à temps partagé permettent aux médecins de cumuler l'expérience de deux établissements différents, avec parfois des exercices très complémentaires de leur métier. (...) L'exercice en temps partagé devient d'autant plus attractif pour les médecins lorsqu'il peut être structuré dans le cadre d'une équipe médicale de territoire (EMT), reposant sur une organisation bien établie, un projet, des moyens définis. Cette équipe se définit comme une équipe de médecins qui assument la responsabilité de l'organisation de leurs missions sur plusieurs établissements au service d'un territoire, conformément au projet médical partagé, dans le cadre d'une organisation des soins entre les différents sites permettant de répondre aux besoins des patients. La gestion peut en être confiée à l'hôpital support du GHT, sans que ce soit une obligation.* ». Et également : **BARBOT Jean-Marie**, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », Les Cahiers de la Fonction Publique n°364, mars 2016, pages 45-49. **LE MENN Jacky, CHALVIN Paul**, « L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public », juin 2015, 274 pages.

302. Ces écueils nous paraissent réels mais ceux-ci s’aplaniront sans doute avec le temps. Cette première phase de tangage semble naturelle tant il est complexe de sortir d’une logique d’établissement pour passer à une vision territoriale. De même, les enjeux interpersonnels, parfois fondés sur des antagonismes historiques, trouveront à s’apaiser progressivement. Cependant, le rôle de coordonnateur de filière médicale de territoire mériterait d’être défini et reconnu afin d’instaurer un pilotage médical clair sans avoir à recourir à la constitution d’un pôle inter-établissements.

b. L’articulation difficile entre les orientations régionales et territoriales

303. La question de la cohérence est essentielle pour l’élaboration d’un projet médical partagé, celui-ci doit donc se fonder sur les orientations régionales édictées par l’agence régionale de santé après un diagnostic territorial de l’offre de soins et des besoins de santé de la population desservie. Trois interrogations émergent cependant concernant cette articulation entre les orientations régionales et le contenu du projet médical partagé. En premier lieu, comme pour les projets médicaux d’établissement, une convergence calendaire entre l’élaboration du projet régional de santé et les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire de la région serait opportune. Cela pourrait passer par un calendrier resserré prévoyant une élaboration des projets médicaux partagés dans les six mois suivants la publication du projet régional de santé avec une lettre de cadrage préalable permettant aux groupements d’avancer dans leurs réflexions en amont de la publication officielle du projet régional de santé⁴¹⁴. Une méthodologie similaire pourrait être édictée au sein de chaque groupement pour favoriser l’articulation entre le projet médical partagé et les projets médicaux d’établissement. Une deuxième interrogation porte sur la compatibilité entre le projet médical partagé et les

⁴¹⁴ Cette convergence calendaire permettrait de résoudre le constat de suivi perfectible des projets médicaux partagés par les agences régionales de santé. Voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d’étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et spécifiquement pages 70-71 : « (...) Les ARS ont mis en place un dispositif de suivi rapproché des GHT, souvent élaboré et précis. Certaines réunissent, le plus souvent sur base annuelle, des « comités stratégiques », avec l’ensemble des GHT, pour examiner des enjeux régionaux et transversaux. Des réunions thématiques consacrées à tel aspect de la gestion des GHT (achats, systèmes d’informations...) peuvent être également programmées, quoique plus rarement. La plupart organise des rencontres spécifiques ou « dialogues de gestion », annuels ou semestriels, avec chaque GHT, généralement au niveau de l’ARS, plus rarement à celui des délégations territoriales. (...) D’autres ARS signalent des initiatives de suivi des PMSP, sous forme de réunions spécifiques ou d’outils dédiés. Globalement, il apparaît néanmoins que les PMSP et les différentes filières de soins sont d’appréhension moins aisée pour les ARS, et que les objectifs de gradation et de qualité des prises en charge sont moins facilement traçables que ceux relatifs aux fonctions support. »

orientations fixées par l'agence régionale de santé à chacun des établissements membres à travers leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Par exemple, il se peut qu'en conformité avec le projet régional de santé, un groupement prévoit dans son projet médical partagé une réorganisation des structures d'urgence en transformant certaines d'entre elles en centres de soins non programmés, et que dans le même temps l'agence régionale de santé fixe pour un établissement membre considéré le maintien de sa structure d'urgence comme un objectif prioritaire. L'établissement en question devra privilégier l'objectif contractualisé avec l'agence régionale de santé au détriment de la stratégie territoriale déterminée et pourtant approuvée par le régulateur au travers de la convention constitutive du groupement. Le droit d'option déjà prévu d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique au niveau du groupement doit permettre de dépasser ces contradictions et par conséquent se systématiser. La troisième interrogation relève du même type d'injonctions contradictoires entre le groupement hospitalier de territoire et l'agence régionale de santé. De cette façon, le groupement élabore une organisation à travers son projet médical partagé, mais doit aussi la faire prospérer pendant les cinq années suivantes. Or, l'activité médicale avant d'être réalisée repose sur une décision administrative d'autorisation d'activités de soins ou d'équipements lourds. Cette décision est demandée par les établissements membres individuellement, après un avis du comité stratégique du groupement, et leur est octroyée également individuellement. La question de la territorialisation des autorisations sanitaires se pose ainsi avec insistance afin de pouvoir modifier rapidement l'offre de soins en cas de nécessité par simple décision du groupement⁴¹⁵.

304. La difficulté d'articulation des orientations du projet médical partagé induit également une interrogation sur la compatibilité de la stratégie du groupement hospitalier de territoire et des coopérations préexistantes de chacun des établissements membres. La complexité d'établir une organisation graduée des soins entre établissements membres d'un groupement renvoie ainsi une nouvelle fois à la nature ou non intégrative des groupements. L'intégration n'ayant pas été affichée clairement, les établissements membres peuvent légitimement se poser la question de l'exclusivité de leur appartenance au groupement hospitalier de territoire. Un établissement membre doit participer à l'élaboration du projet médical partagé, à son adoption et à son déploiement et son propre projet médical d'établissement doit être conforme au projet médical partagé du groupement. Ces éléments sont importants mais ne permettent pas à eux

⁴¹⁵ A ce sujet, consulter : **APOLLIS Benoît**, « Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier », RDSS, n°03 2020, pages 433-441. **CORMIER Maxence**, « Titularité et exploitation des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 484-493. **CORMIER Maxence**, « Le droit des autorisations hospitalières est-il un frein à la coopération inter hospitalière ? », RDSS, n°02 2003, pages 250-268.

seuls d'aboutir à une stratégie de groupe public. Deux situations peuvent juridiquement se poser et apparaître en contradiction potentielle avec les objectifs du groupement hospitalier de territoire. Tout d'abord, en amont de la création du groupement hospitalier de territoire, un établissement membre peut avoir développé des coopérations avec d'autres établissements non membres du groupement. Dans ce cadre, cet établissement membre peut se demander s'il doit ou non mettre fin à de telles coopérations pour réorganiser ses relations exclusivement avec les autres établissements membres de son groupement. De même, après la constitution du groupement, un établissement membre reste doté de sa capacité juridique à signer des conventions de coopération sans validation préalable du comité stratégique. En l'absence de réel dispositif de résolution des conflits au sein des groupements, et n'ayant pas modifié son projet médical ou déposé une demande d'autorisation, le groupement hospitalier de territoire se trouve démuné pour dénoncer une telle convention de coopération si elle s'avère ne pas être cohérente avec la stratégie définie par le groupement⁴¹⁶. L'absence de clarté sur l'exclusivité de l'appartenance au groupement ou du moins de mécanismes plus élaborés de contrôle de l'action des établissements membres par le comité stratégique ou l'établissement support ne permet pas un alignement stratégique plein et entier et peut favoriser des comportements de « passager clandestin » par certains membres.

305. Ces questionnements renvoient au débat concernant la finalité des groupements hospitaliers de territoire, tenaillés entre groupes publics hospitaliers de territoire ou coordonnateurs des acteurs hospitaliers d'un territoire, quel que soit leur statut. La nature intégrative des groupements nous conduit à privilégier la constitution d'un groupe public. Cependant, les établissements publics de santé ne détiennent pas l'entièreté de l'offre de soins, bien qu'étant largement majoritaires, et peuvent connaître des difficultés notables pour certaines

⁴¹⁶ Si juridiquement un établissement public de santé reste libre de conventionner avec d'autres acteurs, il nous semble que cela n'est pas conforme à l'esprit de la réforme. En effet, nous interprétons les mécanismes d'association et de partenariat au groupement hospitalier de territoire comme une centralisation des relations avec les autres acteurs de santé, ne devant désormais plus faire l'objet de rapports bilatéraux avec un établissement membre. Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement les extraits pages 46-47 : « (...) Lors de leurs visites de terrain, vos rapporteurs ont constaté que si le GHT n'avait pas été un vecteur de restructuration de l'offre de soins, il avait tout de même permis de donner une nouvelle dynamique à des coopérations préexistantes, ou de réorienter ces coopérations pour les inscrire dans le cadre du GHT. (...) Ces exemples suggèrent ainsi que le travail conduit dans le cadre des instances du GHT n'a peut-être pas été à la hauteur des attentes de la réforme de 2016, mais qu'il a pu produire des effets bénéfiques. Dans de nombreux territoires, y compris au sein de GHT considérés comme « peu avancés » dans la mise en œuvre de la réforme, de belles dynamiques ont pu voir le jour. L'IGAS souligne ainsi, dans son rapport daté de 2019, que le bilan des GHT en trois ans de coopération serait considérablement plus significatif que celui de toutes les formes de coopération hospitalière mises en œuvre auparavant. »

disciplines. Le groupement hospitalier de territoire ne doit en ce sens pas conduire à un entre-soi exclusif et des coopérations avec les autres acteurs hospitaliers doivent être développées au bénéfice de la population desservie. Il apparaîtrait ainsi contre-productif de remettre en cause des coopérations existantes et donnant satisfaction. La question fondamentale est celle du partage d'information entre les établissements membres du groupement. L'instauration d'un processus d'avis préalable du comité stratégique nous semble trop lourd et trop attentatoire à l'autonomie restante des établissements membres. Le modèle de la direction commune pourrait être un dispositif maintenant une agilité pour chaque établissement tout en favorisant un alignement stratégique.

B) Une organisation graduée source de remise en cause des pratiques

306. En plus d'être difficilement intelligible et pilotable au quotidien, l'organisation médicale d'un groupement hospitalier de territoire doit se confronter à la remise en cause de nombreuses pratiques. Nous interrogerons tout d'abord la structuration des soins en filières inter-établissements à l'aune de la liberté de choix des patients (a), avant de nous questionner sur la place des pôles inter-établissements à l'heure de la résurgence de la notion de service (b).

a. Les filières inter-établissements et la liberté de choix des patients

307. L'organisation graduée des soins que les groupements hospitaliers de territoire doivent construire reste fondée sur le présupposé que le parcours des patients s'organise nécessairement au sein des établissements du groupement. En ayant une offre de soins coordonnée selon l'état de santé du patient et la sévérité de sa prise en charge, en disposant d'un système d'information et donc de données médicales communes, le parcours du patient doit en effet être lisible et fluide même en cas de changement d'établissement au cours de son séjour hospitalier. Il s'agit là aussi d'une organisation s'assurant que même en cas de réorganisation de l'offre de soins, conduisant à l'arrêt de certaines activités dans un établissement, la population desservie dans son bassin de vie continuera à avoir accès à une plénitude de prise en charge du fait de son organisation graduée avec les autres établissements membres du groupement et en premier lieu avec son établissement support. Ce présupposé théorique connaît cependant deux failles liées au principe

fondamental de la liberté de choix du patient concernant son lieu de prise en charge⁴¹⁷. Ainsi, un patient pris en charge dans un établissement du groupement mais devant être transféré afin de bénéficier d'un plateau technique plus performant non disponible sur place, peut tout à fait refuser ce transfert dans un autre établissement du groupement et demander à être muté vers un établissement par exemple privé du territoire. Sous réserve de l'acceptation de ce dernier établissement et de sa disponibilité en capacités d'hospitalisation, le choix du patient ne peut pas être récusé et est basé par exemple sur des considérations de réputation médicale, de proximité géographique ou encore de conditions hôtelières d'accueil jugées plus favorables. De même, la liberté de choix du patient peut le conduire à ne pas s'adresser directement à l'établissement du groupement le plus proche de son lieu de résidence. Le patient peut préférer effectuer un trajet plus long mais être pris en charge directement dans l'établissement support du groupement au titre que celui-ci bénéficie d'un environnement médical plus sécurisé que l'établissement de proximité⁴¹⁸. Ce « nomadisme médical » handicape nécessairement la construction d'une organisation graduée de l'offre de soins. L'établissement acceptant de transformer son offre de soins risque de voir son activité diminuer de façon bien plus conséquente que purement proportionnelle à sa réorganisation. Cela conduit la plupart des établissements à vouloir maintenir une offre de court séjour et notamment un plateau technique lourd malgré les conditions de sécurité des soins et la réalité de la démographie médicale. En ce sens, le risque réside dans le fait que ces établissements puissent voir le groupement, et son établissement support, comme un « fossoyeur » de leur offre de soins, afin de capter davantage de patientèle.

⁴¹⁷ Voir en ce sens : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », JDSAM, n°34 2022, pages 27-32. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Parcours et droits du patient », RDSS, n°03 2021, pages 435-444. **SAISON Johanne**, « Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé », RDSS, n°03 2021, pages 395-404. **TRUCHET Didier**, **APOLLIS Benoît**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 2022, 340 pages.

⁴¹⁸ Ce comportement s'appelle un « taux de fuite » et est suivi et analysé par le département d'information médicale. Il s'agit de vérifier par pathologie où les habitants d'une commune se sont faits prendre en charge en hospitalisation et de comparer ces résultats avec la zone théorique de responsabilité d'un établissement de santé. Ces taux de fuite sont le révélateur de la réputation d'un service et de l'évaluation de la qualité des soins dispensés qui en est faite par la population locale. L'objectif d'un établissement de santé est par conséquent de réduire ce taux de fuite. A l'inverse, un établissement peut avoir une « attractivité » dépassant sa zone de responsabilité, il s'agit alors d'un « hôpital magnétique ». Voir par exemple : **BRUNELLE Yvon**, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », Pratiques et Organisation des Soins, n°01 2009, pages 39-48. **SIBE Mathieu**, « L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail », thèse de doctorat en sciences de gestion, sous la direction du Professeur David ALIS, Université Rennes I, novembre 2014.

b. Les pôles inter-établissements à l'heure de la résurgence de la notion de service de soins

308. Le dernier obstacle à une organisation médicale graduée réside dans sa structuration juridique, reprenant en cela les constats concernant le difficile pilotage des filières territoriales de prise en charge. Des activités médicales pouvaient déjà être structurées entre plusieurs établissements avant le groupement hospitalier de territoire en ayant recours à la fédération médicale inter-hospitalière ou au groupement de coopération sanitaire, mais ces deux outils juridiques étaient cependant soit trop peu opérationnels, soit trop contraignants. La réglementation a par conséquent doté les groupements hospitaliers de territoire d'un nouvel outil en leur ouvrant la possibilité de créer des pôles inter-établissements⁴¹⁹. Il s'agit là d'un pôle d'activité médicale ou médicotechnique conforme à la pratique au sein des établissements publics de santé⁴²⁰ tant en termes de nomination de son responsable, que de contractualisation avec la direction de l'établissement support ou d'autorité du chef de pôle sur l'ensemble des équipes. Il est à noter que le chef d'un pôle inter-établissements est par ailleurs membre de droit de la commission médicale de groupement, ce que nous estimons à long terme complexe à assumer si toutes les filières venaient à se structurer de la sorte. Plusieurs points sont cependant à soulever concernant le fonctionnement de ce pôle inter-établissements car la réglementation ne prévoit pas son périmètre, ainsi un pôle peut être constitué dans une discipline donnée mais ne pas inclure l'ensemble des services de cette discipline en limitant son périmètre à certains établissements membres et non pas à l'entièreté du groupement. A l'évidence, une telle pratique créerait une dualité préjudiciable de l'organisation médicale d'une même discipline au sein d'un groupement. Néanmoins, la réglementation a été clairvoyante en ne prévoyant pas l'inclusion de l'ensemble des établissements concernés dans ce pôle inter-établissements, notamment au regard du périmètre géographique très étendu de certains groupements. Un deuxième questionnement dans le fonctionnement du pôle inter-établissements réside dans la réalité de

⁴¹⁹ Se référer au **décret n° 2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 614693. I. Les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles inter établissements d'activité clinique ou médicotechnique. ».

⁴²⁰ Il s'agit là en effet d'une préconisation des travaux préparatoires. Voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et particulièrement page 18 : « Le pôle inter-établissement est l'outil privilégié pour organiser en commun des activités en ce qu'il met en place une responsabilité médicale de territoire, habilitée à définir les modalités de structuration des activités et concernant l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Le cadre juridique du pôle inter-établissement nécessite d'être créé, par transposition au cadre défini pour les pôles internes à un établissement. Bien qu'associant des professionnels de différents établissements, le pôle inter-établissement doit être supporté par l'établissement support. (...) ».

l'autorité octroyée au chef de pôle, celui-ci ayant comme mission d'affecter les personnels en fonction de l'activité réalisée et des contraintes de son organisation. Or, les personnels restent affectés à leur établissement d'origine ce qui fait qu'un chef de pôle ne peut pas transférer un médecin d'un établissement à un autre sans l'accord des directeurs respectifs et de la formalisation d'une convention de mise à disposition⁴²¹.

309. Plus fondamentalement, la mise en place de pôles inter-établissements semble un outil intéressant pour résoudre la difficulté de pilotage des filières territoriales de prise en charge. Cependant, deux critiques peuvent être émises à l'encontre d'une telle structuration des activités de soins. Tout d'abord, elle est en opposition avec la résurgence de la notion de service dans l'organisation interne des établissements publics de santé. Après la mise en place de la nouvelle gouvernance et de l'organisation polaire⁴²², les prérogatives des chefs de service et leur place dans la gouvernance de l'établissement se sont vues diminuer. Or, les pôles d'activité ont bien souvent été constitués sur la base de proximités personnelles et non de véritables projets médicaux alors même que l'activité médicale « de base » est réalisée au niveau des services. Cette situation a conduit à remettre en cause l'organisation polaire sans la faire disparaître totalement et tout en rappelant le rôle fondamental du service. Le deuxième point d'achoppement est la confrontation entre le déploiement de pôles inter-établissements et la simplification administrative. La logique voudrait en théorie qu'un pôle inter-établissements soit déployé quasiment pour chacune des disciplines du territoire ce qui créerait une technostructure d'une trentaine de pôles inter-établissements auxquels il faudrait rajouter les différents services au sein de chaque établissement. Le résultat en serait une organisation complètement kafkaïenne des établissements et du groupement hospitalier de territoire confortant la problématique existante d'enchevêtrement des compétences⁴²³.

⁴²¹ Cette difficulté n'a pas pu être résolue malgré la nécessité pointée dès les travaux préparatoires. Consulter par exemple : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et spécialement page 19 : « (...) Pour mettre en œuvre sa mission, nous recommandons de confier au chef de pôle inter-établissement les mêmes moyens qu'au chef de pôle. Cela signifie qu'il bénéficie donc de l'autorité fonctionnelle sur les professionnels du pôle, quel que soit l'établissement employeur de ces professionnels. A ce titre, il doit pouvoir organiser l'activité des professionnels en affectant les ressources afin de mettre en œuvre la stratégie médicale du GHT. Sa responsabilité à l'égard des personnels doit également comprendre une mission d'organisation de la concertation interne. (...) ».

⁴²² Sur l'organisation polaire, se référer à l'**ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁴²³ Pour cette raison notamment les pôles inter-établissements ne sont actuellement que peu utilisés par les groupements hospitaliers de territoire. Consulter notamment : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et son analyse en page 68 : « Sur les 1 902 filières de soins analysées par la Cour au sein des 129 PMP disponibles, seules 99 filières prévoient la création à court ou moyen terme d'un pôle inter-établissements (soit 5,2 %) dans 47 GHT différents. En décembre 2019, l'IGAS constate que seuls 31 GHT ont déclaré l'existence d'un ou plusieurs PIE1. L'ensemble des filières cliniques et médicotechniques sont concernées par la mise en œuvre de PIE, bien que cela soit souvent de façon

Paragraphe II : La tentation d'une régulation par les groupements hospitaliers de territoire

310. L'opérationnalité des groupements hospitaliers de territoire est mise en question au regard des difficultés structurelles pour construire une organisation graduée de l'offre de soins. Mais, leur positionnement est également mis en balance du fait de missions que les autorités de régulation souhaiteraient voir confier aux groupements, en-dehors de leurs compétences réglementaires. Nous analyserons ainsi la délégation de la régulation organisée par les agences régionales de santé au profit des groupements hospitaliers de territoire (A), alors que ceux-ci manquent d'outils réels pour assumer de telles missions de régulation (B).

A) Une délégation de la régulation organisée par les agences régionales de santé

311. Comme l'a démontrée la période de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19⁴²⁴, la tentation est grande pour les agences régionales de santé de se reposer sur les groupements hospitaliers de territoire pour coordonner voire piloter un territoire. Dans cette configuration, il est attendu du groupement qu'il prenne des décisions devant relever normalement du régulateur. En ce sens, nous nous demanderons si les groupements hospitaliers de territoire sont un démembrement des agences régionales de santé (a), avant de voir que le projet médical partagé constitue un outil de responsabilisation des acteurs du groupement (b).

a. Les groupements hospitaliers de territoire, un démembrement des agences régionales de santé ?

312. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a démontré le rôle majeur des groupements hospitaliers de territoire et leur utilisation opérationnelle par les agences régionales de santé. Les établissements supports de groupements ont été investis de fait d'une

très modeste. Deux filières sont particulièrement concernées : les filières urgences (11 projets de PIE) et imagerie (10 projets). (...) »

⁴²⁴ Voir : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19 », juin 2020, 164 pages. Et plus largement sur les implications juridiques de la gestion de crise, voir : **TRUCHET Didier**, « Avant l'état d'urgence sanitaire : premières questions, premières réponses », RFDA, n°04 2020, pages 597-603. **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « État d'urgence sanitaire et droit à la protection de la santé », Revue Justice et Cassation, 2021, p. 103. Et plus largement : **TRUCHET Didier**, « L'urgence sanitaire », RDSS, n°03 2007, p. 411.

mission de régulation dans l'ouverture et la répartition des capacités d'hospitalisation, tant dans les établissements publics que privés, de patients Covid et non-Covid au sein de leurs territoires. Les établissements supports ont également rempli le rôle d'établissements pivots dans le cadre du déploiement de la campagne de dépistage puis de la campagne de vaccination. Ils ont dû enfin assurer un soutien logistique et médical aux établissements médico-sociaux et sociaux de leur territoire. En période de crise sanitaire, une telle organisation apparaît tout à fait opportune, l'agence régionale de santé étant une autorité de régulation ne disposant pas de capacités opérationnelles d'action. Cependant, cette réussite peut questionner à deux niveaux concernant l'objectif des groupements et l'organisation des agences régionales de santé. En premier lieu, une telle coordination territoriale confiée aux établissements supports de groupement apparaît antinomique de la nature intégrative des groupements. La gestion de la crise a renforcé la dynamique des groupements et l'intégration de fait dans la prise de décision des différents établissements membres, ainsi une étape cruciale a été franchie dans la constitution de groupes publics. Aussi, il apparaît étonnant de la part de l'agence régionale de santé de positionner de tels groupements en coordination territoriale vis-à-vis d'établissements privés ou médico-sociaux et sociaux sur lesquels ils n'ont aucune autorité et légitimité. Deuxièmement, confier une mission de régulation aux groupements hospitaliers de territoire revient directement à nier l'organisation interne des agences régionales de santé. En effet, celles-ci reposent sur un siège régional concentrant généralement la plupart des décisions importantes, et des délégations territoriales, souvent départementales, qui sont l'interlocuteur de proximité des établissements hospitaliers, mais aussi de l'ensemble des acteurs de santé et des autorités locales, qu'il s'agisse des collectivités territoriales ou des autorités préfectorales. Ces délégations territoriales ont au contraire vocation à se renforcer ce qui ne serait être compatible, en l'état du droit actuel, avec le maintien d'un tel positionnement des groupements en tant que coordonnateurs territoriaux⁴²⁵.

313. Les groupements hospitaliers de territoire ne doivent par conséquent pas être des démembrements de l'agence régionale de santé. Cela relancerait par ailleurs un débat récurrent concernant la dualité de l'agence régionale de santé, à la fois régulateur du système de santé,

⁴²⁵ En ce sens, se référer aux préconisations de : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé », juin 2021, 174 pages et par exemple page 51 : « (...) Face à des directeurs départementaux qui ne peuvent jouer un autre rôle que celui de « boîte aux lettres » ou de « courroie de transmission », les élus locaux ont l'impression d'être écoutés par ces derniers... mais jamais entendus. Cette faiblesse de l'échelon départemental apparaît d'autant plus problématique qu'elle crée une forte asymétrie avec deux des principaux partenaires institutionnels de l'ARS : la préfecture de département en matière de sécurité sanitaire, et les conseils départementaux en ce qui concerne le médico-social. (...) ».

comprenant des structures de régimes juridiques différents, et autorité hiérarchique des établissements publics de santé. L'agence régionale de santé doit être pleinement le régulateur, avec toutes ses prérogatives, de l'ensemble des acteurs, publics ou privés, du territoire.

b. Le projet médical partagé, outil de responsabilisation des acteurs hospitaliers

314. Malgré cet intermède dans le positionnement des groupements hospitaliers de territoire vis-à-vis des autres acteurs hospitaliers, fortement tributaire de la situation sanitaire, les agences régionales de santé ont à l'inverse toute opportunité à positionner les groupements, et en premier lieu leurs établissements supports, en position de quasi-régulateurs dans le périmètre des établissements publics de santé du territoire, correspondant ainsi à la notion de membres du groupement. Les établissements publics de santé ont majoritairement été favorables à l'instauration des groupements hospitaliers de territoire en espérant pouvoir ainsi être décisionnaires de l'organisation des soins⁴²⁶. Les agences régionales de santé ont logiquement pris acte de ce souhait et enjoignent les groupements à formuler leurs préconisations de réorganisation de l'offre de soins par l'intermédiaire du projet médical partagé. L'agence régionale de santé pouvant ensuite suivre ou non ces préconisations et les traduire dans un certain nombre d'actes administratifs, qu'il s'agisse de l'octroi ou du retrait d'une autorisation sanitaire ou de la mise en place d'une direction commune ou d'une fusion d'établissements. Ainsi, les établissements hospitaliers publics, dans le champ d'activité leur appartenant, décident collectivement d'une organisation pouvant le mieux répondre aux enjeux au regard des ressources, notamment médicales, dont ils disposent. Le seul impératif étant que les préconisations du projet médical partagé restent conformes aux orientations formulées par le projet régional de santé, et en adéquation avec l'organisation des autres acteurs de santé par exemple la médecine de ville. De la sorte, l'élaboration du projet médical partagé par les groupements constitue un réel levier d'une part d'organisation au plus près du terrain, et d'autre part d'une plus grande responsabilisation des acteurs hospitaliers. Or, force est de constater

⁴²⁶ La réforme des groupements hospitaliers de territoire a été particulièrement soutenue par la Fédération Hospitalière de France (FHF), représentant l'ensemble des établissements publics de santé, dont l'ancien président (1997-2004) était M. Gérard LARCHER par ailleurs auteur d'un rapport ayant inspiré ce dispositif après avoir été atténué dans sa traduction à travers les éphémères communautés hospitalières de territoire. Voir en ce sens : **LARCHER Gérard**, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions », avril 2008, 102 pages. **ATTANE Cécile, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, TANGUY Hervé**, « Le groupement hospitalier de territoire : et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? », Gestions hospitalières, n°541, décembre 2014, pages 584-589.

qu'un tel positionnement est encore peu ancré parmi les établissements publics de santé en ce sens qu'il leur est difficile individuellement de faire la pédagogie d'une réorganisation de l'offre de soins auprès des communautés médicales, des usagers et des élus locaux. Il peut être à l'inverse plus aisé pour eux de s'abriter derrière une décision unilatérale venant de l'agence régionale de santé et s'imposant aux acteurs.

B) Le manque d'outils réels de régulation mis à la disposition des groupements

315. La tentation d'une régulation effectuée par les groupements hospitaliers de territoire est sans doute fondée dans son principe si son périmètre est circonscrit aux seuls établissements publics de santé. Elle est ainsi conforme à la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire. Pour autant, même dans un tel cadre, la réglementation n'a pas encore doté les groupements des outils nécessaires pour s'atteler à une telle mission. Nous constaterons ainsi l'absence d'effet de la concertation préalable dans le domaine financier (a), ainsi que l'absence de pouvoirs de régulation des groupements hospitaliers de territoire sur l'offre de soins (b).

a. L'absence d'effet de la concertation préalable dans le domaine financier

316. L'un des leviers principaux de la régulation, voire même du pilotage d'une structure, réside dans l'allocation des ressources en fonction d'une stratégie définie. Les groupements hospitaliers de territoire sont investis de quelques prérogatives en la matière puisque les flux budgétaires concernant leurs actions sont retracés au travers d'un budget annexe de l'établissement support. Mais surtout, le dépôt annuel des états prévisionnels des recettes et des dépenses et des plans globaux de financement pluriannuel des établissements membres doit faire l'objet d'un avis préalable du comité stratégique du groupement avant leur transmission pour validation à l'agence régionale de santé⁴²⁷. Il s'agit par cette démarche de s'assurer d'une information réciproque des éléments financiers des établissements membres et de la bonne adéquation de leurs prévisions d'activité au regard de la stratégie du groupement. Cette

⁴²⁷ Sur ce thème, consulter par exemple : **IFERGAN Joseph**, « GHT et nouvelle gouvernance financière », Gestions hospitalières, n°561, décembre 2016, pages 614-620. **INDART Rémi**, « La communauté hospitalière de territoire : un remède à la crise financière des hôpitaux ? », Petites affiches, 17 septembre 2010, n°186, pages 27-33. **APOLLIS Benoît**, « Le financement du service public hospitalier », RDSS, n°04 2017, pages 657-670.

approche est cependant complexe à mettre en place et relève essentiellement de l'information. En effet, les documents budgétaires doivent être transmis à l'agence régionale de santé avant la fin de l'exercice précédent alors que les prévisions sont effectuées au regard du tendancier le plus long de l'année en cours. Concrètement, cela revient à établir les documents budgétaires vers fin novembre ou début décembre, et laisse donc environ deux semaines utiles pour que le groupement rende un avis consolidé sur les documents budgétaires de l'ensemble des établissements membres. En somme, en l'absence d'échanges obligatoires au cours de l'exercice, l'avis du comité stratégique ne consiste qu'à prendre acte dans un délai très court des orientations budgétaires des établissements membres. La réglementation prévoit un droit d'option afin d'établir au niveau du groupement un plan global de financement pluriannuel unique pour l'ensemble des établissements⁴²⁸. Cette avancée est considérable en ce sens qu'elle permet de fait une vision commune des investissements majeurs à porter au sein des différents établissements du groupement. Cependant, ce droit d'option n'est pas accompagné d'une possibilité d'état prévisionnel des recettes et des dépenses unique car cela a sans aucun doute été considéré comme remettant trop en cause l'autonomie de gestion des établissements membres. Pourtant, un tel dispositif pourrait être envisagé tout en maintenant la qualité d'ordonnateur des différents directeurs d'établissements membres. Une telle articulation aurait nécessité la mise en place d'un dialogue de gestion périodique entre l'établissement membre et l'établissement support selon un modèle similaire aux échanges financiers intervenant régulièrement entre les établissements publics de santé et l'agence régionale de santé.

317. Cette absence d'effet de la concertation financière conduit directement à un phénomène de non « pénalisation » de la concurrence intra publique⁴²⁹ au recrutement médical entre les membres du groupement. Les établissements membres, conservant leur autonomie de gestion financière, peuvent recruter les praticiens et les soignants qu'ils souhaitent et aux conditions de

⁴²⁸ Voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et particulièrement page 91 : « (...) Les nouvelles dispositions législatives développent les droits d'option des GHT dans le domaine financier. Ainsi est-il possible de contracter grâce à un CPOM entre l'ARS et le GHT, d'élaborer un PPI et un PGFP à l'échelle du GHT et de mutualiser la trésorerie. Cette panoplie d'outils permet d'asseoir des stratégies financières territoriales, que des mesures de consolidation du haut de bilan pourraient compléter. Ces instruments sont des leviers dont les ARS devront se saisir. L'élaboration d'un PGFP apparaît ainsi comme une nécessité pour définir une trajectoire d'investissement à moyen terme en cohérence avec les objectifs du GHT, justement dimensionnée, et financièrement soutenable. (...) ».

⁴²⁹ Sur les phénomènes de concurrence entre établissements de santé, voir pour illustration : **APOLLIS Benoît**, « Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier », RDSS, n°03 2020, pages 433-441. **CHAVRIER Géraldine**, « Etablissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence », RDSS, n°2 2006, pages 274-287. **VIUJAS Vincent**, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », RDSS, n°06 2021, pages 1006-1013.

rémunération qu'ils fixent, sous réserve de la réglementation applicable en la matière. Tout en respectant les règles de la fonction publique et les statuts médicaux, de nombreuses actions peuvent en effet être mises en place afin d'être plus ou moins attractif. Ainsi, un praticien peut avoir une organisation basée sur un temps de travail continu ou réaliser de façon plus importante du temps de travail additionnel. Pour le personnel soignant, cela peut résider dans l'octroi de certaines primes et surtout sur un délai raccourci de mise en stage. De telles pratiques peuvent entraîner une concurrence entre établissements d'un même groupement pour recruter une ressource médicale et paramédicale rare. Les établissements membres peuvent décider d'une harmonisation de leurs conditions de recrutement et de rémunération mais sans y être obligés du fait de l'absence de compétences du groupement, ou de son établissement support, en la matière et malgré les avancées concernant une fonction mutualisée de gestion des ressources humaines médicales.

b. L'absence de pouvoirs de régulation sur l'offre de soins

318. La tentation de régulation par l'entremise des groupements hospitaliers de territoire achoppe enfin sur la non reconnaissance de la gestion territoriale des autorisations sanitaires⁴³⁰. Une activité de soins reste soumise à une autorisation administrative délivrée par le Directeur Général de l'agence régionale de santé au regard de la réglementation applicable en matière de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement. Il fonde son accord

⁴³⁰ Ce sujet avait pourtant été identifié dès les travaux préparatoires : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et notamment pages 38-39 : « (...) Ces deux constats amènent à envisager une réforme du régime des autorisations pour intégrer la territorialisation des pratiques et prises en charge. Plusieurs propositions nous ont été formulées : l'autorisation d'équipes qui pourraient être territorialisées, en lieu et place de l'autorisation de sites comme c'est actuellement le cas ; l'introduction d'une variable relative au degré de recours pour chaque autorisation d'activité de soins ; la concentration de toutes les autorisations sur l'établissement support pour une mise en œuvre dans l'ensemble du GHT ; etc. Ces propositions emportent néanmoins des conséquences au-delà de la sphère des établissements publics de santé parties à un GHT puisque le régime des autorisations et le même pour les établissements privés. (...) ». Cette lacune a ensuite été reprise, mais avec une conclusion divergente en l'occurrence, notamment par : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages, en particulier page 28 : « (...) L'idée sous-jacente était, entre autres, de pouvoir disposer d'autorisations sanitaires collectives dans le cadre de groupements, notamment de GHT. Interrogée par la Cour des comptes à la fin de l'année 2020, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé avait cependant expliqué plutôt réfléchir à une procédure de demande d'avis du comité stratégique du GHT sur toute demande d'autorisation sanitaire déposée par un établissement partie, pour s'assurer de la cohérence de cette demande avec le projet médical du GHT. (...) Vos rapporteurs estiment qu'il ne serait pas souhaitable que les autorisations soient rattachées au GHT, ce qui n'en ferait plus un levier efficace pour l'ARS (...) ».

également sur le projet régional de santé et les implantations prévues par activité de soins ou équipement lourd pour chaque territoire. Ce processus se matérialise par l'octroi d'une autorisation accordée à un établissement pour un site géographique particulier lorsque l'entité juridique dispose de plusieurs entités géographiques. Ce dispositif juridique d'octroi des autorisations sanitaires ne permet par conséquent pas de moduler rapidement une offre de soins. Au sein même d'un établissement multi-sites, il n'est ainsi pas possible de transférer une activité d'un site vers un autre sans autorisation de l'agence régionale de santé au terme d'un processus administratif prenant plusieurs mois. L'agence régionale de santé doit en effet s'assurer que l'activité sera réalisée en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement et sera ainsi délivrée en assurant la sécurité des soins prodigués à la population.

319. Ce processus d'autorisation prévoit néanmoins qu'une demande d'autorisation sanitaire par un établissement membre doit être fondé sur un projet médical, celui-ci devant normalement être conforme au projet médical partagé du groupement. De plus, le comité stratégique du groupement doit émettre un avis préalablement à la transmission de cette demande d'autorisation à l'agence régionale de santé. Cependant, une telle procédure ne permet pas au groupement d'effectuer une régulation interne de ses membres dans la mesure où l'avis du comité stratégique n'est pas un avis conforme et s'ajoute à celui que la commission spécialisée de l'offre de soins de la commission régionale de la santé et de l'autonomie formulera auprès du Directeur Général de l'agence régionale de santé. Ce dernier jugera ensuite seul de l'opportunité ou non d'octroyer l'autorisation sollicitée⁴³¹.

320. La situation actuelle relève donc d'une double difficulté. D'une part, les groupements hospitaliers de territoire ne peuvent pas faire évoluer leur offre de soins dans des délais rapides afin de pallier à l'absence de praticiens ou en déploiement de leur projet médical partagé. D'autre part, les agences régionales de santé ne sont pas en capacité de s'assurer réellement du respect des conditions techniques de fonctionnement malgré la complexité de la procédure actuelle de délivrance des autorisations sanitaires. Une hypothèse aurait pu être la mise en place d'une territorialisation des autorisations sanitaires. Ainsi, sur la base du projet régional de santé et au regard des autorisations accordées aux autres établissements de santé, le groupement hospitalier de territoire, par le biais de son établissement support, se verrait autorisé dans les activités nécessaires au projet médical partagé ayant au préalable fait l'objet d'une validation par l'agence régionale de santé. Le groupement pourrait ensuite exercer ces autorisations en

⁴³¹ Sur le processus d'autorisation sanitaire et les simplifications intervenues ces dernières années, voir par exemple : **CRISTOL Danièle**, « Régime des autorisations sanitaires : simplification et modernisation sur ordonnance », RDSS, n°02 2018, pages 271-285.

tout lieu géographique au sein des établissements membres et il serait responsable du respect des conditions techniques de fonctionnement et de la sécurité des soins. Un système de contrôle aléatoire des activités pourrait être mis en place en lien avec l'agence régionale de santé. Un tel dispositif permettrait plus de souplesse tout en garantissant le respect de la réglementation spécifique à chaque activité de soins. Le principal point d'achoppement résiderait dans le fait que le groupement, c'est-à-dire son établissement support, deviendrait responsable de la qualité des soins dans les différents établissements membres, ce qui s'avèrerait difficilement conciliable avec l'autonomie maintenue des établissements membres du groupement.

Conclusion de chapitre

321. La nature des groupements hospitaliers de territoire est l'intégration progressive de leurs établissements membres, ce qui supposera une étape supplémentaire vers un hôpital territorial. Mais, cette nature intégrative n'a pas été assumée et il a pu exister une interrogation entre l'intégration, la coopération renforcée ou la coordination territoriale comme finalités des groupements. Cette ambiguïté peut se comprendre politiquement pour ne pas ouvrir un sujet trop complexe dans sa gestion, ce qui a cependant eu comme conséquence la création de groupements hétérogènes et le maintien illusoire de l'autonomie de leurs établissements membres. Mais cela a surtout conduit à doter les groupements hospitaliers d'outils ou de positionnements soit inopérants, soit déstabilisants. Ainsi, ne pas assumer la nature intégrative des groupements entraîne la création d'instances de dialogue avec les différentes parties prenantes du système hospitalier public mais sans leur conférer de réelles compétences, engendrant de ce fait une critique de déni de la démocratie sanitaire ou de remise en cause des équilibres internes du pouvoir à l'hôpital. De même, les critiques quant à l'opérationnalité des groupements ont pu aisément se fonder sur la difficulté à mettre en place une organisation graduée des soins sur un territoire avec les outils juridiques disponibles, d'autant plus lorsque les autorités de régulation tentent de faire des groupements hospitaliers de territoire leurs démembrements opérationnels.

CONCLUSION DE TITRE

322. Si les groupements hospitaliers de territoire constituent un changement de paradigme, cette réforme a été mise en place au prix de nombreuses interrogations. Ces questionnements sont d'ordres multiples et concernent tant leur finalité, que leur fonctionnement ou leur opérationnalité. Les débats ont de cette façon pu naître concernant la nature intégrative ou non des groupements hospitaliers de territoire, mais aussi bien les travaux préparatoires⁴³² que les dispositions législatives les régissant et la pratique⁴³³ confirment à notre sens cette finalité d'intégration. Cependant, les groupements hospitaliers de territoire tels que conçus actuellement ne permettront sans doute pas d'atteindre cet objectif. En effet, leur fonctionnement pâtit d'un enchevêtrement des compétences croissant avec la place émergente de l'établissement support mais tout en ne dotant pas celui-ci d'une autorité légale. Cette incertitude de la prise de décision, couplée aux outils juridiques existants, conduit à s'interroger également sur l'opérationnalité de leur action au regard des ambitieux objectifs leur ayant été conférés par le législateur.

⁴³² Voir en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages. **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages.

⁴³³ Voir les bilans établis en la matière : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages.

CONCLUSION DE PARTIE

323. Les groupements hospitaliers de territoire représentent un changement de conception des coopérations hospitalières. Ils découlent bien d'un long continuum ayant vu la planification hospitalière se territorialiser et se contractualiser, tout en développant en complémentarité de multiples outils juridiques de coopération hospitalière. Nous pourrions alors considérer que les groupements hospitaliers de territoire ne constituent qu'un nouvel instrument visant à pallier les effets limités de leurs prédécesseurs en matière de recomposition de l'offre de soins. Au contraire, nous estimons que les groupements hospitaliers de territoire, tout en se fondant dans cette évolution, relèvent d'un véritable changement de paradigme. Cette rupture découle essentiellement de leur ambition globalisante, tant en matière d'organisation de l'offre de soins que de gestion des fonctions supports, au lieu de simples objectifs ciblés comme les mécanismes juridiques préexistants. Mais, le changement intrinsèque aux groupements provient surtout d'une volonté de dépassement de la coopération pour tendre vers l'intégration des établissements membres. Cela transparaît à travers l'architecture institutionnelle et les compétences élargies conférées, et sans cesse renforcées, aux groupements hospitaliers de territoire. Ceux-ci sont ainsi peu à peu façonnés selon le modèle d'un établissement de santé. Mais cette cible à terme n'ayant pas été partagée, la construction des groupements est en pratique très, voire trop, différenciée selon les territoires et surtout ne permet pas une prise de décision efficace au regard de la complexité de leur ordonnancement juridique. Néanmoins, nous pouvons en conclure provisoirement que les groupements hospitaliers de territoire tout en ayant été un changement de paradigme, restent en effet au « milieu du gué » et nécessitent une évolution vers un hôpital territorial rendant ainsi possible cet objectif d'intégration, selon nous garante d'une véritable organisation graduée des soins au sein d'un territoire.

SECONDE PARTIE : LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE, PREMICES D'UN HÔPITAL TERRITORIAL

324. La constitution des groupements hospitaliers de territoire marque une rupture dans la structuration territoriale de l'offre de soins par leur caractère obligatoire et l'ambition portée par cette réforme, mais les groupements hospitaliers de territoire sont aussi le fruit d'une longue histoire de développement d'outils de coopération hospitalière et de territorialisation des politiques de santé⁴³⁴. Face aux limites rencontrées par les instruments de coopération existants⁴³⁵, les groupements hospitaliers de territoire ont été investis d'une tâche importante au regard des enjeux structurels du système hospitalier public en termes de démographie médicale, de développement technologique, ou encore d'accès aux soins. Sans être un outil exclusif, le groupement hospitalier de territoire doit réussir là où les réformes du mode de financement et des autorisations sanitaires n'ont pas pu corriger les failles du système hospitalier. Tout en respectant les différences entre les territoires, les groupements hospitaliers de territoire ont été rendus obligatoires et dotés de compétences élargies devant leur permettre de mettre en œuvre leurs deux objectifs d'élaboration d'une offre graduée des soins et de rationalisation des fonctions supports. En l'absence de personnalité juridique, cela s'est traduit par l'émergence progressive de l'établissement support du groupement.

325. Les groupements hospitaliers de territoire ont cependant suscité beaucoup d'interrogations concernant leur fonctionnement et leur capacité réelle à atteindre leurs objectifs. La plupart des questions juridiques posées par les groupements ont progressivement

⁴³⁴ Voir en ce sens : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979.

⁴³⁵ Consulter notamment : **COUR DES COMPTES**, « Les coopérations hospitalières », in Rapport Sécurité Sociale 2011, septembre 2011, pages 259-286. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières », in Rapport Sécurité Sociale 2008, pages 263-304. **COUR DES COMPTES**, « Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées », in Rapport public annuel 2013, février 2013, pages 151-186. **COUR DES COMPTES**, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in Rapport Sécurité Sociale 2015, septembre 2015, pages 185-216. **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages.

été levées, notamment par l'apport considérable de la doctrine administrative⁴³⁶. Néanmoins, la critique de fond quant à l'opérationnalité de l'action des groupements hospitaliers de territoire demeure du fait de l'ambiguïté maintenue concernant leur nature intégrative. La tendance de fond est bien à l'intégration progressive des établissements membres et à la concentration des compétences stratégiques au niveau de l'établissement support. En n'explicitant pas cette finalité, la réforme de la loi du 26 janvier 2016 a conduit à la mise en place de groupements très différenciés et pour certains d'entre eux peu à même de remplir leur rôle. Par ailleurs, les outils juridiques qui auraient été indispensables à leur action n'ont pas été retenus à ce stade malgré l'objectif des groupements nécessitant de les positionner en quasi régulateurs des établissements publics de santé de leur territoire. Malgré les critiques relatives à l'impact réel de l'action des groupements hospitaliers de territoire, cette réforme peut cependant être considérée comme un tournant. La coopération entre les établissements publics de santé a ainsi pris une dimension jamais atteinte, et s'est encore renforcée par les mécanismes mis en place pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19. Le groupement hospitalier de territoire est de la sorte devenu « la clef de voûte » de l'organisation hospitalière publique. Son action est considérée légitime tant par les autorités de régulation que par les autres acteurs de santé, cette dynamique s'étant réalisée par une centralisation progressive de la décision autour de l'établissement support, même si celle-ci peut légitimement faire l'objet de critiques. Selon nous, il convient désormais de dépasser le cadre du groupement hospitalier de territoire et d'accompagner l'émergence d'un hôpital territorial tout en le favorisant par d'autres réformes structurelles du système hospitalier.

326. Nous verrons en ce sens que les groupements hospitaliers de territoire ont su mettre en place une stratégie de groupe public conduisant à un « effet cliquet » dans la coopération (titre I). Il convient également de prendre acte des limites des groupements hospitaliers de territoire au « milieu du gué », ce qui selon nous doit être dépassé en assumant leur nature intégrative et en faisant par conséquent des groupements hospitaliers de territoire une étape vers la création d'un établissement public de santé territorial⁴³⁷ (titre II).

⁴³⁶ Nous faisons référence ici aux nombreuses publications (guides, boîtes à outils, documents types) du ministère en charge de la santé permettant de clarifier l'esprit des textes législatifs et réglementaires.

⁴³⁷ Cette préconisation de mise en place d'un établissement public de santé territorial a déjà été émise par les rapports de l'IGAS et de la Cour de comptes, mais sans en définir les contours et l'organisation contrairement au travail de recherche que nous proposons dans la présente thèse. Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages. Cette préconisation pourrait reprendre les recommandations de **LARCHER Gérard**, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions »,

TITRE I : Les groupements hospitaliers de territoire, une stratégie de groupe public conduisant à un effet cliquet dans la coopération

327. Les établissements publics de santé constituent une myriade de plus d'un millier de structures de taille et d'activité très diversifiées. Tous ces établissements doivent élaborer un projet médical leur étant propre, mais n'assument qu'une partie du parcours du patient hospitalisé, qui va relever par exemple d'une structure d'urgences ou de soins médicaux et de réadaptation d'un autre établissement. Chaque structure raisonne ainsi en silo, ce constat pouvant par ailleurs être étendu à l'ensemble du système hospitalier dans ses relations avec la médecine de premier recours en ville ou avec le secteur médico-social. Au-delà de l'organisation des soins au sens strict, chaque établissement doit également assumer des fonctions supports telles que l'approvisionnement, les relations fournisseurs, le contrôle de gestion, l'élaboration de la paie. Ces fonctions sont similaires d'un établissement à un autre et nécessitent une professionnalisation croissante⁴³⁸ que toutes les structures ne sont pas en mesure d'assurer de façon performante. La constitution des groupements hospitaliers de territoire a ainsi permis de dépasser ces deux écueils. Les établissements membres élaborent désormais un projet médical partagé et une mutualisation des fonctions supports a été initiée. Les établissements d'un groupement ont de cette façon pris l'habitude de travailler étroitement ensemble, conduisant à une généralisation des groupements hospitaliers de territoire et au renforcement progressif de leurs compétences. De même, l'établissement support tend de plus en plus à assumer son rôle entraînant, de fait, une centralisation des décisions à son niveau en conformité avec la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire. Ce travail en commun bâtit un véritable effet cliquet faisant qu'une remise en cause des groupements

avril 2008, 102 pages. Cependant, il s'agira bien de l'émergence d'une personnalité juridique remplaçant celle des établissements constitutifs contrairement à l'avis des rapports parlementaires : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 69 : « (...) *La Cour des comptes estime que la solution est, à terme, la fusion des hôpitaux du GHT en un seul établissement de santé. Vos rapporteurs ont cependant manifesté leur opposition à cette éventualité, tout à fait incompatible avec la réalité de nombreux territoires de GHT. Ils estiment en revanche que les modalités d'une personnalité juridique très souple et limitée pour les GHT mériteraient d'être étudiées, à la condition qu'elle ne se substitue pas à la personnalité juridique des établissements parties.* »

⁴³⁸ Voir pour illustration : **LARTIGAU Jérôme**, « L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital », Journal d'économie médicale, n°7-8 2009, pages 371 à 391. **FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe** (sous la direction de), « Performance et innovation dans les établissements de santé », Dunod, 2015, 478 pages. **DERVAUX Amélie, PICHAULT François, RENIER Nathalie**, « L'apport de la théorie de l'acteur-réseau à la professionnalisation de la GRH en milieu hospitalier », Journal d'économie médicale, n°1-2 2011, pages 62 à 73.

hospitaliers de territoire nous apparaît aujourd'hui peu probable malgré les critiques qui continuent de les viser, les groupements tendant ainsi progressivement à mettre en place un véritable groupe public.

328. Nous détaillerons dans un premier temps le fonctionnement désormais commun entre établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire (chapitre I), conduisant à faire du groupement hospitalier de territoire un acteur privilégié du territoire en matière de santé (chapitre II).

Chapitre I : Un fonctionnement désormais commun entre établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire

329. L'une des finalités des groupements hospitaliers de territoire était de constituer une stratégie de groupe public au sein des territoires⁴³⁹. Même si leur maillage territorial n'est pas comparable, les cliniques privées fonctionnent également de la sorte⁴⁴⁰ en disposant d'une stratégie de groupe définie globalement et de fonctions supports centralisées, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, la démarche qualité ou la communication, puis d'une structuration au niveau local en pôles territoriaux regroupant les établissements de santé de départements limitrophes. Les cliniques privées ont donc depuis longtemps mis fin aux limites inhérentes d'une atomisation des établissements.

330. L'objectif des groupements hospitaliers de territoire est bien de fonder une dynamique similaire pour les établissements publics de santé. Malgré les critiques émises à leur rencontre, les groupements hospitaliers de territoire ont permis la mise en place d'un véritable fonctionnement en commun des établissements publics de santé. Ainsi, un alignement stratégique émerge entre les établissements membres d'un même groupement, y compris avec la création de ce qui pourrait être qualifiée d'administration ou de direction du groupement. Cet alignement stratégique semble favorisé par une imbrication fonctionnelle forte entre les établissements, tant dans leur organisation médicale que dans le fonctionnement de leurs fonctions supports. Une remise en cause d'une telle dynamique semble désormais pouvoir être écartée et tend au contraire à être progressivement consolidée⁴⁴¹.

331. L'alignement stratégique s'étant établi entre les établissements publics de santé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (section I), a entraîné une interdépendance écartant le risque d'une remise en cause des groupements (section II).

⁴³⁹ Voir par exemple : **EVIN Claude**, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de France, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40.

⁴⁴⁰ Le groupe de cliniques privées Ramsay Santé est ainsi organisé, pour ses activités en France, en 18 pôles territoriaux ; tandis que le groupe ELSAN est constitué de 38 pôles territoriaux regroupant les 120 établissements lui appartenant.

⁴⁴¹ Pour consolider cet acquis, des responsables tels que des Directeurs Généraux d'agences régionales de santé préconisent également la transformation des groupements hospitaliers de territoire en établissement public de santé de territoire, voir notamment : **PRIBILE Pierre, NABET Norbert**, « Repenser l'organisation territoriale des soins », septembre 2018, 22 pages et particulièrement la mesure n°8.

Section I : Un alignement stratégique des établissements publics de santé

332. La réforme des groupements hospitaliers de territoire n'était pas jouée d'avance dans la mesure où la possibilité ouverte de dérogation compte tenu de la spécificité de certains établissements dans l'offre de soins aurait pu remettre en cause le dispositif. Les tensions ayant pu exister concernant le périmètre de certains groupements ou le choix de leur établissement support auraient pu faire de même. Pourtant, le groupement hospitalier de territoire semble désormais une structuration naturelle de l'organisation territoriale des établissements publics de santé. Leur action, malgré les hésitations ou interrogations de départ, a créé une dynamique d'alignement stratégique des établissements membres⁴⁴² et une véritable direction du groupement hospitalier de territoire s'est mise en place au niveau de l'établissement support. Cela permet de généraliser les groupements hospitaliers de territoire aux rares situations en ayant encore été exemptées, et de les consolider en leur octroyant des compétences supplémentaires tout en révisant l'ambition de la représentation médicale au sein du groupement.

333. En ce sens, les groupements hospitaliers de territoire bénéficient d'un renforcement progressif (paragraphe I), favorisant la dynamique centripète de la prise de décision en leur sein (paragraphe II).

Paragraphe I : Les groupements, un dispositif bénéficiant d'un renforcement progressif

334. Loin d'être remis en cause, les groupements hospitaliers de territoire se voient au contraire renforcés par leur extension aux situations bénéficiant antérieurement de dérogations, ce qui conduit progressivement à la généralisation de ce dispositif. Après plusieurs années de fonctionnement, et malgré la diversité des groupements, leurs périmètres n'ont fait l'objet que de rares ajustements. Les groupements hospitaliers de territoire se voient aussi dotés de

⁴⁴² Voir pour illustration sur les habitudes acquises de coopération entre les établissements membres : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et spécialement page 47 : « (...) Le principal acquis de la réforme des GHT, au-delà des résultats tangibles en termes budgétaires ou d'offre de soins, semble ainsi bien être celui-ci : les acteurs du territoire se sont rencontrés, ont appris à se connaître, ont échangé sur leurs pratiques. Cet acquis est loin d'être négligeable. La Cour des comptes souligne en effet, dans son rapport, que l'un des facteurs déterminants pour la conduite de projets médicaux ambitieux, de nature intégrative, au sein d'un GHT, est « l'antériorité des liens entre équipes médicales » et « l'ancienneté des coopérations entre établissements ». Lors des visites conduites par vos rapporteurs, le développement des échanges entre acteurs du GHT, à tous les niveaux, a unanimement été présenté comme un apport majeur de la réforme des GHT. (...) ».

nouvelles compétences leur permettant d’être mieux armés pour atteindre leurs objectifs. Cette dynamique s’effectue essentiellement dans le domaine de l’organisation médicale et de la gestion des ressources humaines médicales afin de faciliter le déploiement du projet médical partagé mais prenant en compte les différences de maturité entre groupements, la réglementation permettant à certains d’entre eux d’avancer plus vite sur le chemin de l’intégration progressive et les aidant en simplifiant fortement leurs modalités de fonctionnement⁴⁴³. Le groupement hospitalier de territoire est ainsi en voie de généralisation (A) et bénéficie d’une consolidation de ses compétences (B).

A) Un groupement hospitalier de territoire en voie de généralisation

335. Une des ruptures des groupements hospitaliers de territoire réside dans leur quasi-obligation légale contrairement aux autres instruments juridiques préexistants de coopération hospitalière, notamment les communautés hospitalières de territoire. Malgré les critiques, parfois légitimes, nous constatons l’absence de modification massive des périmètres des groupements hospitaliers de territoire (a), et au contraire une réduction progressive de l’octroi de dérogations (b).

a. L’absence de modification massive des périmètres des groupements

336. En 2022, 136 groupements hospitaliers de territoire⁴⁴⁴ peuvent être dénombrés et dont la diversité est importante. Les critiques se sont focalisées sur le périmètre de certains grands groupements tel que le groupement du département des Bouches-du-Rhône⁴⁴⁵ desservant près de deux millions d’habitants et comptant treize établissements membres. De même, le

⁴⁴³ Voir en ce sens le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l’hôpital.

⁴⁴⁴ Le 136^{ème} groupement hospitalier de territoire a été constitué en Guyane en janvier 2019, mettant ainsi fin à une dérogation accordée en 2016 aux trois établissements publics de santé de ce département.

⁴⁴⁵ Le GHT 13 est ainsi constitué de : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Centre Gérontologique Départemental Montolivet, Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis, Centre Hospitalier Allauch, Centre Hospitalier Aubagne, Centre Hospitalier La Ciotat, Centre Hospitalier Arles, Centre Hospitalier Martigues, Centre Hospitalier Salon de Provence, Centre Hospitalier Spécialisé Edouard Toulouse, Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin, Centre Hospitalier Spécialisé Valvert, Hôpitaux des portes de Camargue (Tarascon, Beaucaire) et d’un établissement associé : Hôpital d’Instruction des Armées Laveran.

groupement de la Loire comptabilisait vingt établissements membres⁴⁴⁶ lors de sa constitution. Enfin, le groupement Lille Métropole Flandre Intérieure⁴⁴⁷ regroupe dix établissements publics pour un bassin de population d'un million et demi d'habitants. Le périmètre de tels groupements hospitaliers de territoire laissait à craindre pour leur fonctionnement, notamment institutionnel, et des ajustements de périmètres géographiques étaient ainsi attendus dans les années suivantes. Force est cependant de constater que les changements de périmètre ont été très limités en pratique. Par ailleurs, le fonctionnement de grands groupements a pu être facilité par des mouvements de fusion entre établissements membres ou de multiplication des directions communes.

337. A cet égard, le groupement hospitalier de territoire de la Loire offre un exemple de ces multiples évolutions. Le périmètre de ce groupement comprend l'ensemble du département de la Loire, le nord du département de l'Ardèche et des parties de l'ouest du département du Rhône. Il dessert une population d'un peu plus de 800 000 habitants, et son découpage correspond aux flux de la population en matière d'activités de référence et de recours. Pour être en adéquation avec les habitudes de la population, le périmètre de ce groupement aurait même pu être élargi à la partie est du département limitrophe de la Haute-Loire. Le périmètre bien qu'étendu de ce groupement semble ainsi bénéficier d'une assise objective pour définir une organisation graduée de l'offre de soins. Cependant, ce groupement hospitalier de territoire a été pointé lors de sa création pour son grand nombre d'établissements membres s'établissant alors à vingt. Il est indéniable qu'avec autant d'établissements membres, le fonctionnement d'un groupement devient une entreprise complexe. Ce nombre d'établissements provient d'une histoire locale ayant conduit au maintien d'établissements autonomes alors que leur proximité géographique aurait pu conduire à des regroupements⁴⁴⁸. Aussi, le groupement hospitalier de territoire Loire

⁴⁴⁶ Le GHT Loire regroupait à sa création : Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, Centre Hospitalier de Boën-sur-Lignon, Centre Hospitalier de Chazelles-sur-Lyon, Centre Hospitalier Georges Claudinon, Centre Hospitalier du Forez, Centre Hospitalier Maurice André, Centre Hospitalier de Saint-Bonnet-le-Château, Centre Hospitalier de Saint-Laurent-de-Chamousset, Centre Hospitalier de Saint-Symphorien-Sur-Coise, Hôpital du Gier, Hôpital le Corbusier Firminy, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, Centre Hospitalier de Roanne, Centre Hospitalier Intercommunal de Thizy-Les-Bourgs – Cours-La-Ville, Centre Hospitalier de Charlieu, Centre Hospitalier de Saint-Just-La-Pendue, Centre Hospitalier d'Amplepuis, Centre Hospitalier d'Ardèche Nord, Centre Hospitalier de Saint-Félicien, Centre Hospitalier de Serrières.

⁴⁴⁷ Le GHT Lille Métropole Flandre Intérieur comprend : CHRU de Lille, Groupe Hospitalier Loos Haubourdin, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, CH Armentières, CH Hazebrouck, CH Bailleul, CH Roubaix, CH Tourcoing, CH Wattrelos, CH Wasquehal.

⁴⁴⁸ Ainsi l'agglomération stéphanoise (au sens de Saint-Etienne Métropole) est la seule de France à compter trois établissements publics de santé autonomes, dont un CHU. En l'occurrence, il s'agit du CHU de Saint-Etienne, de l'Hôpital du Gier à Saint-Chamond et de l'Hôpital Le Corbusier – Firminy. Une fusion, ou tout au moins une direction commune, n'a pas été possible entre ces établissements très proches géographiquement, notamment pour des considérations de concurrence politique entre les édiles locaux à travers les dernières décennies. De

a connu une évolution importante puisqu'il est progressivement passé de vingt à quinze établissements membres. Son périmètre a été revu marginalement par la sortie d'un hôpital de proximité dont les flux de patient était partagé avec un groupement voisin⁴⁴⁹. De même deux processus de fusion d'établissements ont abaissé ce nombre⁴⁵⁰. De plus, parmi les quinze établissements restants, plusieurs directions communes facilitent le fonctionnement opérationnel du groupement⁴⁵¹. Cet exemple est important car il concerne le groupement qui en 2016 était alors le plus grand groupement de France en nombre d'établissements. Sa constitution était alors une illustration forte des critiques portées à l'encontre de groupements jugés trop grands. Son évolution démontre qu'une révision des périmètres géographiques des groupements peut intervenir pour régler des situations marginales⁴⁵² mais que d'autres méthodes permettent cependant de résoudre la question du fonctionnement de tels groupements, par une réduction progressive des entités autonomes au sein du groupement⁴⁵³.

telles situations atypiques conduisent nécessairement à accroître le nombre d'établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire sans que son périmètre géographique ne soit inadéquat.

⁴⁴⁹ Il s'agit du changement de groupement du CH du Beaujolais Vert (issu de la fusion du CH d'Amplepuis et du CHI de Thizy / Cours-la-Ville précédemment en direction commune), situé dans le département du Rhône, au 1^{er} janvier 2021 pour intégrer le GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes dont l'établissement support est le CH de Villefranche-sur-Saône.

⁴⁵⁰ En l'occurrence, il s'agit de la fusion au 1^{er} janvier 2021 des CH de Chazelles-sur-Lyon, Saint-Symphorien-sur-Coise et Saint-Laurent-de-Chamousset pour constituer le CH des Monts-du-Lyonnais ; et de la fusion intervenue au 1^{er} janvier 2022 entre le CHU de Saint-Etienne et l'Institut de cancérologie Lucien Neuwirth (qui était un groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé) conformément au décret n°2021-1669 du 15 décembre 2021 relatif à la fusion du centre hospitalier régional de Saint-Etienne et de l'institut de cancérologie Lucien-Neuwirth.

⁴⁵¹ Il existe ainsi une direction commune entre les deux principaux établissements du groupement, à savoir le CHU de Saint-Etienne et le CH de Roanne, entre les établissements du nord de l'Ardèche, en l'espèce le CH d'Ardèche Nord à Annonay et les CH de Serrières et Saint-Félicien, et entre l'Hôpital Le Corbusier – Firminy et le CH Georges Claudinon.

⁴⁵² Nous pouvons faire état de trois évolutions récentes de périmètres de groupements : la fusion au 1^{er} janvier 2023 entre le GHT Rhône Vercors Vivarais, dont l'établissement support est le CH de Valence, et le GHT Sud Drôme Ardèche, dont l'établissement support était le CH de Montélimar ; la fusion au 1^{er} mars 2023 du GHT Rhône Centre, dont l'établissement support est les Hospices Civils de Lyon, et le GHT Val Rhône Santé, dont l'établissement support était le CH de Vienne ; et à l'inverse la création en novembre 2022 d'un 137^{ème} GHT avec le GHT du Cambrésis, dont l'établissement support est le CH de Cambrai, par scission du GHT Hainaut-Cambrésis, dont l'établissement support est le CH de Valenciennes. Il est à souligner que dans ce dernier cas, la création du nouveau GHT est intervenu par une décision implicite d'approbation par l'agence régionale de santé suite à la transmission de la convention constitutive du nouveau GHT du Cambrésis.

⁴⁵³ Il est ainsi à noter la multiplication des groupements dont tous les établissements membres sont en direction commune avec l'établissement support, voire même fusionnent pour aboutir à un groupement constitué de fait d'un seul établissement public de santé. Nous pouvons citer en ce sens le GHT NOVO (Nord-Ouest Vexin Val-d'Oise) ayant fusionné tous ses établissements membres au 1^{er} janvier 2023, ou le GHT Cœur Grand Est, dont l'établissement support est le CH de Verdun, maillé de directions communes.

b. La réduction progressive de l'octroi de dérogations

338. La loi du 26 janvier 2016 mettait en place une quasi-obligation légale pour l'ensemble des établissements publics de santé de participer à un groupement hospitalier de territoire. De plus, cette participation ne devait pas être formelle mais bien effective, notamment par le transfert de compétences vers l'établissement support du groupement, sous peine de pénalités financières par l'agence régionale de santé. Seule l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est exempte de cette obligation car cette institution de par sa taille et sa structuration interne était déjà dans une démarche similaire à celle des groupements hospitaliers de territoire. Ainsi, l'AP-HP est un seul établissement public de santé constitués de 39 hôpitaux. Afin de simplifier son fonctionnement et de créer des synergies entre certains établissements, l'AP-HP s'est réorganisée en 2019 en constituant six groupes hospitalo-universitaires regroupant l'ensemble de ses sites hospitaliers⁴⁵⁴. Aussi, l'AP-HP a obtenu une dérogation pérenne de participation à un groupement hospitalier de territoire. Par contre, en tant que CHU de la région Ile-de-France, chacun des groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP doit établir une convention d'association hospitalo-universitaire avec les quinze groupements hospitaliers de territoire de la région.

339. Cependant, le véritable sujet de débat a été l'octroi de dérogations temporaires par les agences régionales de santé compte tenu de la spécificité de certains établissements dans l'offre de soins⁴⁵⁵. Il peut s'agir de situations très particulières au regard du ressort national de l'établissement, comme pour le centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts ou l'établissement public de santé national de Fresnes. La question principale reste celle des établissements spécialisés en santé mentale au sujet desquels les arguments n'ont pas manqué pour arguer de la nécessité de ne pas les inclure dans des groupements hospitaliers de territoire⁴⁵⁶. Premièrement, la psychiatrie ne serait pas une discipline comme les autres et utiliserait des outils, notamment informatiques, différents de ceux utilisés dans des hôpitaux dits généraux. Le risque est ainsi celui de leur dilution dans des groupements ne traitant pas

⁴⁵⁴ Le statut particulier de cet établissement a par conséquent été modifié par le **décret n°2020-10 du 7 janvier 2020** relatif à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Voir également : **HIRSCH Martin**, « L'AP-HP demain : normalisation ou exception ? », RDSS, n°6 2016, pages 1071-1076.

⁴⁵⁵ Ces dérogations temporaires sont prévues par l'**article L.6132-1 du code de la santé publique** : « I.- Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. (...) ».

⁴⁵⁶ Pour un panorama complet sur l'organisation de la santé mentale, se référer à : **LAFORCADE Michel**, « Rapport relatif à la santé mentale », octobre 2016, 190 pages et **COUR DES COMPTES**, « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », février 2021, 189 pages. Voir également : **MASSE Gérard**, « GHT, psychiatrie et santé mentale : Les inquiétudes sont-elles fondées ? », Gestions hospitalières, n° 556 2016, pages 265 à 269.

prioritairement de la psychiatrie. Par ailleurs, avec la sectorisation, la psychiatrie dispose de son propre périmètre géographique généralement différent de celui retenu pour la constitution des groupements hospitaliers de territoire. De plus, les établissements spécialisés en psychiatrie sont en lien avec de nombreux partenaires, publics et privés, ne relevant pas des groupements hospitaliers de territoire. Ainsi, ces établissements ont déjà réalisé un maillage territorial rendant leur participation à un groupement inutile et ils souhaiteraient au contraire en être exemptés tout en conservant une association avec l'ensemble des groupements situés dans leur ressort géographique d'intervention⁴⁵⁷. Cependant, toutes légitimes que soient ces observations, elles ne se révèlent pas incompatibles avec l'appartenance à un groupement hospitalier de territoire. Tout d'abord, la psychiatrie n'est pas exercée uniquement dans des établissements spécialisés et ainsi certains départements ne sont pas dotés de tels établissements. De même, des hôpitaux généraux sont aussi en charge de cette activité et des secteurs de leur département. Ces établissements bien que généralistes portent des activités de psychiatrie et sont membres d'un groupement hospitalier de territoire⁴⁵⁸. De plus, la psychiatrie n'est pas une discipline isolée des autres, un patient de psychiatrie devant bénéficier d'une prise en charge également somatique. Aussi, la participation des établissements spécialisés permet au contraire de travailler avec les autres établissements de telles filières de proximité, notamment dans le cadre de la prise en charge en urgence. Enfin, le groupement hospitalier de territoire ne se conçoit pas comme exclusif de toute coopération avec d'autres acteurs et l'appartenance à un groupement n'empêche pas un établissement spécialisé en psychiatrie de nourrir des partenariats autres et d'avoir un périmètre d'intervention plus large. Ainsi, deux situations sont en train d'émerger concernant ces établissements spécialisés. De façon très limitée, des groupements hospitaliers de territoire spécialisés en santé mentale ont pu être créés. Ce cas de figure ne peut se concevoir que dans une situation de concentration forte de ce type d'établissements et concrètement s'attache à deux situations parisiennes concernant le groupement Psy Sud Paris⁴⁵⁹ et le

⁴⁵⁷ Cette association spécifique des établissements psychiatriques est en effet prévu par l'**article L.6132-1 du code de la santé publique** : « V.- Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2. ».

⁴⁵⁸ Pour illustration, il n'existe pas de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie dans le département de la Loire. L'activité sectorielle est répartie entre le CHU de Saint-Etienne, le CH du Forez et le CH de Roanne, tous les trois établissements membres du GHT Loire.

⁴⁵⁹ Le GHT Psy Sud Paris est constitué du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, du Centre Hospitalier Spécialisé ERASME et de la fondation Vallée.

groupement Paris Psychiatrie et Neurosciences⁴⁶⁰. En-dehors de ces exemples parisiens, le nombre de dérogations accordées par les agences régionales de santé tend à diminuer, pour ne concerner actuellement plus qu'une quinzaine d'établissements⁴⁶¹.

340. La tendance est ainsi à la généralisation fonctionnelle des groupements hospitaliers de territoire à tous les types d'établissements. Mais, leur généralisation géographique est également en cours au-delà du territoire métropolitain avec leur extension aux territoires d'outre-mer. Ainsi, la Réunion, la Guadeloupe et la Martinique ont vu des groupements hospitaliers de territoire se constituer dès la mise en place de la réforme, malgré l'octroi d'une dérogation pour le centre hospitalier universitaire de ce dernier département⁴⁶². Trois situations particulières se démarquent cependant au sein des départements et territoires d'outre-mer. Tout d'abord, le cas de l'île de Saint-Pierre-et-Miquelon ne pouvant géographiquement pas constituer un groupement hospitalier de territoire du fait de la présence d'un seul établissement de santé et du caractère isolé de ce territoire. De même, le centre hospitalier de Mayotte a rejoint le même groupement que les établissements de la Réunion, opportunément intitulé groupement Océan indien⁴⁶³. La dernière situation particulière était celle de la Guyane, territoire comprenant pourtant trois établissements publics de santé dans un territoire soumis à des enjeux de démographie médicale et d'accès aux soins particulièrement prononcés. Aussi, en janvier 2019, le 136^{ème} groupement hospitalier de territoire a été créé entre les centres hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Cette démarche a été par ailleurs effectuée dans le cadre d'une politique plus globale concernant la santé dans ce territoire avec l'annonce de la

⁴⁶⁰ Le GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences comprend le Centre Hospitalier Sainte-Anne, le Centre Hospitalier de Maison blanche et le Groupe public de santé de Parray Vaucluse.

⁴⁶¹ Pour une approche chiffrée, consulter : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et particulièrement page 76 : « *L'offre de soins publique de psychiatrie est assurée par 255 établissements (dont 40 % par des établissements MCO), auxquels il convient d'ajouter 266 établissements privés, dont 109 à but non lucratif et 157 à but lucratif. La dépense tous régimes en matière de psychiatrie s'est élevée à 23,2 Md€ en 2017 ; il s'agit du premier poste de dépenses de l'assurance maladie après les hospitalisations ponctuelles. Au 1er janvier 2020, 107 GHT assurent une activité de psychiatrie, dont 58 comptent au moins un établissement public de santé mentale (EPSM) comme membre. Parmi ces GHT, deux ont pour particularité d'être exclusivement à orientation psychiatrique. 11 EPSM ont obtenu une dérogation des ARS compétentes, leur permettant de ne pas intégrer un GHT. Aujourd'hui, ces dérogations sont majoritairement en cours d'extinction. (...)* ».

⁴⁶² Cette dérogation accordée temporairement au CHU de Martinique a été levée le 1^{er} janvier 2023 avec la création du GHT Martinique comprenant : CHU de Martinique, CH du Marin, CH des Trois-Ilets, CH du Saint-Esprit, CH Ernest Wan Ajouhu du François, CH Romain Blondet de Saint-Joseph, CH Nord-Caraïbe, CH intercommunal Lorrain-Basse-Pointe, Ehpad Les Madrépores (Anses d'Arlet) et Ehpad Marcel Hardy du Robert.

⁴⁶³ Le GHT Océan Indien est ainsi composé de : Etablissement Public de Santé Mentale Réunion (EPSMR), Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion (CHU), Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER), Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM), Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

création en 2025 d'un centre hospitalier universitaire multi-sites reposant sur les centres hospitaliers constitutifs du groupement hospitalier de territoire.

B) La consolidation des groupements hospitaliers de territoire

341. Loin d'être remis en cause dans leur périmètre d'intervention, les groupements hospitaliers de territoire tendent à se généraliser aux dernières situations relevant d'une dérogation. En complément de ce mouvement, les groupements hospitaliers de territoire voient leurs compétences renforcées par les dernières évolutions législatives et réglementaires. Au regard d'un bilan jugé en demi-teinte, il a été considéré que les groupements devaient bénéficier d'outils supplémentaires pour atteindre leurs objectifs. Ces avancées seront sans doute insuffisantes et ne prennent pas encore assez en compte la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire. Cependant, il s'agit d'une étape importante permettant progressivement l'émergence d'une communauté médicale territoriale, et ouvrant la voie d'une simplification administrative devenue nécessaire.

342. Nous aborderons premièrement le pilotage par les groupements hospitaliers de territoire de la gestion des ressources humaines médicales du territoire (a), puis nous verrons les nouvelles modalités de simplification et d'unification progressive de ces groupements (b).

a. Le pilotage de la gestion des ressources humaines médicales du territoire

343. Malgré les dispositifs existants visant à établir une conformité entre les projets médicaux des établissements membres et le projet médical partagé du groupement, un biais peut survenir du fait de l'autonomie des établissements dans le recrutement des personnels médicaux pouvant conduire à une concurrence entre établissements d'un même groupement. Afin d'éviter une telle situation, le législateur a souhaité instituer une nouvelle fonction mutualisée portée par l'établissement support de groupement et concernant la gestion des personnels médicaux⁴⁶⁴. Sa

⁴⁶⁴ Cette nouvelle fonction mutualisée est mise en place par l'**ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021** relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital et est définie comme suit: « (...) 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, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels. Ces orientations, établies en cohérence avec la stratégie médicale du groupement, sont soumises au comité stratégique pour approbation. L'établissement support veille à leur respect par les

mise en œuvre apparaît un préalable indispensable afin de favoriser l'émergence d'équipes médicales de territoires dont la gestion sera ainsi simplifiée et cohérente du fait de règles de recrutement, de gestion de carrière et de rémunération communes. Si le comité stratégique valide les orientations stratégiques proposées en la matière, l'établissement support est doté d'une nouvelle obligation en devant vérifier la bonne application de ces règles communes par les établissements parties. En effet, cette nouvelle fonction mutualisée, contrairement à la fonction achat mutualisée, ne conduit pas à une centralisation notamment sous la forme d'un portage juridique de l'ensemble des postes médicaux par l'établissement support même si celui-ci gère et anime les équipes médicales de territoire et les pôles inter-établissements qui seraient constitués. L'établissement support doit être un centre de ressources auprès de la commission médicale de groupement et du comité stratégique dans la formulation des orientations stratégiques en matière de gestion des personnels médicaux⁴⁶⁵. Ainsi, la fonction mutualisée s'avère toute relative et s'apparente davantage à une harmonisation des pratiques qu'à une réelle mutualisation. Une centralisation de la gestion des personnels médicaux est sans doute apparue trop délicate à faire accepter, le recrutement médical étant finalement la raison d'être d'un établissement. Sans recrutement de praticiens, aucune offre de soins ne peut être maintenue.

établissements parties. (...) ». Sa mise en application était prévue au 1^{er} janvier 2022. Il est à noter que cette évolution découle de la non-généralisation des équipes médicales de territoire contrairement aux espérances des travaux préparatoires, consulter en ce sens : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et particulièrement page 29 : (...) *le projet médical partagé a vocation à être un véritable référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité. En effet, organiser une prise en charge hospitalière territorialisée suppose nécessairement de se donner les moyens de mettre en place des équipes inter-établissements. (...) Tous les professionnels de santé n'ont pas vocation à avoir, demain, un exercice territorialisé. Néanmoins, il paraît illusoire de penser qu'un projet médical partagé pourra se mettre en œuvre, dans toutes les spécialités, sans l'émergence de collectifs de territoire, là où des besoins auront été identifiés. (...) ».*

⁴⁶⁵ Voir en ce sens le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-19-1. – I. – L'établissement support du groupement apporte à la commission médicale de groupement tout appui nécessaire à l'exercice de ses attributions, notamment à la formulation de propositions, dans le cadre de l'élaboration des orientations stratégiques du groupement en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire veille au respect, par les établissements parties, des orientations stratégiques mentionnées au I. Il en rend compte, en tant que de besoin, devant le comité stratégique. Il élabore des outils pratiques de gestion prospective des ressources humaines au bénéfice des établissements parties. III. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire met en œuvre la politique territoriale de développement professionnel continu des professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques. En lien avec les établissements parties, il gère les équipes médicales communes et assure la mise en place des pôles inter établissements ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médicotecniques communes. ». Sur les stratégies de gestion des ressources humaines au sein d'un territoire, voir par exemple : **UZAN Odile, BONNEVEUX Elise, BORIES-AZEAU Isabelle, CONDOMINES Béangère, DELATTRE Michel, HOUSSOU Benjamin, HULIN Annabelle, LOUBES Anne, RAULET-CROSSET Nathalie**, « De la GRH instrumentale à la GRH partenariale : l'impact des stratégies territoriales », Revue de gestion des ressources humaines, n°01 2017, pages 20 à 39.

Encore une fois, cet entre-deux compréhensible politiquement est difficilement opérationnel. Par exemple, si le comité stratégique valide un niveau donné de rémunération dans une spécialité et qu'un établissement surenchérit pour être plus attractif que les autres, l'établissement support n'aura aucune possibilité pour infliger une pénalité à cet établissement ou le forcer à rétablir une pratique conforme aux règles communes. En ce sens, seule une centralisation du portage des postes médicaux permettrait d'établir une telle conformité des pratiques. Cette centralisation au niveau de l'établissement support n'empêcherait pas de déterminer des règles différentes selon les établissements du groupement afin de tenir compte de leur spécificité, de leur attractivité variable ou de leur positionnement géographique.

344. Malgré ses limites ainsi exposées, la création d'une fonction mutualisée de gestion des ressources humaines médicales vise à faciliter la constitution d'équipes médicales de territoire. Celles-ci doivent reposer sur une stratégie médicale clairement établie et empreinte d'une grande légitimité, ce qui était sans doute insuffisant lors de la rédaction des projets médicaux partagés faute d'une représentation médicale forte au sein des groupements. Les groupements hospitaliers de territoire ont ainsi dans leur quasi-totalité eu recours à la formule du collègue médical réunissant peu ou prou les seuls présidents des commissions médicales d'établissements. De plus, le délai contraint imparti à l'élaboration du projet médical partagé a parfois pu limiter la consultation des équipes médicales et soignantes dans ce processus. Face à ce constat, le législateur a souhaité franchir une nouvelle étape en instituant de façon obligatoire une commission médicale de groupement et en la dotant de compétences importantes. Celle-ci est ainsi en charge de l'élaboration du projet médical partagé qui est ensuite adopté par le comité stratégique. La commission médicale de groupement est également consultée sur l'ensemble des dispositifs permettant le déploiement du projet médical partagé, et informée de toutes les orientations stratégiques du groupement selon un découpage de compétences proche des attributions de la commission médicale d'établissement⁴⁶⁶. La

⁴⁶⁶ Concernant les compétences détaillées de la commission médicale de groupement, se référer au **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « (...) *La commission médicale de groupement élabore le projet médical partagé. II. – Elle est consultée sur les matières suivantes: 1- La constitution d'équipes médicales de territoire; 2- La mise en place de pôles inter-établissements ou de fédérations médicales inter hospitalières; 3- Le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins; 4- La politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins du groupement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers; 5- Les orientations stratégiques communes aux établissements parties en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques; 6- La politique territoriale de développement professionnel continu de ces personnels; 7- Le projet social et le projet managérial du groupement, pour leur volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques des établissements parties; 8- Les objectifs communs des projets sociaux et managériaux des établissements*

commission médicale de groupement peut enfin être délégataire de compétences des commissions médicales d'établissements. Encore plus important, la réglementation fixe la composition des commissions médicales de groupement et tend à constituer progressivement une sorte de communauté médicale de territoire avec la désignation des membres par les commissions médicales d'établissements au-delà de leurs présidents⁴⁶⁷. Les modalités de désignation et le nombre de représentants par établissement sont laissés à l'appréciation des groupements à travers leurs conventions constitutives. Il ne s'agit par conséquent pas d'une élection générale à laquelle participeraient tous les professionnels médicaux du groupement, à l'instar des élections pour les commissions médicales d'établissements. Le modèle reste encore celui de la représentation fondée sur la notion d'établissement, ce qui à ce stade peut apparaître opportun afin de s'assurer de la participation *in fine* de toutes les structures. Néanmoins, il s'agit du premier mécanisme intégrant de plein droit dans les instances du groupement des praticiens ne faisant pas partie de la gouvernance stratégique des établissements membres. La

parties au groupement, concernant les professionnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques; 9- La politique en matière de coopération territoriale concernant les établissements parties; 10- La politique territoriale de recherche et d'innovation; 11- La politique territoriale des systèmes d'information; 12- Le cas échéant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique, le programme d'investissement unique ou le plan pluriannuel de financement unique. Les avis émis par la commission médicale de groupement sont transmis au comité stratégique, à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire et à l'instance équivalente de l'hôpital des armées lorsqu'un tel établissement est associé au groupement. III. – La commission médicale de groupement est informée sur les matières suivantes : 1- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements parties au groupement ; 2- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux des établissements parties ; 3- La politique territoriale d'achat des produits de santé et équipements médicaux. IV. – La commission médicale de groupement ainsi que son président et ses sous-commissions disposent de l'ensemble des informations nécessaires aux travaux relevant de leurs attributions. (...) ». Sur l'objectif d'un renforcement de la représentation médicale, voir également : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment page 25 : « (...) Prenant acte de ces défauts, les rapports de l'IGAS et de la Cour des comptes appellent à une rénovation de la gouvernance des GHT, afin de la re-médicaliser, mais aussi de renforcer le poids des élus, des usagers et des représentants du personnel en son sein. L'ordonnance du 17 mars 2021, prise en application de la loi du 24 juillet 2019 prévoit qu'à partir du 1er janvier 2022, tous les GHT devront obligatoirement se doter d'une commission médicale de groupement (CMG) aux pouvoirs élargis. Vos rapporteurs estiment que si cette instance permet de renforcer la dimension médicale pour contrebalancer les enjeux administratifs et financiers, la CMG pourra être utile. Ils appellent néanmoins à veiller à ce que la CMG ne contribue pas à centraliser encore davantage la gouvernance du GHT. (...) ».

⁴⁶⁷ Les différentes composantes de membres des commissions médicales de groupement sont définies par le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « (...) La commission médicale de groupement comprend, avec voix délibérative: 1o Les présidents des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement; 2o Les chefs de pôle d'activité clinique et médicotechnique inter-établissements, et les coordonnateurs des fédérations médicales inter hospitalières mises en place entre tout ou partie des établissements parties au groupement; 3o Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire; 4o Des membres représentant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, désignés par chaque commission médicale d'établissement en son sein et, pour les établissements et services médico-sociaux parties au groupement, selon des modalités définies par la convention constitutive. La durée du mandat des membres mentionnés au 4o est de quatre ans. (...) ».

participation de droit des chefs de pôles inter établissements tend aussi à démontrer l'ambition d'une structuration par ce biais de l'offre de soins au sein des territoires.

b. La simplification et l'unification progressive des groupements hospitaliers de territoire

345. Au-delà de l'octroi de nouvelles compétences, le renforcement des groupements hospitaliers de territoire passe également par une simplification de leur fonctionnement lorsque la configuration du groupement le permet. Le législateur a ainsi souhaité permettre une substitution des instances des établissements membres par celles du groupement, voire même une coopération entre les différentes instances du groupement. Ainsi, les établissements membres peuvent décider conjointement, après avis des commissions médicales d'établissements, de remplacer celles-ci par la seule commission médicale de groupement titulaire alors de l'entièreté de leurs compétences. En ce cas d'espèce, la composition de la commission médicale de groupement sera adaptée et se basera sur un découpage en collèges correspondant à celui employé pour les élections des commissions médicales d'établissements. Une démarche similaire est aussi possible concernant la commission des soins du groupement. Bien entendu, il est nécessaire en pratique que le groupement ait un périmètre géographique restreint, un nombre limité d'établissements membres et une maturité de coopération pour que les acteurs en présence s'accordent sur un tel dispositif. Mais dans ce cas de figure, le processus décisionnel leur simplifie désormais cette démarche en mettant en place un dispositif d'accord tacite en cas d'absence de réponse de l'agence régionale de santé⁴⁶⁸. Nous avons par ailleurs établi que le schéma institutionnel des groupements hospitaliers de territoire se calque sur celui

⁴⁶⁸ Sur le processus de validation de la substitution des instances, se référer au **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-13-1. – Le silence gardé pendant un mois par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les demandes tendant à la constitution d'une commission médicale unifiée de groupement ou d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques unifiée de groupement, présentées en application des dispositions des articles L. 6132-2-3 et L. 6132-2-6, vaut acceptation de ces demandes. ». Il est à noter des points de vue critiques sur ce principe de substitution des instances, notamment : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 25 : « (...) Pour réduire le nombre d'instances, le texte de cette ordonnance ouvre par ailleurs la voie à des fusions d'instances, entre les instances des établissements et celles du GHT. Cette option ne saurait convenir qu'à des établissements dont les communautés médicales et les établissements seraient déjà fortement intégrés. Vos rapporteurs attirent l'attention sur la nécessité de limiter ces modalités centralisatrices, qui peuvent conduire à priver l'hôpital des lieux où s'examinent les problèmes du réel. (...) ».

des établissements publics de santé et que de nombreuses instances représentant les différentes parties prenantes ont ainsi été instituées. Cependant, aucun mécanisme ne permet un dialogue entre celles-ci et leur fonctionnement reste en silos parallèles. Aussi, la réglementation a établi un mécanisme particulier entre la commission médicale de groupement et la commission des soins de groupement en rendant désormais possible d'établir une commission médico-soignante ne se substituant pas à ces deux instances mais leur permettant de travailler conjointement à l'élaboration du projet médical partagé et du projet de soins partagé avec une composition paritaire⁴⁶⁹.

346. Avec une telle dynamique de réagencement de leurs instances, les groupements hospitaliers de territoire sont censés être plus opérationnels dans leur fonctionnement. Les groupements peuvent ainsi porter davantage d'actions et être les interlocuteurs encore plus directs des agences régionales de santé concernant les orientations financières et stratégiques des établissements membres. Une telle évolution est naturellement laissée à la volonté des établissements et des groupements dans le cadre d'un droit d'option ouvert aux plus intégrés. En effet, nous pouvons considérer que les matières concernées par ce droit d'option, qui progressivement deviendra sans doute le droit commun, tendent une nouvelle fois à démontrer la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire. Ce droit d'option peut ainsi concerner l'élaboration d'un unique plan global de financement pluriannuel, centralisant de ce fait l'ensemble des capacités et dépenses d'investissement du territoire, et de sa déclinaison en un unique plan pluriannuel d'investissement⁴⁷⁰. Bien entendu, un tel dispositif ne peut être

⁴⁶⁹ Voir en ce sens le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-5-1. – I. – Une commission commune médico-soignante, composée de façon paritaire de membres de la commission médicale de groupement et de membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de groupement, peut être constituée pour faire des propositions de structuration des filières de soins au sein du projet médical partagé. II. – La commission commune médico-soignante associe à ses travaux des représentants des usagers, des professionnels de ville ou tout autre partenaire utile à la construction des parcours de santé. III. – La commission commune médico-soignante peut, en vue de leur prise en compte notamment dans le cadre du projet médical ou du projet de soins partagés, faire des propositions portant sur: 1o La mise en œuvre opérationnelle des filières de soins du projet médical et du projet de soins partagés; 2o La cohérence et l'harmonisation des pratiques médicales, soignantes et organisationnelles; 3o Des actions de formation coordonnées ou conjointes; 4o Le développement des actions de prévention et de promotion de la santé; 5o L'évaluation des filières et de leurs modalités de mise en œuvre au regard notamment de leur impact sur le service rendu à l'utilisateur. ».

⁴⁷⁰ Voir en ce sens le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-19-4. – I. – A la demande des directeurs de tous les établissements parties du groupement, en concertation avec les directoires, après avis des commissions médicales et des comités techniques de chaque établissement concerné, et sur avis favorable du comité stratégique du groupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, autoriser l'élaboration d'un plan global de financement pluriannuel unique. L'absence de réponse au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande vaut refus d'autorisation. (...) Art. R. 6132-19-5. – I. – A la demande de tous les directeurs des établissements parties du groupement, en concertation avec les directoires et après avis de la commission médicale de groupement, sur

activé qu'après une validation de l'ensemble des gouvernances des établissements membres et s'avère réversible, y compris à la demande de l'agence régionale de santé. L'établissement support est alors en charge du pilotage de ces documents de cadrage éminemment stratégiques⁴⁷¹ et le comité stratégique est l'instance finale de validation de ceux-ci sous réserve du poids du directeur de l'établissement support dans la conduite de cette même instance. La réglementation permet même de franchir un cap déterminant dans le sens de l'intégration des établissements membres en créant un dispositif de mise en commun de leurs disponibilités, c'est-à-dire de leurs trésoreries, tout en respectant le rôle des comptables publics, le dispositif faisant l'objet d'une convention de partenariat spécifique, et en maintenant l'obligation de dépôt des fonds auprès du Trésor public⁴⁷². Il est à noter que pour ces droits d'option financiers, et contrairement au processus visant à la substitution des instances, le silence de l'agence régionale de santé vaut refus tacite quand bien même l'ensemble des établissements membres serait d'accord pour activer ces mécanismes. Enfin, la réglementation permet désormais aux groupements hospitaliers de territoire de devenir le réceptacle de la contractualisation

avis favorable du comité stratégique du groupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, autoriser l'élaboration d'un programme d'investissement unique. L'absence de réponse au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande vaut refus d'autorisation. ».

⁴⁷¹ Consulter le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « (...) Sans préjudice des dispositions des articles L. 6143-4, R. 6144-1, R. 6144-40, D. 6145-67, R. 6145-67-1 et R. 6145-69, le directeur de l'établissement support fixe, pour le compte des établissements concernés, le plan global de financement pluriannuel unique après avis favorable du comité stratégique et avis de la commission médicale de groupement. (...) ».

⁴⁷² Voir ainsi le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-19-6. – I. – (...) autoriser la mise en œuvre du dispositif de mise en commun des disponibilités prévu à l'article L. 6132-5-1, en vue de la réalisation d'opérations de trésorerie entre établissements publics de santé et établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. La demande motivée des directeurs est accompagnée du plan prévisionnel de trésorerie et du plan global de financement pluriannuel mis à jour des établissements du groupement. Dès réception de la demande, le directeur général de l'agence régionale de santé sollicite l'avis du directeur départemental ou régional des finances publiques territorialement compétent, lequel se prononce dans un délai de quinze jours. L'absence de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande vaut refus d'autorisation. ». Il est à noter qu'un tel dispositif était envisagé dès les travaux préparatoires : **HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric**, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission », février 2016, 51 pages et spécialement page 28 : « (...) Dans le schéma envisagé, tous les établissements conserveraient un compte au Trésor. La solidarité financière pourrait se traduire par un mécanisme de solidarité de trésorerie, à l'instar des méthodes de « cash pooling » mises en place dans les groupes privés. Le scénario étudié en lien avec les services de la DGFIP consisterait à organiser des mouvements hebdomadaires entre les comptes 515 de chaque établissement partie et l'établissement support. Sur le plan opérationnel, ce schéma suppose notamment une compétence mutualisée sur le pilotage prévisionnel de trésorerie (harmonisation des méthodes de construction et de suivi des plans prévisionnels de trésorerie) et des opérations liées (notamment tirage de ligne de trésorerie, levée d'emprunt, etc (...)). Voir aussi : **SOLIVERI Philippe**, « Les investissements et leur financement dans le cadre des GHT », Finances hospitalières, n° 119 2017, pages 10 à 15. **DELNATTE Jean-Claude**, « Les mesures réglementaires visant à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire dans le domaine financier », Finances hospitalières, n° 159 2021, pages 10 à 13.

stratégique avec l'agence régionale de santé avec un droit d'option rendant possible la formalisation d'un unique contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour l'ensemble des établissements membres⁴⁷³. Ce mécanisme permet un véritable alignement stratégique des établissements d'un groupement et évite toute incohérence entre le projet médical partagé du groupement et les objectifs fixés à un établissement dans le cadre bilatéral de la contractualisation. Comme pour les autres mécanismes, en l'absence de personnalité morale du groupement, ce contrat est signé entre l'agence régionale de santé et le directeur de l'établissement support du groupement après un processus classique de validation.

Paragraphe II : La dynamique centripète de la prise de décision

347. Les évolutions législatives et réglementaires de ces dernières années tendent clairement à renforcer les compétences et le mécanisme institutionnel des groupements hospitaliers de territoire. Les dispositifs mis en place généralisent les groupements, les dotent de nouvelles fonctions mutualisées et créent les fondements d'une communauté médicale de territoire. La nature intégrative des groupements est aussi peu à peu accompagnée par le biais de droits d'option, y compris dans les domaines financiers. Cette intégration progressive des groupements conduit de façon concomitante à constater une dynamique centripète recentrant autour de l'établissement support la prise de décision.

348. Nous verrons en ce sens que l'établissement support est investi progressivement d'un transfert de responsabilité (A) conduisant à la mise en place d'une véritable administration de groupe (B).

⁴⁷³ Sur la contractualisation par le groupement hospitalier de territoire, voir le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-19-3. – A la demande des directeurs de tous les établissements parties du groupement, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, au regard de l'intention et des capacités de l'ensemble des établissements parties, autoriser la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique entre l'agence régionale de santé et ces établissements. L'absence de réponse au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande vaut refus d'autorisation. Sans préjudice des dispositions des articles L. 6143-7, L. 6143-1, L. 6144-3 et R. 6144-1, le contrat est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le directeur de l'établissement support, pour le compte des établissements concernés, après concertation du comité stratégique, consultation de la commission médicale de groupement et au vu de l'avis motivé du président de la commission médicale de groupement. ».

A) Le transfert progressif à l'établissement support de la responsabilité

349. La création de fonctions mutualisées assumées par l'établissement support conduit à réduire l'autonomie de gestion des établissements membres. Les instances du groupement, auxquelles l'ensemble des établissements participe, restent compétentes pour contrôler la gestion réalisée par l'établissement support. Mais, ces mêmes instances sont en réalité peu en mesure d'aller à l'encontre d'une décision que prendrait le directeur de l'établissement support dans la conduite des fonctions mutualisées, et tout particulièrement en matière d'achat du fait du transfert à son bénéficiaire du pouvoir adjudicateur. L'autonomie des établissements membres n'est ainsi plus que théorique pour une partie conséquente de leur activité⁴⁷⁴.

350. Mais, des mécanismes complémentaires peuvent être activés afin que l'établissement support assume directement la responsabilité de la conduite des établissements, y compris en préservant leur autonomie juridique. Cette responsabilité peut exister à travers les cas restreints de fusion au sein des groupements de petite taille (a), ou plus largement dans le cadre d'une animation en directions communes dans les plus grands groupements (b).

a. Les cas restreints de fusion au sein des groupements de petite taille

351. La manière la plus directe de confier la responsabilité des établissements membres à l'établissement support du groupement serait la fusion de ces établissements. Cette procédure administrative vise à créer un nouvel établissement fusionné et fait alors disparaître les différents établissements constitutifs et l'autonomie de gestion des différents sites hospitaliers. La procédure de fusion a en ce sens connu une simplification administrative⁴⁷⁵ mais reste un

⁴⁷⁴ Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment page 22 : « (...) Au total, le choix fait en 2016 de l'absence de personnalité juridique pour les GHT pouvait suggérer une volonté de faire travailler les établissements de santé sur un mode collaboratif ; cependant, les limites de ce format collaboratif au regard de l'objectif de restructuration de l'offre de soins suggèrent, en creux, l'objectif d'une intégration plus avancée autour de l'établissement support du GHT (direction commune, voire fusion). (...) ».

⁴⁷⁵ Se référer à l'**ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2017** précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique : « III.- La fusion entre deux ou plusieurs établissements publics de santé s'effectue soit par la création d'une nouvelle personne morale, soit par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements partie à la fusion. Cette fusion est réalisée à l'initiative des établissements partie à la fusion ou à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé conformément à l'article L. 6131-2. ». Il est à souligner que la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, prévoit qu'en cas de fusion les maires des communes sièges d'un site hospitalier soient membres

processus relativement contraignant et jonché de difficultés politiques. Elle est ainsi compliquée à faire accepter aux élus locaux concernés du fait de la place des établissements publics de santé dans l'emploi local. La fusion conduit par ailleurs à n'avoir qu'un seul conseil de surveillance qui réduit arithmétiquement leur place dans la gouvernance. Un tel processus est également difficile à expliquer à la population qui peut facilement y voir le risque d'une disparition progressive de l'offre de soins locale au profit d'une centralisation de celle-ci vers l'établissement support. De même, les personnels et les organisations syndicales peuvent nourrir des craintes, légitimes ou non, notamment par exemple en cas d'écart dans les dispositions locales de gestion du temps de travail.

352. Le processus de fusion aurait pu être choisi en lieu et place de la démarche de constitution des groupements hospitaliers de territoire. Du fait des difficultés exposées précédemment, ce choix n'est pas apparu pertinent, y compris du fait des opérations techniques nécessaires à sa mise en œuvre. Au contraire, la création des groupements hospitaliers de territoire tend à faciliter un tel processus ultérieurement en mettant en place une convergence du système d'information, une harmonisation progressive des règles de gestion des ressources humaines, une utilisation progressive des droits d'option dans le domaine financier, ce qui rendra plus aisée une éventuelle opération de fusion ensuite entre les établissements membres d'un groupement. De ce fait, les pratiques de fusion entre les établissements membres d'un groupement se révèlent pour l'heure relative isolées⁴⁷⁶ et correspondent à des groupements dotés d'un nombre restreint d'établissements membres et précédemment liés par une direction commune.

b. L'animation en directions communes dans les plus grands groupements

353. Une option au contraire très répandue⁴⁷⁷ conduit à la mise en place de directions communes entre l'établissement support du groupement et les établissements membres. Cette

de droit avec voix consultative du conseil de surveillance de l'établissement fusionné, et donc sans intégrer le collège des membres délibérants issus des collectivités territoriales.

⁴⁷⁶ Voir en ce sens : **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017 », 2017, 25 pages recensant au cours de l'année 17 fusions d'établissements intra-sanitaires.

⁴⁷⁷ Consulter : **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017 », 2017, 25 pages recensant 523 directions communes, soit une progression de +42% par rapport à 2014 mais avec une disparité en fonction des régions (par exemple 88 en Auvergne-Rhône-Alpes contre 27 en Ile-de-France). Cette évolution est particulièrement marquée entre les établissements sanitaires,

solution permet d'assurer un alignement stratégique de fait tout en maintenant une illusion d'autonomie de gestion et par conséquent en évitant les complications envers la population ou les élus locaux. A l'inverse, une telle solution ne va pas dans le sens d'une simplification administrative et conduit les équipes de direction à devoir gérer une multitude d'instances dans chaque établissement de la direction commune. Ce dispositif relativement souple et réversible est désormais largement utilisé au sein des groupements hospitaliers de territoire. Cependant, son caractère automatique, en ne le rendant plus tributaire de l'accord respectif des conseils de surveillance, n'a pas encore été retenu malgré les tentatives du législateur pour ce faire⁴⁷⁸. Il est à noter que cette proposition du législateur était explicitement établie en référence à la poursuite de l'intégration des groupements hospitaliers de territoire⁴⁷⁹. Ainsi, malgré le fait que ce dispositif n'ait pas été rendu systématique, les directions communes tendent à se multiplier au sein des groupements hospitaliers de territoire, prémices de leur évolution encore plus intégrative.

ayant une obligation de participation à un groupement hospitalier de territoire, avec une progression de +78% par rapport à 2014 avec un total de 157 directions communes.

⁴⁷⁸ Voir la **proposition de loi n°3470** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dans sa formulation initiale n'ayant pas étant voté par les parlementaires : « Article 7 : Le code de la santé publique est ainsi modifié : Après l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6132-1-1 ainsi rédigé : Art. L. 6132-1. – Tout poste de chefferie d'établissement dans un groupement hospitalier de territoire laissé vacant est systématiquement confié à l'établissement support du groupement, sauf opposition du directeur général de l'agence régionale de santé compétente en raison de l'importance de la taille du groupement. L'établissement partie du groupement hospitalier du territoire dont la chefferie est laissée vacante devient alors une direction commune de l'établissement support du groupement. »

⁴⁷⁹ Se référer à : **RIST Stéphanie**, « Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », 25 novembre 2020 : « (...) Pour permettre une plus grande intégration des établissements de santé au sein des GHT, l'article 7 prévoit de systématiser les directions communes. Il crée ainsi un nouvel article L. 6132-1-1 du code de la santé publique au sein du chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, relatif aux GHT. Ce nouvel article prévoit que tout poste de directeur d'établissement laissé vacant dans un établissement partie à un GHT est systématiquement confié à l'établissement support du groupement. À chaque départ d'un directeur d'établissement partie, dans le cas d'un départ en retraite par exemple, la direction doit ainsi devenir systématiquement une direction commune entre l'établissement partie et l'établissement support. Cette notion de vacance s'entend ici sans condition de délai. Une seule condition dérogatoire est prévue à cette systématisation des directions communes : le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente pourra en effet s'opposer à une telle direction commune dans les cas où la taille du groupement serait trop importante. (...) En commission, l'article 7 a fait l'objet d'un amendement de rédaction globale de la rapporteure. En effet, lors des auditions menées dans le cadre de cette proposition de loi, la rapporteure a pu relever que le caractère systématique et imposé de ces directions communes était source de craintes pour certains. Il est donc apparu nécessaire d'assouplir le dispositif initial. L'article adopté par la commission prévoit donc que le poste vacant est d'abord confié à l'établissement support du GHT, pendant une durée transitoire d'un an seulement. Le directeur général de l'ARS compétente pourra alors s'y opposer, notamment en raison de l'importance de la taille du groupement (un sous-amendement de M. Didier Martin est venu préciser que cette opposition de l'ARS doit être motivée). Le directeur général de l'ARS pourra ensuite décider de prolonger cet intérim en une direction commune. Il ne pourra le décider qu'après avis du comité stratégique du GHT, du comité des élus locaux du GHT et du conseil de surveillance de l'établissement partie. (...) ».

B) La mise en place d'une véritable administration de groupe

354. La centralisation progressive de la décision autour de l'établissement support de groupement se concrétise également par une professionnalisation de la gestion des groupements. De même, la mutualisation de certaines fonctions conduit les établissements supports à modifier leur administration pour prendre en charge cette responsabilité territoriale. Ainsi, une véritable administration du groupement se met progressivement en place. Nous verrons que cela se matérialise par l'animation du groupement hospitalier de territoire par des équipes dédiées (a), voire même par la création de directions fonctionnelles de groupement (b).

a. L'animation du groupement par des équipes dédiées à cette fonction

355. Lors de leur constitution en 2016, les groupements hospitaliers de territoire ont dû être mis en place dans un délai de quelques mois. Cette démarche a supposé de nombreuses concertations et un travail administratif conséquent afin de s'accorder sur le contenu de la convention constitutive, du règlement intérieur puis du projet médical partagé du groupement. Ce travail a reposé légitimement sur les équipes des établissements supports, ceux-ci étant normalement dotés d'une technostructure plus étayée du fait de leur taille. Passée cette phase initiale, le pilotage d'un groupement hospitalier de territoire n'apparaît pas moins chronophage au regard de la multitude d'instances à préparer et à animer, aux nombreux groupes de travail en découlant et à la révision quasi annuelle des conventions constitutives afin de prendre en compte les évolutions législatives et réglementaires concernant les groupements. Il y a ainsi eu une « chronicisation » du travail imposé par l'existence du groupement hospitalier de territoire. De même, la création des groupements hospitaliers de territoire a conduit à un foisonnement de textes juridiques et de doctrine administrative, créant ainsi un nouveau champ d'expertise auquel les établissements supports n'étaient pas exercés.

356. Ces deux phénomènes de spécialisation et de chronicisation des tâches inhérentes aux groupements hospitaliers de territoire ont débouché sur la création d'une administration spécifique en charge de leur animation⁴⁸⁰. Ainsi, chaque établissement support dispose d'un

⁴⁸⁰ Une remarque similaire peut être établie concernant l'administration centrale avec la mise en place d'une Mission GHT au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins, alors même que celle-ci est dotée d'une sous-direction en charge de la régulation de l'offre de soins. Il s'agit là de la mise en place d'une technostructure spécialisée alors même que des mécanismes de concertation avec les acteurs (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, partenaires sociaux, conférences de directeurs et de présidents de commissions

temps voire d'un poste de direction spécialement chargé d'animer les travaux du groupement⁴⁸¹. Cela s'accompagne d'un temps de secrétariat et d'éventuels chargés de mission thématiques. L'ensemble de ces ressources est imputé au budget annexe de l'établissement support et fait l'objet d'une contribution financière de chaque établissement conformément à la clef de répartition établie par la réglementation. Le corpus juridique et les techniques d'animation de tels groupements font également l'objet de nombreuses formations et même de modules spécifiques dans le cadre des formations dispensées par l'Ecole des hautes études en santé publique de Rennes⁴⁸². De ce fait, une technostructure spécifique a été instituée au sein de chaque groupement. Cet investissement dans le pilotage du groupement réalisé par l'établissement support participe indirectement à la centralisation progressive de la prise de décision à son niveau.

b. La création de directions fonctionnelles de groupement

357. Le constat établi concernant l'administration en charge du pilotage du groupement hospitalier de territoire peut se décliner à l'identique concernant les différentes fonctions supports. La mutualisation de certaines fonctions et la constitution en parallèle de directions communes entre les établissements poussent à la création de directions fonctionnelles de groupement similaires à des directions supports de groupes de cliniques privées. Une telle évolution est en effet logique au regard des transferts de compétences réalisés dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire. Ainsi, la convergence du système d'information suppose la mise en place d'une direction du système d'information commune entre les établissements membres du groupement, comme la doctrine administrative les y invitait dès la création des groupements⁴⁸³. De même, la fonction achat avec un pouvoir adjudicateur unique ne peut

médicales d'établissements et représentants des usagers) ont par ailleurs été mis en place, notamment à travers l'installation d'un comité national de suivi de la réforme des GHT.

⁴⁸¹ Ainsi, lors de la publication au Journal Officiel du 17 juin 2022 de l'avis de vacance d'emplois de direction (postes de directeurs adjoints) dans les établissements publics de santé, il est à noter que 7 des 91 postes proposés étaient spécifiquement liés à l'animation d'un groupement hospitalier de territoire.

⁴⁸² Au-delà de l'aspect territorial abordé dans chacune des matières, par exemple la stratégie, le management ou les achats, la formation initiale de directeur d'hôpital comporte désormais une unité d'enseignement spécifiquement consacrée aux coopérations territoriales et à la contractualisation.

⁴⁸³ Voir en ce sens : **MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT Mode d'emploi – Guide méthodologique - Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT », juillet 2016, 132 pages et particulièrement page 11 : « (...) Pour garantir l'efficacité du pilotage décisionnel et opérationnel et des efforts engagés, la mise en place, au plus tôt après la constitution du GHT, d'une direction des systèmes d'information (DSI) commune pour le GHT est un élément clé de la réussite de la convergence du

reposer que sur une direction achat de territoire au niveau de l'établissement support⁴⁸⁴. Une telle dynamique peut sembler moins automatique concernant d'autres fonctions dont l'objectif, dans un premier temps, vise à l'harmonisation des pratiques entre établissements, il en est ainsi de la formation et de la gestion des personnels médicaux. Cependant, en instituant une obligation de contrôle incombant à l'établissement support, la réglementation incite fortement à une structuration sous la forme d'une direction fonctionnelle commune. Enfin, les droits d'option ouverts aux groupements hospitaliers de territoire participent également d'une telle dynamique, la mutualisation des disponibilités par exemple nécessitant pour le pilotage de la trésorerie que celle-ci soit supervisée par une direction financière unique et commune aux établissements membres du groupement.

Section II : Une interdépendance écartant le risque d'une remise en cause des groupements

358. Malgré les limites exposées des groupements hospitaliers de territoire, ces derniers ont indéniablement permis la mise en place d'un fonctionnement en commun des établissements publics de santé. Les établissements membres d'un groupement sont alignés stratégiquement, grâce aux compétences nouvelles accordées par le législateur aux groupements et du fait d'une centralisation progressive de la prise de décision autour de l'établissement support. Une remise en cause de cette dynamique, conduisant progressivement vers l'intégration des établissements membres d'un même groupement, ne semble pas être une position largement partagée par les pouvoirs publics. Une telle éventualité paraît en effet incompatible avec l'interdépendance s'étant créée entre les établissements d'un groupement. En effet, même si la réorganisation des soins escomptée n'a pas été constatée, les projets médicaux partagés ont engagé une nouvelle organisation fondée sur la gradation des soins et leur territorialisation. De nombreux dispositifs, ayant parfois précédés les groupements, traduisent ces deux axes et apparaissent profondément ancrés dans les organisations. Cet effet cliquet dans la constitution des groupements hospitaliers de territoire est encore plus patent concernant les fonctions supports. Malgré les difficultés

système d'information hospitalier (SIH). La DSI commune permet la gestion commune du SIH et garantit la cohérence des orientations et l'efficacité des décisions communes au GHT. Elle permet également de faciliter la mutualisation des fonctions supports informatiques (hotline, postes de travail, formation des utilisateurs, astreintes...). La DSI est rattachée à l'établissement support, et le rattachement direct du directeur des SI à la direction générale de l'établissement support est préconisé. (...) ».

⁴⁸⁴ Consulter : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « GHT Mode d'emploi – Guide méthodologique – La fonction achat des GHT », mai 2017, 202 pages.

techniques initiales, la mutualisation de telles fonctions a su démontrer une plus-value pour les établissements membres et un renoncement serait pour eux une source de surcoûts importants et limiterait leur accès possible aux accompagnements financiers régionaux ou nationaux dans la plupart des domaines.

359. Nous constaterons tout d’abord que le projet médical partagé porté par le groupement hospitalier de territoire a fondé une nouvelle organisation des soins basée sur le territoire (paragraphe I), ainsi que des fonctions administratives désormais très imbriquées (paragraphe II).

Paragraphe I : Un projet médical partagé construisant une nouvelle organisation des soins sur le territoire

360. La première génération de projets médicaux partagés a été élaborée rapidement et des critiques ont pu viser leur opérationnalité en-deçà des espérances de réorganisation des soins pour les rendre plus gradués et sécurisés conformément aux objectifs assignés aux groupements hospitaliers de territoire⁴⁸⁵. Ce bilan peut cependant être jugé trop critique car les projets médicaux partagés ont pérennisé des dispositifs préexistants et fondés justement sur un principe de coordination et de gradation des soins. Ceux-ci se sont développés progressivement, notamment au gré de crises récurrentes, et leurs périmètres recourent généralement celui des groupements hospitaliers de territoire. La crise sanitaire liée à l’épidémie de Covid-19 a encore renforcé cette structuration qui traduit une interdépendance de l’offre de soins des établissements membres d’un même groupement. Mais, les projets médicaux partagés en eux-mêmes ont conduit à la généralisation de dispositifs établissant cette interdépendance, notamment grâce à la multiplication de postes médicaux partagés ou à la construction d’une gestion prévisionnelle commune des postes médicaux. Le récent renforcement des compétences des groupements en ce domaine va inscrire encore plus durablement ces dispositifs.

⁴⁸⁵ Voir par exemple : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et spécialement page 63 : « (...) Les PMP sont des outils de programmation, établis en 2017 et qui ne font majoritairement pas l’objet d’une mise à jour, étant donné la lourdeur de la procédure. De ce fait, la Cour a cherché à vérifier si depuis leur mise en œuvre, une restructuration de l’offre de soins était intervenue. Pour ce faire, l’évolution du nombre d’implantations de plateaux techniques hospitaliers a été mesurée pour la période 2014-2018. En 2014, l’hospitalisation publique comptait 3 338 salles d’interventions chirurgicales réparties au sein de 454 sites hospitaliers. Entre 2014 et 2018, le nombre de salles a diminué de 0,7 % par an et le nombre de sites hospitaliers détenteur d’un bloc opératoire a diminué de 1,2 % par an. Cependant, en incluant l’activité d’obstétrique, le nombre d’établissements publics disposant d’un bloc opératoire n’a pas varié ainsi que le nombre d’établissements publics disposant d’une unique salle d’intervention chirurgicale (26 établissements). (...) ».

361. Nous aborderons en premier lieu la gradation territoriale des soins se renforçant au gré des crises sanitaires (A), et entraînant une territorialisation progressive de l'organisation médicale (B).

A) Une gradation territoriale des soins se renforçant au gré des crises

362. L'interdépendance entre les établissements membres d'un même groupement repose au niveau médical sur celle de leurs offres de soins. Avec la spécialisation⁴⁸⁶ et la technicisation des prises en charge médicales et chirurgicales, peu d'établissements sont en capacité de disposer d'une offre de soins complète. L'accès aux soins en tout point du territoire conduit également à avoir plusieurs lieux de prise en charge. La contradiction entre ces deux phénomènes est réglée par la gradation des soins entre les établissements afin d'offrir des parcours clairs, rapides et sécurisés aux patients. Les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire ont permis de consolider de nombreux dispositifs participant à une telle gradation des soins, et pouvant servir de références à l'ensemble des filières médicales. Nous distinguerons ainsi ce que nous qualifierons de gradation structurelle des soins au sein du territoire (a), car exigée par les textes normatifs régulant les activités de soins, et la gradation coopérative des soins entre acteurs de santé (b).

a. La gradation structurelle des soins au sein du territoire

363. L'objectif d'une organisation graduée des soins est de proposer une offre de soins dans une discipline dont la démographie médicale est particulièrement sous tension alors même que cette discipline constitue une nécessité. Les urgences et les maternités offrent des exemples tout désignés et leur importance dans l'organisation des soins conduit forcément les projets médicaux partagés à les travailler de façon prioritaire⁴⁸⁷. En ce sens, les groupements

⁴⁸⁶ La spécialisation de la médecine s'entend notamment au niveau des études médicales dont le 3^{ème} cycle a fait l'objet d'une réforme de fond avec l'**arrêté du 12 avril 2017** portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Celui-ci prévoit un 3^{ème} cycle séquencé en trois phases (socle, approfondissement, consolidation) et des études médicales structurées autour de 34 diplômes d'études spécialisés (DES) auxquels se rajoutent plus de 800 options et 1600 formations spécifiques transversales (FST).

⁴⁸⁷ Ce constat est particulièrement avéré concernant les urgences, voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et spécifiquement page 36 : « (...) Les trois filières cliniques les plus traitées dans les

hospitaliers de territoire tendent à s'appuyer et à consolider la gradation des soins mise en place dans ces deux disciplines à travers les conditions techniques de fonctionnement de ces activités de soins prévoyant de façon obligatoire la participation de l'établissement titulaire à un réseau spécialisé⁴⁸⁸. Celui-ci vise à organiser l'offre de soins sur un territoire, à prévoir les modalités de transfert des patient le cas échéant entre les établissements et surtout à harmoniser les protocoles de prise en charge. En ce qui concerne la périnatalité⁴⁸⁹, cette gradation des soins se concrétise par la structuration des maternités en niveaux de prise en charge en fonction de la présence sur site d'une unité de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou d'une réanimation néonatale. Pour la médecine d'urgence⁴⁹⁰, il s'agit davantage de formaliser la gestion de situations nécessitant des compétences spécialisées et donc le transfert d'un patient par exemple pour la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral, d'un syndrome coronarien aigu ou encore dans le cas d'un polytraumatisme. Au-delà de la constitution et de l'adhésion obligatoire à un réseau de prise en charge au sein d'un territoire, la réglementation ne fixe pas d'objectif dans le travail de ce réseau. La création des groupements hospitaliers de territoire va par conséquent pouvoir donner encore plus de substance à de tels dispositifs. Ainsi au gré de la mise en place d'équipes médicales de territoire, l'harmonisation des protocoles deviendra n'ont pas une plus-value mais une nécessité préalable. Le groupement vient ainsi consolider la

PMP sont la gériatrie, les urgences et la cardiologie. Pour chacune de ces trois filières et dans la majorité des PMP, des objectifs précis sont retenus, dans cinq domaines, dont les trois premiers sont mentionnés dans 75 à 80 % des GHT: accès aux soins et gradation des prises en charge ; qualité et sécurité des pratiques professionnelles, notamment pour la cardiologie les urgences et la gériatrie ; adaptation des prises en charge de proximité et de référence, avec une déclinaison particulière pour les populations fragiles ; attractivité et recrutements de personnels médicaux ; performance des prises en charge. (...) ».

⁴⁸⁸ Voir par exemple le **décret n°2006-576 du 22 mai 2006** relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : « Art. R. 6123-26. - L'établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 met en place ou participe à un réseau avec d'autres établissements de santé publics et privés. Ce réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens. ».

⁴⁸⁹ Se référer en la matière à l'**instruction n°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015** relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

⁴⁹⁰ Sur les missions du réseau territorial des urgences, voir le **décret n°2006-577 du 22 mai 2006** relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : « Art. D. 6124-25. - L'établissement participant au réseau mentionné à l'article R. 6123-26 transmet régulièrement à l'ensemble des membres de ce réseau, dans des conditions prévues par la convention constitutive : 1° Un répertoire opérationnel de ses ressources disponibles et mobilisables ; 2° Les modalités d'accès et de fonctionnement à ces ressources, notamment les tableaux de service ou les tableaux de permanence médicale. Il transmet également ce répertoire opérationnel à l'agence régionale de l'hospitalisation. Celle-ci réalise chaque année une synthèse des répertoires au niveau régional et la transmet à tous les professionnels concernés. Art. D. 6124-26. - Les équipes médicales des structures de soins de l'établissement ou des établissements membres du réseau mentionné à l'article R. 6123-26 s'organisent dans ce cadre pour être joints par les médecins de la structure de médecine d'urgence et, le cas échéant, intervenir dans les meilleurs délais. ».

gradation des soins, et l'articulation en réseaux thématiques pourrait être un modèle d'organisation pour d'autres filières de prise en charge.

364. Afin de mettre en place une organisation graduée des soins au sein d'un territoire, la réglementation peut ainsi prévoir une obligation de participation à un réseau de prise en charge. D'autres activités de soins ne reposent pas sur un tel réseau mais vont tout de même rendre obligatoire une coopération entre des établissements de santé ne disposant pas d'un plateau technique de même niveau. Ainsi, des parcours patients inter-établissements pourront s'organiser par des conventions bilatérales ou collectives. Ces conventions constituent des éléments de conformité lors de l'instruction des demandes d'autorisations d'activités de soins par l'agence régionale de santé. Le champ des soins critiques est particulièrement concerné par une telle procédure obligatoire au regard de la technicité des prises en charge considérées. De cette façon, un établissement ne disposant pas d'une offre complète devra avoir accès par convention avec un autre établissement à certaines modalités diagnostiques ou de prise en charge pour être autorisé en soins intensifs cardiologiques⁴⁹¹ ou en surveillance continue⁴⁹². En réponse à ces obligations réglementaires, les établissements de santé d'un territoire vont parfois jusqu'à créer un groupement de coopération sanitaire afin d'éviter un maillage fait de multiples conventions bilatérales. Ces dispositions ont toutes en commun d'obliger les établissements concernés à prévoir les modalités de transfert des patients. Aussi, chaque établissement va devoir définir les pathologies et la sévérité de prise en charge qu'il peut assurer sur place et définir pour chaque patient ne rentrant pas dans ces critères quel est l'établissement référent. Pour faciliter le transfert, comme pour les réseaux de prise en charge, des protocoles communs vont être établis entre les équipes médicales. Là encore, la similitude est forte avec la démarche entreprise par les groupements hospitaliers de territoire qui pourront s'appuyer sur un tel travail.

⁴⁹¹ Concernant les soins intensifs cardiologiques, se référer au **décret n° 2002-466 du 5 avril 2002** relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples) : « Art. D. 712-124. - *L'établissement de santé dans lequel fonctionne une unité de soins intensifs cardiologiques passe une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements de santé disposant d'une unité de réanimation.* »

⁴⁹² Dans le domaine des soins continus, voir le **décret n° 2002-466 du 5 avril 2002** relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples) : « Art. D. 712-126. - *L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs.* »

b. La gradation coopérative des soins ente acteurs de santé

365. Sans être une obligation réglementaire conduisant à une gradation structurelle, la gradation des soins dans un territoire peut également être coopérative en passant par une approche de formalisation d'un protocole commun entre les équipes médicales concernées par un type de prise en charge. Le résultat sera identique aux démarches précédentes en déterminant le niveau que chaque établissement peut assumer dans la gestion d'une prise en charge et les modalités de transfert d'un patient le nécessitant vers un établissement doté d'un plateau technique plus adapté. La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral fournit un exemple éclairant en ce domaine⁴⁹³. Ainsi, l'ensemble des établissements autorisés en médecine d'urgence vont participer à cette prise en charge en diagnostiquant dans leurs structures les patients présentant les symptômes d'un accident vasculaire cérébral. En fonction de la durée depuis l'apparition des premiers signes, le patient sera transféré dans une unité neuro-vasculaire, potentiellement dans un autre établissement et après une évaluation réalisée par le neuro-vasculaire au besoin en ayant recours à une télé expertise. Ce transfert a pour objectif de pouvoir traiter le patient par une thrombolyse intraveineuse et dans certains cas, une prise en charge en soins intensifs pourra également être organisée. Si l'indication se présente, le patient peut directement être transféré dans un établissement disposant d'une unité de neuroradiologie interventionnelle afin qu'un acte thérapeutique sous imagerie soit réalisé. Après cette phase de prise en charge aigüe, le patient sera transféré en médecine physique et de réadaptation afin de limiter au maximum les séquelles neurologiques découlant de cet accident vasculaire cérébral. Ainsi, une filière structurée et graduée de prise en charge est mise en place. Un tel modèle est celui attendu de la part des groupements hospitaliers de territoire devant le décliner pour l'ensemble des prises en charge.

366. Les dispositifs précédemment énumérés ont tous en commun, malgré leur caractère parfois obligatoire, de préserver l'autonomie de chaque établissement. A l'inverse, certaines activités de soins requièrent des outils de coordination plus coercitifs dans l'optique de concilier la sécurité des soins et la proximité de leur réalisation selon la dichotomie propre à la gradation des soins. Cela est particulièrement le cas en ce qui concerne les activités de cancérologie. Cette autorisation d'activité de soins est déclinée en trois grandes modalités correspondant à la

⁴⁹³ Voir la **circulaire n°DHOS/O4/DGS/DGAS/2003/517 du 3 novembre 2003** relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Cette structuration a été renforcée par le plan d'actions national AVC 2010-2014 ayant notamment conduit à un maillage national comprenant 135 unités neuro-vasculaires (UNV).

chirurgie carcinologique, à la radiothérapie et à la chimiothérapie⁴⁹⁴. Pour chacune de ces modalités, l'établissement de santé les exerçant doit respecter des seuils minimaux d'activité arrêtés sur proposition de l'Institut national du cancer⁴⁹⁵, ces seuils s'appliquant au niveau de l'entité géographique et non de l'entité juridique prenant en charge le patient. En ce qui concerne la modalité de chimiothérapie, la réglementation permet cependant une organisation spécifique fondée sur la création d'un site associé selon une logique de recherche de proximité. En effet, une chirurgie est une occurrence unique et la radiothérapie suppose une prise en charge hautement technique ce qui laisse à supposer qu'il convient de privilégier la sécurité sur la proximité, et par conséquent que le patient doit effectuer un déplacement un peu plus long au bénéfice de sa prise en charge. En ce qui concerne la chimiothérapie, la récurrence des séances

⁴⁹⁴ La réglementation en matière de cancérologie est définie principalement par le **décret n° 2007-388 du 21 mars 2007** relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) prévoyant que : « Art. R. 6123-86. - *L'activité de soins de traitement du cancer mentionnée au 18° de l'article R. 6122-25 consiste à traiter les tumeurs solides malignes ou les hémopathies malignes. Ce traitement est médical, chirurgical ou réalisé par radiothérapie externe, par curiethérapie, ou par utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées.* Art. R. 6123-87. - *L'autorisation prévue par l'article L. 6122-1 nécessaire pour exercer l'activité de soins du cancer mentionnée au 18° de l'article R. 6122-25 est accordée pour une ou plusieurs des pratiques thérapeutiques suivantes : 1° Chirurgie des cancers ; 2° Radiothérapie externe, curiethérapie, dont le type est précisé ; 3° Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées ; 4° Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer.* ». Concernant la cancérologie, voir plus largement : **PONTIER Jean-Marie**, « La stratégie décennale de lutte contre le cancer », RDSS, n°03 2022, pages 506-519. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**, « Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 – Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain », juin 2021, 128 pages. **INSTITUT NATIONAL DU CANCER**, « Rapport annuel 2021 – Innover, accélérer, déployer », juillet 2022, 22 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Evaluation du troisième Plan cancer (2014-2019) », juillet 2020, 373 pages. Il est à noter une récente réforme du droit de l'autorisation pour l'activité de soins de cancérologie, désormais régie par le **décret n° 2022-689 du 26 avril 2022** relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer.

⁴⁹⁵ Sur l'utilisation de seuils d'activité minimaux en cancérologie, se référer au **décret n° 2007-388 du 21 mars 2007** relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : « Art. R. 6123-89. - *L'autorisation ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur respecte les seuils d'activité minimale annuelle arrêtés par le ministre chargé de la santé en tenant compte des connaissances disponibles en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales, éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les trois années écoulées. La décision d'autorisation précise les thérapeutiques ou les interventions que pratique le titulaire de l'autorisation par référence à ces seuils d'activité. Toutefois, à titre dérogatoire, la première autorisation peut être accordée à un demandeur dont l'activité prévisionnelle annuelle est, au commencement de la mise en œuvre de cette autorisation, au moins égale à 80 % du seuil d'activité minimale prévu à l'alinéa précédent sous la condition que l'activité réalisée atteigne le niveau de ce seuil au plus tard dix-huit mois après la visite de conformité. Ce délai est porté à trente-six mois lorsque l'autorisation concerne l'exercice de l'activité de soins par la modalité de radiothérapie externe. L'activité minimale annuelle que le titulaire de l'autorisation doit réaliser en application des dispositions précédentes est mentionnée dans la décision d'autorisation comme engagement relatif au volume d'activité pris par le demandeur en application de l'article L. 6122-5. Lorsque l'autorisation est accordée pour l'exercice de l'activité de soins sur plusieurs structures de soins dépendant d'un même titulaire, les seuils et la réalisation d'activité minimale annuelle mentionnés aux trois alinéas précédents sont applicables à chacune de ces structures.* ».

est telle que la proximité est un élément à privilégier. Cependant, cela ne saurait conduire à le faire au détriment de la sécurité des soins déterminée notamment par la fixation de seuils minimaux d'activité. Aussi, la réglementation prévoit la création de sites associés non titulaires d'une autorisation d'activité de soins mais la réalisant sous le contrôle d'un établissement autorisé⁴⁹⁶. Dans ce cas de figure, l'établissement associé devra respecter les recommandations émises par l'Institut national du cancer et notamment réaliser cette activité de chimiothérapie conformément aux protocoles de l'établissement autorisé. Le parcours patient prévoira également que la primo-prescription sera nécessairement effectuée par un médecin spécialiste de l'établissement autorisé et une évaluation annuelle du dispositif devra permettre de s'assurer du respect de la sécurité des soins en l'absence de l'atteinte des seuils minimaux d'activité. Il s'agit là d'une gradation coopérative des soins malgré l'autonomie écornée de l'établissement institué pour cette activité en site associé.

367. Un dernier exemple de gradation coopérative des soins s'effectue cette fois-ci en-dehors de toute contrainte ou incitation réglementaire. Il s'agit au contraire d'une organisation mise en place délibérément et volontairement par deux ou plusieurs établissements de santé et reposant davantage sur une logique d'optimisation des investissements biomédicaux. Ainsi, la sécurité d'une prise en charge peut supposer le recours à un équipement biomédical onéreux, par exemple un robot chirurgical, celui-ci nécessitant un volume de patients considéré pour pouvoir être économiquement amorti. Un établissement peut ainsi vouloir s'en doter mais n'atteint pas un tel volume ; à l'inverse, un autre établissement souhaiterait disposer d'une telle technologie mais ne dispose pas des moyens financiers nécessaires à son acquisition. Par conséquent, le premier établissement va acquérir cet équipement et va ouvrir son plateau technique aux praticiens et aux patients de l'établissement partenaire. Juridiquement, une telle organisation graduée des soins entre deux ou plusieurs établissements peut prendre des formes diverses. Un praticien d'un autre établissement pourra accéder à l'utilisation de cet équipement par une simple convention de mise à disposition, le patient traité sera alors sous la responsabilité de l'établissement où se déroule le traitement. Il peut également être mis en place une convention inter-établissements prévoyant un mécanisme de partage des recettes générées par la prise en

⁴⁹⁶ Sur la notion de site associé en chimiothérapie, voir le **décret n° 2007-388 du 21 mars 2007** relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) : « Art. R. 6123-94. - Ne sont pas soumis à l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-87 les établissements de santé ou les personnes qui, étant membres d'un réseau territorial de cancérologie mentionné au 1° de l'article R. 6123-88, participent à la prise en charge de proximité de personnes atteintes de cancer en association avec un titulaire de l'autorisation : a) En appliquant des traitements de chimiothérapie prescrits par un titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements ; b) En dispensant à ces patients des soins de suite ou des soins palliatifs. ».

charge de ce patient⁴⁹⁷. Enfin, des mécanismes de co-portage de l'équipement peuvent être envisagés, y compris sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire le cas échéant.

B) La territorialisation progressive de l'organisation médicale

368. L'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire vise ainsi à consolider une gradation, structurelle ou coopérative, des soins déjà mise en œuvre dans certaines disciplines et à généraliser cette approche à l'ensemble des filières de prise en charge. De ce fait, les établissements de santé d'un groupement se situent dans un état d'interdépendance, aucun ne pouvant disposer d'une offre de soins complète et reposant donc sur une articulation avec les autres établissements afin d'offrir aux patients une prise en charge conforme aux bonnes pratiques. Les établissements membres n'ont le plus souvent pas un plateau technique permettant l'accès aux dernières modalités thérapeutiques. Mais les établissements supports lorsqu'ils en disposent, ne sont pas en capacité d'accueillir tous les patients d'un territoire et sont par conséquent également dépendants des établissements membres pour prendre en charge les patients, en fonction de leur sévérité, nécessitant l'accès à un plateau technique moins spécialisé. Une nouvelle organisation des soins se constitue peu à peu sur la base d'une gradation des soins, cette dynamique étant sans doute appelée à s'accroître au gré de la spécialisation de la médecine et du recours à des équipements biomédicaux de plus en plus onéreux. Le risque serait ainsi important que la recomposition de l'offre de soins soit uniquement un phénomène de centralisation au sein de l'établissement support, favorisant peut-être la sécurité et l'innovation des soins, mais s'effectuant au détriment d'une proximité de prise en charge. Afin de résoudre cet antagonisme apparent, il est recherché le maintien de cette proximité pour la phase diagnostique de la prise en charge et également pour sa partie thérapeutique dans les disciplines nécessitant un moindre recours à un plateau technique. Aussi, l'organisation des soins, que les groupements hospitaliers de territoire mettent progressivement en place, repose de façon complémentaire sur une territorialisation de l'organisation médicale

⁴⁹⁷ Ce type de stratégie est particulièrement fréquent en matière d'imagerie médicale, y compris dans un cadre partenarial entre un établissement public de santé et des acteurs libéraux. Une telle coopération peut même aboutir à la création d'un plateau d'imagerie médicale mutualisée (PIMM) mis en place par **l'article 113 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. A ce sujet, voir également : **COUR DES COMPTES**, « L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables », Rapport Sécurité Sociale 2022, octobre 2022, 23 pages. **COUR DES COMPTES**, « L'imagerie médicale », avril 2016, 163 pages.

selon deux modalités, à savoir un exercice médical devenant de plus en plus territorial (a) mais aussi une anticipation des besoins médicaux des différents bassins de population (b).

a. Un exercice médical devenant territorial

369. L'ampleur de la réforme des groupements hospitaliers de territoire était telle que les autorités nationales ont mis en place un plan spécifique d'accompagnement⁴⁹⁸. Ce plan reposait sur trois opérateurs nationaux à savoir l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et quatre dispositifs thématiques concernant la formation, l'accompagnement professionnel, l'appui opérationnel et les outils. Dans le cadre de cet accompagnement, la territorialisation de l'organisation médicale a été largement mise en exergue. Ainsi, selon le premier bilan de cet accompagnement établi en mars 2017, 59% des missions réalisées l'ont été dans le champ des filières médicales et de l'offre de soins tandis que les fonctions supports ne représentaient que 11% des sollicitations. De même, les démarches d'accompagnement professionnel étaient ouvertes certes aux équipes de direction mais aussi aux responsables médicaux afin que ceux-ci soient formés à la dimension territoriale d'une organisation. Enfin, des accompagnements spécifiques pouvaient être financés par les autorités nationales ou les agences régionales de santé pour soutenir les démarches des groupements hospitaliers de territoire par exemple pour l'élaboration de leur projet médical partagé.

370. Grâce notamment à cet accompagnement national, la territorialisation de l'organisation médicale est peu à peu mise en place par chaque groupement hospitalier de territoire. A terme,

⁴⁹⁸ **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « Plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT à destination des établissements parties », octobre 2016, 26 pages. Si les agences régionales de santé ont structuré leur suivi des groupements hospitaliers de territoire, le regard porté sur leur suivi spécifique des organisations de soins est contrasté : **INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment pages 70-71 : « (...) Les ARS ont mis en place un dispositif de suivi rapproché des GHT, souvent élaboré et précis. Certaines réunissent, le plus souvent sur base annuelle, des « comités stratégiques », avec l'ensemble des GHT, pour examiner des enjeux régionaux et transversaux. Des réunions thématiques consacrées à tel aspect de la gestion des GHT (achats, systèmes d'informations...) peuvent être également programmées, quoique plus rarement. La plupart organise des rencontres spécifiques ou « dialogues de gestion », annuels ou semestriels, avec chaque GHT, généralement au niveau de l'ARS, plus rarement à celui des délégations territoriales. (...) Globalement, il apparaît néanmoins que les PMSP et les différentes filières de soins sont d'appréhension moins aisée pour les ARS, et que les objectifs de gradation et de qualité des prises en charge sont moins facilement traçables que ceux relatifs aux fonctions support. ».

cette structuration devrait être fondée sur les outils juridiques offerts par la réglementation tels que les équipes médicales de territoire et les pôles inter établissements. Une telle démarche prend nécessairement du temps et n'a pas pu être largement développée à ce stade même si la territorialisation de l'organisation médicale n'en est pas moins déjà engagée. Les groupements hospitaliers de territoire ont plutôt recours à de nombreux postes partagés de praticiens, notamment en proposant un tel exercice territorial aux jeunes praticiens, sous statut d'assistants spécialisés⁴⁹⁹. Tous les jeunes praticiens se spécialisant dans un établissement support de groupement n'ont pas vocation à y exercer durablement ensuite. Soit que cela ne corresponde pas à leur volonté de parcours professionnel, soit que cet établissement ne dispose pas de postes vacants dans la discipline considérée. Le poste partagé constitue alors une modalité d'exercice permettant de projeter une ressource médicale spécialisée sur le territoire et ainsi de consolider une offre de soins de proximité, par exemple sous la forme de consultations avancées, tout en laissant le praticien découvrir d'autres environnements de travail dans des établissements membres d'une taille moins importante et pouvant conduire ce praticien à souhaiter y exercer après sa spécialisation. Cet exercice territorial représente par conséquent une modalité essentielle dans la territorialisation de l'organisation médicale et participe largement à l'interdépendance de l'offre de soins entre établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire. Par ailleurs, cette démarche s'avère très simple sur le plan juridique car elle est basée sur de simples conventions de mise à disposition du personnel médical. En contrepartie de cette souplesse, il est à noter que ce fondement juridique présente deux contraintes. Tout d'abord, une multiplication des conventions de mise à disposition peut advenir au gré du développement d'un tel dispositif, allant à l'encontre d'une simplification administrative recherchée par ailleurs. Ensuite, le vecteur conventionnel est par définition un outil non pérenne malgré les clauses de dénonciation pouvant être formulées. En cas de raréfaction de la ressource médicale, l'établissement support peut être tenté d'arrêter toutes ces mises à disposition pour concentrer les praticiens en son sein. Ainsi, l'exercice territorial par des postes partagés ne pourra rester dans cette configuration et naturellement l'organisation médicale tendra vers la constitution d'équipes médicales de territoire plus pérennes et structurées. Les pouvoirs publics ont bien évidemment pris conscience du potentiel de ces

⁴⁹⁹ L'assistant des hôpitaux est un praticien à statut temporaire régi par les dispositions du **décret n°87-788 du 28 septembre 1987** relatif aux assistants des hôpitaux. Il s'agit d'un praticien thésé et inscrit à l'Ordre occupant ce statut pour une période minimale de deux ans. Ceux souhaitant exercer ensuite à l'hôpital public passeront le concours de praticien hospitalier titulaire. Pour les autres, cette période d'assistantat peut être une obligation pour valider une surspécialité ou pour pouvoir exercer en libéral en secteur II, c'est-à-dire en facturant des dépassements d'honoraires.

postes médicaux partagés et les accompagnent largement. De la sorte, de nombreuses agences régionales de santé utilisent leurs capacités régionales pour financer tout ou partie des postes d'assistants partagés au sein des groupements hospitaliers de territoire en concentrant ces financements sur des postes permettant d'asseoir l'offre de soins dans les zones les plus isolées⁵⁰⁰. Surtout, la réglementation est venue inciter financièrement les praticiens à un tel exercice médical avec l'instauration d'une prime d'exercice territorial dont le montant varie en fonction du nombre de journées réalisées au sein d'un autre établissement⁵⁰¹.

b. Une anticipation des besoins médicaux des différents bassins de population

371. L'organisation médicale se territorialise au sein des groupements hospitaliers de territoire sous l'effet de la multiplication des postes partagés entre établissements membres. La pérennité d'une telle dynamique et l'émergence d'équipes médicales de territoire supposent cependant de pouvoir réguler et anticiper ces phénomènes. L'offre de soins d'un territoire ne peut pas être soumise à un comportement opportuniste découlant de la rencontre entre le besoin de temps médical d'un établissement membre et l'absence de poste vacant ou l'appétence pour ce type d'exercice territorial d'un praticien de l'établissement support. L'offre territoriale de soins doit être structurée en cohérence avec la stratégie du projet médical partagé du groupement précisant l'offre de soins cible de chacun des établissements membres. Cette cible doit également être construite en termes de gestion des ressources humaines et cela sera tout l'objet d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales. En effet, la démographie médicale étant dans la plupart des disciplines relativement tendue, les praticiens se voient proposer différentes opportunités professionnelles avant même la fin de leur cycle de

⁵⁰⁰ Cet accompagnement des agences régionales de santé prend la forme de la publication d'un appel à projets annuel débouchant sur le financement partiel ou total des postes validés pour une période de deux ans. La plupart des agences régionales de santé fixent des conditions comme un exercice territorial à hauteur de 50% du temps de travail au minimum et un exercice ciblé au profit de certains établissements. Par exemple, dans le département de la Loire, le CHU de Saint-Etienne ne peut avoir de postes partagés, financés par l'agence régionale de santé, qu'avec les deux établissements les plus éloignés du groupement hospitalier de territoire, à savoir le CH de Roanne et le CH d'Ardèche Nord à Annonay, mais n'obtiendra pas un tel financement pour des postes partagés avec les établissements situés dans l'agglomération stéphanoise.

⁵⁰¹ Sur la valorisation financière de l'exercice territorial, se référer à **l'arrêté du 14 mars 2017** relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. Cette prime est prévue dans le cadre d'un exercice territorial stable, mais un autre dispositif existe également pour valoriser financièrement un exercice territorial ponctuel dans le cadre d'un remplacement au sein du groupement hospitalier de territoire. A ce sujet, consulter **l'arrêté du 15 décembre 2021** relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

formation initiale. Pour les fidéliser au sein du groupement hospitalier de territoire, il convient par conséquent de pouvoir également leur faire état dès ce moment-là des opportunités qu'ils pourront avoir en termes d'exercice territorial et de postes de praticiens titulaires dans chacun des établissements membres au cours des prochaines années. Ainsi se crée un lien direct entre l'offre de soins telle que définie par le projet médical partagé, l'organisation médicale qui en découle en termes de postes de praticiens et la gestion prévisionnelle visant à atteindre cet effectif cible en anticipant les départs et les arrivées au sein des équipes médicales. C'est pourquoi le renforcement progressif des groupements hospitaliers de territoire par les évolutions de la réglementation intègre cette dimension prospective des emplois médicaux. De cette façon, les groupements doivent se doter d'une fonction mutualisée de gestion des ressources humaines médicales dont l'une des premières fonctions est justement de s'atteler collectivement à cette gestion prévisionnelle des emplois médicaux⁵⁰².

372. La territorialisation de l'organisation médicale suppose donc, pour être pérenne, la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois médicaux. Même si les mutations existent bien évidemment pour le personnel médical, celles-ci s'avèrent relativement limitées au cours de la carrière hospitalière. Aussi, la principale contribution aux arrivées de praticiens relève de la formation initiale dispensée au sein des centres hospitaliers universitaires et des facultés de médecine qui leur sont associées. Or, la plupart des groupements hospitaliers de territoire ne disposent pas d'une telle organisation et de la présence d'un centre hospitalier universitaire en leur sein. Dès la création des groupements hospitaliers de territoire, la législation a souhaité résoudre cette problématique en mettant en place une association obligatoire des centres hospitaliers universitaires aux groupements de leur subdivision d'internat dont ils ne font pas partie⁵⁰³. Cette association obligatoire comporte plusieurs objectifs, y compris dans le champ

⁵⁰² Voir en ce sens le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. R. 6132-19-1. – I. – *L'établissement support du groupement apporte à la commission médicale de groupement tout appui nécessaire à l'exercice de ses attributions, notamment à la formulation de propositions, dans le cadre de l'élaboration des orientations stratégiques du groupement en matière de gestion prospective des emplois et des compétences, d'attractivité et de recrutement, de rémunération et de temps de travail concernant les personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.* ». Pour exemple, voir également : **NOGUERA Florence, CANES Nathalie, SBAI Hayat**, « Évolution des technologies et prospective des métiers : les nouveaux défis des organisations hospitalières - Cas d'un groupement de laboratoires de biologie médicale d'un groupement hospitalier de territoire », *Revue de gestion des ressources humaines*, n°04 2020, pages 19 à 37.

⁵⁰³ Pour rappel concernant l'association des CHU aux différents groupements de leur subdivision d'internat, voir la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, article 107 : « Art. L. 6132-1.- III.- *Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.* ».

de la structuration de l'offre de soins en prévoyant une gradation donnant accès aux soins de recours de ces établissements. Mais l'association des centres hospitaliers universitaires a également comme vocation de participer à cette gestion prévisionnelle des emplois médicaux⁵⁰⁴. Afin de mettre en œuvre ces dispositions, les centres hospitaliers universitaires ont le plus souvent constitué des conférences hospitalo-universitaires regroupant annuellement les coordonnateurs pédagogiques des différentes disciplines et les établissements supports de chacun des groupements hospitaliers de territoire de leur ressort universitaire. Malgré la structuration ainsi établie, la question peut légitimement se poser de l'appartenance des centres hospitaliers universitaires à un groupement hospitalier de territoire. En effet, la crainte est de voir cet établissement proposer davantage de postes médicaux aux jeunes praticiens dans le ressort territorial du groupement dont il est l'établissement support et par conséquent que les autres groupements de sa subdivision ne soient sollicités qu'en seconde intention⁵⁰⁵. Il est ainsi à rappeler que la distance géographique d'un établissement par rapport à une métropole est souvent un facteur d'attractivité pour les praticiens, ce qui pourrait également expliquer un tel phénomène s'il venait à être constaté.

373. Si la territorialisation de l'organisation médicale suppose la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois médicaux, cette dernière ne règle pas le problème de fond de la démographie médicale. La surspécialisation de la médecine et les attentes des nouvelles générations de praticiens en termes d'articulation entre leur vie professionnelle et leur vie

⁵⁰⁴ Voir en ce sens l'article L.6132-3-IV du code de la santé publique : « Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés : 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ; 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ; 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ; 4° Les missions de référence et de recours. ». Voir également l'objectif fixé lors des travaux préparatoires : HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », mai 2015, 52 pages et particulièrement page 23 : « (...) La prospective médicale : l'association avec un CHU peut améliorer la visibilité des perspectives de carrières pour les jeunes médecins. Nombreux sont les chefs de clinique à accepter un poste par défaut, par manque de visibilité sur les opportunités qui peuvent leur être offertes dans les établissements publics voisins. Les CHU peuvent recenser les besoins des GHT et présenter à leurs impétrants les postes à pourvoir. (...) ».

⁵⁰⁵ En ce sens, voir par exemple : COUR DES COMPTES, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et particulièrement page 55 : « (...) L'ensemble des GHT sans CHU rencontrés au cours de l'enquête considèrent que la réforme a entraîné un recul de l'investissement du CHU dans sa dimension régionale au profit d'un recentrage des CHU sur leur périmètre territorial. Ce phénomène s'explique en grande partie par le fait que les CHU sont eux-mêmes dans une situation de forte tension en termes d'effectifs médicaux, qui trouve plusieurs origines : le manque d'attractivité de l'hôpital public, qui pousse des praticiens à travailler dans le secteur privé (pour une meilleure rémunération et un niveau de contrainte allégé en termes notamment de PDSSES), une démographie médicale défavorable, le développement des surspécialités qui sont venues diminuer la ressource en spécialistes polyvalents recherchés par les centres hospitaliers, l'effet de réformes qui ont diminué le temps de travail des médecins, le souhait pour les jeunes générations de médecins de s'orienter vers un meilleur équilibre entre vie familiale et vie professionnelle conjugué au phénomène de « métropolisation ». Le manque de valorisation de l'engagement territorial des praticiens hospitaliers et les sujétions de l'exercice dans un établissement de recours accentuent le désintérêt générationnel pour les carrières en CHU. (...) ».

privée, notamment à l'égard des contraintes liées à la permanence des soins, conduisent à une organisation médicale cible reposant sur un nombre plus important de praticiens. La question sera alors celle de la capacité des facultés de médecine à former davantage de praticiens, et de façon incidente à pouvoir les former avec un corps professoral plus étoffé sous l'effet de nécessaires mesures en faveur de l'attractivité des statuts hospitalo-universitaires.

Paragraphe II : Des fonctions administratives très imbriquées

374. L'organisation médicale en construction fondée sur la territorialisation et la gradation conduit à une interdépendance forte entre les établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire. Il s'agit là d'un attendu de cette réforme avec l'objectif de créer une stratégie de groupe public. L'interdépendance crée la responsabilité collective, et en premier lieu celle de l'établissement support, et donc les conditions de réussite pour mettre en place une offre de soins graduée et sécurisée au sein du territoire. Mais, cette interdépendance se retrouve également au niveau de l'organisation des fonctions supports. Cette réalité est d'autant plus prégnante que la mise en place des fonctions mutualisées a constitué un axe de travail prioritaire des groupements. Leur fonctionnement représente sans doute à l'heure actuelle un acquis encore plus robuste que l'organisation médicale décrite précédemment. Ainsi, aucun établissement membre ne peut désormais fonctionner sans recours à ces fonctions mutualisées.

375. Nous constaterons que la mutualisation des fonctions supports constitue une valeur ajoutée pour les établissements membres (A), et que des mécanismes empêchent le renoncement à cette dynamique territoriale (B).

A) Une mutualisation apportant une valeur ajoutée aux établissements

376. L'hôpital public a connu ces dernières décennies une transformation conséquente dans son administration. En parallèle de la spécialisation de la médecine, la gestion des établissements publics de santé s'est également complexifiée. Comme pour toute administration publique, de nouveaux objectifs de performance et de réactivité lui ont été assignés dans des champs d'intervention très diversifiés allant des achats à l'informatique en passant par l'analyse financière. Dans chacun de ces domaines, les normes à atteindre se sont élevées, nécessitant la

constitution d'équipes administratives très spécialisées⁵⁰⁶ alors qu'à l'inverse, le paysage hospitalier français a finalement peu évolué. Les fusions d'établissements ont été rares et les directions communes permettent un alignement stratégique sans toujours pouvoir conduire à une administration unique des établissements. Chaque établissement public de santé pris isolément n'est par conséquent pas en mesure d'atteindre le niveau d'expertise désormais attendu dans les matières administratives et techniques. Seuls les centres hospitaliers universitaires et les plus importants centres hospitaliers sont en capacité de disposer d'une telle ingénierie. Le risque était ainsi grand de voir apparaître des dérives de gestion uniquement par manque de compétences techniques au sein de la plupart des établissements. Comme les cliniques privées ont réglé cette difficulté en centralisant au niveau de leurs groupes un certain nombre de fonctions, les groupements hospitaliers de territoire ont vocation à assumer cette technicisation de la matière administrative à l'hôpital. La mise en place de ces fonctions mutualisées, que celles-ci soient obligatoires ou facultatives, a pu être source de complexité. Mais, leur fonctionnement est désormais en grande partie stabilisé et fait bénéficier les établissements membres d'une réelle plus-value en la matière. Nous verrons que cet apport de la mutualisation au sein des groupements hospitaliers de territoire provient d'une part de la spécialisation des fonctions assumées, en particulier en ce qui concerne la fonction achat (a), mais aussi du bénéfice lié à une vision territoriale des fonctions administratives (b).

a. La spécialisation des fonctions, l'exemple de la fonction achat

377. Les établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire sont devenus fait interdépendants avec le transfert du pouvoir adjudicateur au directeur de l'établissement support. Mais, ils le sont également par le maillage d'acheteurs spécialisés que la structuration de la fonction achat mutualisée a généré, leur permettant d'accéder à des compétences spécialisées. Cette spécialisation se constate tout particulièrement dans le champ de l'achat d'équipements biomédicaux. Au-delà du renouvellement courant de petits équipements, chaque établissement est périodiquement confronté à l'acquisition ou au renouvellement d'un équipement médical lourd, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale ou de la biologie

⁵⁰⁶ Voir par exemple : **PIERRU Frédéric**, « L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes », Revue française d'administration publique, n°02 2020, pages 301 à 315. Nous pouvons par ailleurs noter que cette tendance à la recherche de performance et à la spécialisation des fonctions administratives à l'hôpital est vérifiée par la simple existence d'une Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).

médicale. Ces investissements sont financièrement conséquents et techniquement complexes, et dans ce cas, la spécialisation d'un acheteur peut être appréciable au lieu de confier cet achat à l'ingénieur de l'établissement membre qui réalise des opérations de cette ampleur tous les cinq ans par exemple. Une compétence territoriale s'avère d'ailleurs d'autant plus logique au regard de la responsabilité nouvelle de la commission médicale de groupement en ce domaine⁵⁰⁷.

378. Cette spécialisation de la fonction achat mutualisée conduit à deux facteurs de plus-value que sont la sécurisation juridique de la commande publique et la performance économique découlant d'une massification des achats⁵⁰⁸, indépendamment des effets potentiellement néfastes évoqués précédemment en termes d'appauvrissement du réseau des fournisseurs. La fonction achat mutualisée se structure notamment autour d'une cellule juridique des contrats dont la mission principale est la sécurisation juridique des procédures, la réglementation de la commande publique s'étant complexifiée et nécessitant désormais l'intervention de juristes spécialisés. Une telle compétence n'est par contre pas accessible à chaque établissement pris isolément et la création d'une cellule juridique des contrats permet à l'acheteur de se recentrer sur son cœur de métier concernant l'identification du besoin et l'évaluation des fournisseurs. De plus, la massification des achats au niveau des groupements hospitaliers de territoire conduit à une recomposition importante des fournisseurs des établissements publics de santé. Au regard du volume financier représenté par de tels achats, les candidats évincés sont de plus en plus prompts à initier un contentieux. La sécurisation juridique devient alors une préoccupation qu'il convient d'anticiper. La performance économique est l'autre grande plus-value de la fonction achat mutualisée. Chaque établissement dispose d'un pouvoir de négociation limité, notamment pour des segments d'achat très concentrés autour de quelques fournisseurs nationaux ou internationaux. La massification des achats conduit au contraire à disposer d'un pouvoir de négociation plus important. A l'échelle des groupements hospitaliers de territoire, cette dynamique est structurée autour d'un contrôle de gestion dédié pouvant suivre les gains sur achats ainsi générés. Encore une fois, il s'agit là d'une compétence très spécialisée que chaque établissement seul ne pourrait pas mettre en œuvre alors qu'un tel contrôle de gestion apparaît

⁵⁰⁷ Se référer à ce sujet au **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital : « Art. D. 6132-9. – III. – *La commission médicale de groupement est informée sur les matières suivantes : 1o Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements parties au groupement ; 2o Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux des établissements parties ; 3o La politique territoriale d'achat des produits de santé et équipements médicaux.* »

⁵⁰⁸ Consulter : **MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**, « Guide méthodologique - La fonction achat des GHT », mai 2017, 202 pages et particulièrement les fiches métier n°2 (cellule juridique des contrats) et n°3 (contrôle de gestion achat).

désormais comme une nécessité au regard de la liste conséquente d'indicateurs dont le suivi régulier est préconisé par les autorités de tutelle⁵⁰⁹ dans le cadre du plan d'actions achat de territoire.

b. La vision territoriale des fonctions administratives

379. Au-delà de la spécialisation des fonctions, la plus-value de leur exercice au niveau du groupement réside dans leur appréciation désormais territoriale. Par exemple, le mode de financement à l'activité des établissements de santé n'est pas un incitatif à une coopération entre structures ou à une recomposition de l'offre de soins. Celui-ci conduit au contraire chaque établissement à vouloir développer son activité et par là même à se poser en concurrence dans le recrutement des ressources médicales. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire ne modifie pas les contraintes inhérentes à ce mode de financement des établissements mais plusieurs mécanismes sont institués afin de dépasser cette vision isolée de chaque site hospitalier pour adopter une analyse plus macroscopique à l'échelle d'un groupe public de territoire⁵¹⁰. Ainsi, le législateur a souhaité créer une fonction mutualisée concernant le département d'information médicale assumé désormais par l'établissement support, fonction ayant comme objectif de proposer une aide à la décision pour le comité stratégique et une analyse de la situation pour la commission médicale de groupement. L'approche devant ainsi prédominer n'est plus l'activité réalisée par chacun des établissements membres pris isolément mais bien de l'ensemble du groupement. Une vision médico-économique macroscopique à l'échelle du groupement conduit à élaborer un projet médical partagé permettant dans la mesure du possible de contrebalancer les effets du financement à l'activité. La conséquence d'une telle dynamique réside dans l'analyse par le comité stratégique des budgets et plans de financement des établissements membres du groupement par le biais d'un avis préalable à leur transmission

⁵⁰⁹ Voir **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Guide méthodologique - La fonction achat des GHT », mai 2017, 202 pages et spécialement la fiche métier n°6 (recommandations sur les outils de pilotage de la fonction achat).

⁵¹⁰ Concernant l'évaluation médico-économique et stratégique des établissements de santé, consulter notamment : **CANIARD Etienne**, « Évaluation médico-économique : pourquoi tant de tergiversations ? », Les Tribunes de la santé, n°04 2013, pages 57 à 68. **ROCHE Régine**, « Du pilotage de la performance médico-économique au pilotage de la performance servicielle des GHT », Gestion et management public, n°01 2021, pages 79 à 107. **PASCAL Christophe, CAPGRAS Jean-Baptiste, BOTTON Jean-François, CLAVERANNE Jean-Pierre**, « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé - Illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité », Journal d'économie médicale, n°01-02 2009, pages 21 à 42. **NAUTRE Benoît, KONONOVICH Katerina**, « Du féodalisme établissement au pilotage de territoire - Un objet frontière & une innovation », Journal de gestion et d'économie médicales, n°01 2014, pages 25 à 45.

à l'agence régionale de santé. Mais, la consolidation de ces données peut également être un outil d'analyse pour l'agence régionale de santé, celle-ci pouvant ainsi accepter la dégradation temporaire de l'équilibre économique d'un établissement dans la mesure où sa réorganisation conduit à consolider le projet médical partagé en sécurisant les prises en charge et en diminuant les taux de fuite de la population dans une spécialité. L'étape ultérieure est déjà esquissée par les droits d'option désormais ouverts par la réglementation à travers la consolidation des budgets, la mutualisation de la trésorerie et la contractualisation unique avec l'agence régionale de santé, autant de mécanismes permettant d'adopter une vision territoriale et donc facilitant la gestion de chaque établissement membre en l'extrayant de la recherche d'un équilibre isolé.

380. Un autre exemple d'intérêt de la vision territoriale des fonctions administratives découle de la constitution d'équipes médicales de territoire supposant une harmonisation des protocoles de prise en charge et conduisant par conséquent les démarches qualité à suivre ce même chemin. La principale de ces démarches réside dans le processus obligatoire de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé⁵¹¹. Cette dernière a de ce fait modifié ses procédures et méthodes à l'aune de la création des groupements hospitaliers de territoire comme la réglementation l'y incitait dès 2016⁵¹². Une certification conjointe des établissements membres d'un même groupement est de cette façon établie même si, comme nous aurions pu l'escompter, il ne s'agit pas d'une certification unique dans la mesure où chaque établissement membre est certifié ou non de façon autonome. Comme pour les marchés publics avant la création d'une fonction achat mutualisée, les visites de certification des établissements d'un même territoire pouvaient intervenir à des échéances très éparses et pas nécessairement la même année⁵¹³ et la Haute Autorité de Santé a donc effectué une procédure de convergence des dates

⁵¹¹ Se référer à l'article L.6113-3 du code de la santé publique : « Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification. Cette procédure, conduite par la Haute Autorité de santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. ». Concernant les démarches qualité, voir aussi : HAAS Sandrine, « Tarification, qualité et juste soin », JDSAM, n°24 2019, pages 27-34. SAVONITTO Florian, « Les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé », RFDA, n°3 2012, pages 471-480. INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE, « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », décembre 2008, 20 pages.

⁵¹² Cette exigence était pourtant bien prévue par le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 613220. Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 61324. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement. ».

⁵¹³ Voir en ce sens la décision n° 2020.0233/DC/SCES du 15 octobre 2020 du collège de la Haute Autorité de Santé portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé. Et également : HAUTE

de certification des différents établissements. Ainsi, il existe un intérêt manifeste pour les établissements membres d'un même groupement à initier une démarche commune en la matière même si elle ne figure pour l'instant pas parmi les fonctions obligatoires. Aucun établissement pris isolément ne pourra répondre seul à une telle évolution et l'interdépendance entre les membres d'un groupement sera croissante en la matière.

B) Des mécanismes empêchant le renoncement à la dynamique territoriale

381. En sus de la plus-value technique apportée par l'appartenance à un groupement hospitalier de territoire, l'interdépendance des établissements membres se mesure également aux mécanismes entravant un éventuel retrait du groupement. Un changement de groupement d'appartenance est en effet envisageable sous réserve de l'accord des instances de chaque établissement membre et de l'agence régionale de santé. Cependant, nous verrons que des coûts conséquents sont associés à une sortie des fonctions supports (a), d'autant plus que le budget annexe est devenu le réceptacle des moyens d'action et des financements accompagnant les établissements (b).

a. Des coûts de sortie conséquents des fonctions supports

382. Plusieurs natures de coût de sortie d'un groupement hospitalier de territoire sont envisageables. Tout d'abord, l'appartenance à un groupement suppose d'initier une convergence du système d'information selon les attendus réglementaires⁵¹⁴, conduisant de fait un établissement souhaitant potentiellement changer de groupement d'appartenance à effectuer une nouvelle convergence de son système d'information. L'établissement considéré doit alors en l'espace de quelques années changer chacun de ses logiciels métier, au minimum une trentaine dans tout établissement de santé, pour migrer vers les logiciels choisis dans le cadre du schéma directeur du système d'information de son nouveau groupement hospitalier de

AUTORITE DE SANTE, « Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT », mai 2016, 4 pages.

⁵¹⁴ Voir le **décret n°2016-524 du 27 avril 2016** relatif aux groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 613215.I. Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 61323, un identifiant unique pour les patients. ».

territoire. Une telle migration représente tout d'abord un investissement financier considérable, d'autant plus si l'établissement venait récemment de changer de logiciels dont l'acquisition n'est pas comptablement amortie. Il s'agit ensuite d'un chantier majeur de déploiement s'étalant sur plusieurs années, période pendant laquelle l'établissement ne pourra pas bénéficier de la dynamique territoriale en termes de parcours patients liée à l'utilisation de logiciels et de données médicales communs. Enfin, le coût humain en matière de formation de l'ensemble des utilisateurs est aussi un obstacle majeur pour l'acceptation des équipes de l'établissement.

383. Il existe également un coût de sortie potentiel des marchés territoriaux en cas de changement de groupement d'appartenance, et la question de la continuité des marchés en cours constitue un point juridiquement délicat. Plusieurs options sont alors envisageables comme un avenant pouvant déduire le besoin de l'établissement considéré du marché en cours. Une telle modification suppose bien entendu l'accord du titulaire du marché et cette procédure devrait ainsi être répétée pour plusieurs centaines de marchés en faisant donc une démarche particulièrement lourde et coûteuse en temps administratif. Une seconde hypothèse revient pour le pouvoir adjudicateur à prendre une décision de modification unilatérale du périmètre des marchés publics afin de retirer le besoin de cet établissement. Cela conduit également à un traitement administratif conséquent, et ne peut s'effectuer qu'en cas de non bouleversement de l'équilibre du marché⁵¹⁵. Aussi, un marché alloué par établissement membre pourrait présenter une certaine difficulté, et conduire à une indemnisation du préjudice subi par le titulaire du marché. Une troisième option peut être envisagée avec un transfert du marché à un autre pouvoir adjudicateur, en l'espèce l'établissement support du futur groupement d'appartenance. La question est alors de savoir si ce transfert, toujours possible en vertu du droit de modification unilatérale⁵¹⁶, constitue ou non une modification substantielle du marché. Si le marché ne concerne que l'établissement considéré, le changement de pouvoir adjudicateur ne constitue pas une modification substantielle, mais dans le cas plus probable où le marché concerne

⁵¹⁵ Voir en ce sens **l'article L.2194-2 du code de la commande publique** : « Lorsque l'acheteur apporte unilatéralement une modification à un contrat administratif soumis au présent livre, le cocontractant a droit au maintien de l'équilibre financier du contrat, conformément aux dispositions du 4° de l'article L. 6. ».

⁵¹⁶ Se référer à **l'article L.2194-1 du Code de la commande publique** : « Un marché peut être modifié sans nouvelle procédure de mise en concurrence dans les conditions prévues par voie réglementaire, lorsque : 1° Les modifications ont été prévues dans les documents contractuels initiaux ; 2° Des travaux, fournitures ou services supplémentaires sont devenus nécessaires ; 3° Les modifications sont rendues nécessaires par des circonstances imprévues ; 4° Un nouveau titulaire se substitue au titulaire initial du marché ; 5° Les modifications ne sont pas substantielles ; 6° Les modifications sont de faible montant. Qu'elles soient apportées par voie conventionnelle ou, lorsqu'il s'agit d'un contrat administratif, par l'acheteur unilatéralement, de telles modifications ne peuvent changer la nature globale du marché. ». Pour une étude complète, se référer à : **KALNINS Emmanuel**, « Essai sur la stabilité des contrats administratifs », thèse de doctorat en droit public, sous la direction du Professeur Stéphane BRACONNIER, Université Paris II, décembre 2020.

l'ensemble des établissements du groupement, il faut alors prévoir des scissions partielles des marchés et leur transfert par avenants tripartites au nouveau pouvoir adjudicateur. Dans tous ces cas de figure, il existe bel et bien un coût de sortie de l'établissement membre du fait du temps administratif nécessaire à la modification et à la régularisation des marchés, et éventuellement aux pénalités à accorder aux titulaires des marchés.

b. Un budget annexe devenu le réceptacle des moyens d'action et des financements

384. En complément des coûts de sortie inhérents à une démarche de changement de groupement d'appartenance, un autre mécanisme d'interdépendance existe entre les établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire et réduit les risques de renoncement à cette démarche territoriale. En l'absence de personnalité morale du groupement, l'établissement support dispose d'un budget annexe afin de retracer l'ensemble des dépenses et des recettes imputables aux activités du groupement, par exemple son pilotage ou le fonctionnement de ses fonctions mutualisées. Théoriquement, le retrait d'un établissement membre ne pose pas de problème particulier. La clef de répartition fixée par la réglementation, pour calculer les contributions financières de chacun des établissements, est alors révisée à due concurrence. A dépenses équivalentes, chaque établissement voit sa contribution majorer sans que cela ne crée de coût spécifique pour l'établissement changeant de groupement.

385. Néanmoins, de plus en plus de dispositifs d'accompagnement financier, tant au niveau national que régional, reposent sur la candidature non plus par établissement mais par groupement hospitalier de territoire. Les financements associés sont alors versés au seul établissement support du groupement qui les impute sur le budget annexe et effectue des décaissements au fur et à mesure des dépenses réalisées par chaque établissement. Il s'agit par exemple du nouveau circuit financier mis en place pour les dispositifs d'accompagnement du système d'information⁵¹⁷. De la sorte, un établissement changeant de groupement d'appartenance perdrait de fait la possibilité de mobiliser cette ressource financière pour soutenir ses projets. Ainsi, il existe, du fait de l'interdépendance mise en place, un coût de sortie

⁵¹⁷ Il s'agit notamment des programmes Hôpital Numérique Ouvert sur son Environnement (HOP-EN), dont l'orientation est définie par l'**instruction n°DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019** relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN, et Ségur Usage Numérique en Etablissements de Santé (SUN-ES), encadré par l'**instruction n°DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 juillet 2021** relative au lancement opérationnel du financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage des établissements de santé dans le cadre du volet numérique du Ségur de la santé.

lié à un changement de groupement. En matière financière, celui-ci est pour l'heure encore réduit mais sera probablement plus conséquent en cas d'activation des droits d'option désormais ouverts dans le domaine financier et de la contractualisation.

Conclusion de chapitre

386. La stratégie de groupe public mise en place avec la création des groupements hospitaliers de territoire a conduit les établissements membres à accroître leurs habitudes de travail en commun⁵¹⁸. Cela a été favorisé par la dynamique même des groupements qui se sont vus peu à peu généralisés sur l'ensemble du territoire, au gré de la réduction des dérogations accordées, et surtout consolidés par les différentes évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis 2016. Un alignement stratégique s'est ainsi créé, certes par la volonté des acteurs mais surtout par une centralisation de la prise de décision autour de l'établissement support grâce à l'effet complémentaire de la mise en place de nombreuses directions communes, et à la création d'une véritable technostucture administrative concentrant l'animation du groupement à son niveau.

387. Nous pouvons considérer que ce niveau d'alignement stratégique au sein d'un groupement hospitalier de territoire crée un effet cliquet limitant le risque de renoncement à la démarche territoriale. En effet, des mécanismes ont généré des interdépendances si importantes entre les établissements membres qu'un fonctionnement isolé est désormais trop complexe pour un établissement public de santé. Ainsi, l'organisation des soins se fonde nécessairement sur une approche territoriale, la spécialisation croissante de la médecine et la démographie médicale faisant qu'aucun établissement n'est en capacité d'assumer seul une offre de soins complète. De plus, cette organisation se fonde sur des postes médicaux de plus en plus partagés refondant la notion d'appartenance à un établissement par les praticiens. Dans le même sens, les fonctions administratives sont maintenant imbriquées entre les établissements sous l'effet d'une mutualisation des fonctions supports rendue là aussi nécessaire au regard de leur technicité. Les établissements membres sont par conséquent tributaires de la plus-value générée par un tel mode de fonctionnement et ne pourraient de fait pas renoncer à cette dynamique territoriale compte tenu des coûts de sortie que cela entraînerait.

388. Le groupement hospitalier de territoire, bien qu'étant au « milieu du gué », a donc eu un effet cliquet en faveur d'un fonctionnement territorial des établissements publics de santé. Il est par conséquent devenu un acteur privilégié du territoire.

⁵¹⁸ Voir notamment : **VIGNERON Emmanuel**, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979.

Chapitre II : Le groupement hospitalier de territoire, un acteur privilégié du territoire en matière de santé

389. Les groupements hospitaliers de territoire constituent désormais un horizon indépassable de la structuration de l'offre hospitalière publique. Un tel constat peut être dressé au regard du fonctionnement en commun des établissements membres d'un même groupement. Une interdépendance a été consolidée entre établissements au niveau de leur offre de soins, mais également du fait du fonctionnement de leurs fonctions supports. Cela a entraîné un alignement stratégique progressif des établissements membres d'un groupement et forts de cette dynamique, les groupements hospitaliers de territoire n'ont eu de cesse d'être renforcés par les évolutions réglementaires. L'octroi de nouvelles compétences n'a fait qu'accroître la place centrale de l'établissement support et l'émergence d'une véritable stratégie de groupe public au sein des territoires.

390. Mais, cette dynamique faisant des groupements hospitaliers de territoire un mode d'organisation pérenne relève également de ressorts externes. Tout d'abord, le périmètre géographique des groupements est devenu l'échelon d'analyse des politiques hospitalières avec des actions des autorités de régulation, et en premier lieu des agences régionales de santé, se calquant sur ce nouveau découpage. Ces mêmes autorités sont même allées jusqu'à confier, tout particulièrement pendant la crise épidémique liée à la Covid-19⁵¹⁹, un rôle d'animateur du territoire de santé à l'établissement support du groupement. Ce pilotage territorial s'est effectué certes pour partie par défaut au regard des lacunes des autres offreurs de santé, mais une telle démarche soulève également bon nombre d'interrogations quant à la légitimité des groupements hospitaliers de territoire à assumer une telle mission.

391. Nous aborderons donc tout d'abord le territoire du groupement hospitalier de territoire en tant que nouvel échelon d'analyse du système de santé (section I), puis nous verrons que le groupement est devenu un coordonnateur de la santé sur son territoire (section II).

⁵¹⁹ Voir : **COUR DES COMPTES**, « Les établissements de santé face à la première vague de Covid 19 : exemples néo-aquitains et franc-comtois », Rapport public annuel 2021, 32 pages. **DUMÉZ Hervé, MINVIELLE Etienne**, « Le système hospitalier français dans la crise Covid 19 : une contribution des sciences de gestion », juillet 2020, 90 pages.

Section I : Le territoire de groupement, nouvel échelon d'analyse du système de santé

392. L'ancrage et la pérennité potentielle d'une structure administrative peut être évaluée au regard de son fonctionnement interne et de l'atteinte des objectifs lui ayant été assignés. A cet égard, les groupements hospitaliers de territoire ont su créer des mécanismes sans doute irréversibles dans le fonctionnement entre leurs établissements membres alors même que la réalisation de leurs objectifs n'est encore que partielle⁵²⁰. Mais, la réalité d'une structure administrative s'affirme aussi en ce sens où les autres acteurs lui confèrent ou non une légitimité d'action. De ce point de vue, les groupements hospitaliers de territoire apparaissent désormais comme l'interlocuteur et l'échelle de prédilection de la politique hospitalière. L'ensemble des acteurs considèrent maintenant que l'ampleur des enjeux que l'hôpital public doit relever ne peut plus être résolue à l'échelle d'un établissement de santé, voire qu'une telle tentation serait globalement contreproductive pour l'offre de soins d'un territoire.

393. Le groupement hospitalier de territoire est ainsi un échelon administratif d'organisation privilégié par les autorités de santé (paragraphe I) et un territoire déjà entré dans les pratiques des acteurs (paragraphe II).

Paragraphe I : Un échelon administratif d'organisation privilégié par les autorités de santé

394. Bien que n'ayant aucune légitimité administrative hormis celle de son propre objet, le périmètre géographique du groupement hospitalier de territoire est devenu de fait un échelon investi par l'administration. De la sorte, les autorités de tutelle, tant régionales que nationales, considèrent de fait qu'il s'agit de l'échelon naturel de la régulation hospitalière et par voie de conséquence de l'évaluation des activités de soins. Forcément, une telle utilisation de ce périmètre géographique, dans le foisonnement de découpages administratifs voire spécifiques au champ de la santé⁵²¹, renvoie au processus de création des groupements hospitaliers de territoire et aux choix alors pris concernant leurs périmètres plus ou moins élargis et compatibles ou non avec les limites départementales.

⁵²⁰ Ce constat nous conduit à considérer que si les groupements hospitaliers de territoire sont au « milieu du gué » au regard de l'atteinte de leurs objectifs, l'irréversibilité du fonctionnement territorial en découlant doit aboutir à une étape supplémentaire avec la création d'un établissement public de santé territorial remplaçant les personnalités morales des différents établissements membres.

⁵²¹ Consulter par exemple : **TABUTEAU Didier**, « Politiques de santé et territoire », RDSS, n°HS 2009, pages 7-15.

395. Nous aborderons premièrement le territoire du groupement comme étalon de la régulation hospitalière (A), puis nous verrons son utilisation dans l'organisation de l'évaluation des activités de soins (B).

A) Un territoire devenu l'étalon de la régulation hospitalière

396. L'objectif du groupement hospitalier de territoire étant de mettre en place une organisation des soins graduée et sécurisée au sein d'un territoire, il n'apparaît pas inopportun que la régulation de l'offre de soins hospitalière s'effectue selon un découpage similaire. Les agences régionales de santé ont ainsi mis en place des mécanismes fondés sur le périmètre géographique des groupements tant pour la régulation traditionnelle des autorisations sanitaires à travers la fixation des objectifs quantifiés et des obligations de permanence des soins (a), que pour des procédures plus administratives comme la mise en place d'une concertation sur le recrutement statutaire des praticiens relevant du Centre National de Gestion⁵²² (b).

a. La fixation des objectifs quantifiés et des obligations de permanence des soins

397. La régulation de l'offre de soins hospitalière repose essentiellement sur la procédure d'octroi d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements lourds par l'agence régionale de santé. Une décision favorable à une demande d'autorisation de la part d'un établissement de santé se fonde sur le respect de celle-ci au regard des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement de l'activité considérée et dont les termes sont fixés par la réglementation. Ces dispositions peuvent également être complétées par l'instauration de seuils minimaux d'activité comme cela peut être le cas notamment pour la cancérologie ou l'obstétrique. Cependant, le seul respect des dispositions réglementaires ne suffit pas à disposer d'une autorisation sanitaire. En effet, si cela était le cas, les autorisations pourraient se multiplier au sein d'un même territoire et ainsi renforcer la concurrence entretenue entre les

⁵²² Cette structure est régie par le **décret n°2007-704 du 4 mai 2007** relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Le CNG, établissement public à caractère administratif sous la tutelle du ministère en charge de la santé, est organisé en trois départements à savoir : département autorisation d'exercice, concours et coaching ; département de gestion des directeurs ; département de gestion des praticiens hospitaliers.

établissements de santé. Passer un certain niveau d'offre de soins, l'objectif d'accès aux soins se voit dévoyé au profit de celui de la seule réalisation de l'activité, y compris en contradiction avec le principe de pertinence des soins⁵²³ réalisés. C'est pourquoi, les agences régionales de santé détiennent un rôle considérable d'aménagement de l'offre de soins grâce à leur pouvoir administratif de régulation en définissant des territoires de santé morcelant le périmètre régional, et en déterminant pour chacun d'eux un nombre d'autorisations possibles par type d'activités de soins ou d'équipements lourds. Ce nombre découlera d'une étude épidémiologique concernant les besoins de santé de la population et d'une étude d'aménagement du territoire afin de déterminer l'accessibilité de l'offre de soins. De la sorte, il n'est pas possible de créer une offre de soins supplémentaire si l'ensemble des objectifs quantifiés sont déjà atteints pour une activité de soins. Ces objectifs quantifiés sont opposables du fait de leur formalisation au sein du projet régional de santé arrêté par le Directeur Général de l'agence régionale de santé. Néanmoins, il convient de distinguer la notion d'autorisation sanitaire et l'obligation de permanence des soins. Ainsi, un établissement autorisé dans une activité aura comme tous les établissements de santé à répondre d'une obligation de continuité des soins. Il s'agit d'assurer à tout instant les soins pour les patients hospitalisés au sein de l'établissement. Pour les établissements publics de santé, cette obligation découle du principe de continuité du service public. Mais, elle est aussi applicable à l'ensemble des établissements de santé⁵²⁴ et des professionnels de santé⁵²⁵. Les conditions techniques de fonctionnement des différentes activités de soins rappellent cette obligation pour le titulaire de l'autorisation⁵²⁶. Cette continuité des soins diffère par conséquent de la notion de permanence des soins correspondant à la prise en charge de nouveaux patients en urgence en-dehors des horaires

⁵²³ Voir en ce sens : **GINON Anne-Sophie**, « La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 428-436.

⁵²⁴ Les missions des établissements de santé sont définies par l'**article L.6111-1 du code de la santé publique** : « *Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. (...)* ».

⁵²⁵ La continuité des soins s'applique à tout praticien du fait de l'**article 47 du code de déontologie médicale** (article R.4127-47 du code de la santé publique) : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* ». Voir aussi : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « La continuité et l'accès aux services de santé », RDSS, n°01 2013, pages 21-30.

⁵²⁶ La continuité des soins constitue une obligation pour tout établissement au regard de l'**article D.6124-132 du code de la santé publique** : « *Le titulaire de l'autorisation organise la continuité de la prise en charge et, s'il y a lieu, la coordination des soins des patients qu'il traite, au sein de l'établissement et par des conventions passées avec d'autres établissements ou personnes titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-87. (...)* ».

ouvrés traditionnels. Cette activité vitale fait l'objet d'une régulation spécifique par l'agence régionale de santé qui désigne pour chaque activité de soins les établissements de santé devant assurer cette permanence des soins⁵²⁷ selon le découpage territorial utilisé pour les objectifs quantifiés⁵²⁸.

398. Ces deux outils de régulation constituent les leviers principaux des agences régionales de santé pour déterminer la structuration d'une offre de soins. Or, les projets régionaux de santé qui les contiennent se fondent sur un découpage des territoires de santé infrarégionaux⁵²⁹ recoupant désormais le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire, ou parfois l'addition de deux groupements lorsque ceux-ci sont de taille réduite. Ainsi, le territoire en matière hospitalière s'appréhende de plus en plus comme le territoire des groupements, mais cette refonte de la notion de territoire de santé autour du périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire peut entraîner au moins deux remarques méthodologiques. Premièrement, une telle évolution part du principe que le découpage géographique des groupements hospitaliers de territoire est objectif et optimal alors que les débats ont été fréquents concernant ce sujet, certains reprochant des groupements trop vastes ou trop réduits. La seconde réserve méthodologique pouvant être soulevée provient du fait que les établissements membres du groupement ne sont pas les seuls offreurs de soins de ce territoire. Or, le calque opéré progressivement entre territoire de santé et périmètre géographique des groupements entraîne de fait les établissements privés de santé. Ces derniers devront se conformer à la régulation de l'agence régionale de santé en matière d'autorisations sanitaires sur la base d'un découpage territorial permettant une coordination des établissements

⁵²⁷ La notion de permanence des soins renvoie à l'**article L.6111-1-3 du code de la santé publique** : « Les établissements de santé peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire. ». Consulter aussi : **VALLAR Christian**, « Permanence des soins et service public hospitalier », RDSS, n°2 2004, pages 288-297.

⁵²⁸ Le schéma régional de permanence des soins est prévu par l'**article R.6111-41 du code de la santé publique** : « Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-4, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation et il prend en compte, le cas échéant, les activités et équipements mentionnés dans l'arrêté prévu au II de l'article L. 6147-7. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations. (...) ». Consulter : **COUR DES COMPTES**, « La permanence des soins », Rapport Sécurité sociale 2013, 29 pages. **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins », juin 2015, 179 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Evaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 », septembre 2022, 192 pages.

⁵²⁹ Voir par exemple : **BOURDILLON François**, « Les territoires de santé : un outil de planification en santé », RDSS, n°HS 2009, pages 28-34.

publics de santé, mais ne recoupant pas le découpage des pôles territoriaux mis en place par la plupart des groupes de cliniques privées. Ces établissements privés de santé peuvent alors questionner la primauté accordée de fait au découpage géographique mis en place pour les établissements publics. Malgré ces réserves, force est de constater que le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire devient l'échelle utilisée par le régulateur et qu'une telle dynamique constitue une marque de légitimité et de pérennité très importante pour les groupements hospitaliers de territoire.

399. Malgré les remarques formulées, le choix du régulateur de s'appuyer sur ce périmètre géographique des groupements nous apparaît pertinent. Ces périmètres ont été peu modifiés en plus de cinq années d'existence, ce qui tend à amoindrir les critiques ayant pu leur être adressées. De plus, le maillage territorial recherché à travers la planification des activités de soins par l'agence régionale de santé repose sur les établissements publics de santé, non pas par nature mais du fait d'un nombre d'établissements comparativement beaucoup plus important que celui des cliniques privées dont les pôles territoriaux ne correspondent par ailleurs à aucune logique de flux de patients ou de réalité administrative, comme l'échelon départemental, mais à un simple regroupement à des fins de gestion et non pas d'organisation d'une offre de soins.

b. La concertation souhaitée sur le recrutement statutaire des praticiens

400. Au-delà de la régulation régionale traditionnelle en lien avec l'octroi des autorisations sanitaires, les groupements hospitaliers de territoire deviennent également le ressort de concertation locale concernant le recrutement des praticiens statutaires dont la gestion administrative incombe au niveau national au Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Ainsi, une publication de poste vacant de praticien statutaire dans un établissement public de santé doit être transmis par cet établissement à l'agence régionale de santé qui ensuite transmet elle-même un récapitulatif régional au Centre National de Gestion. Dans le cadre de cette procédure de publication de postes, les agences régionales de santé demandent désormais une transmission non plus par chaque établissement mais une consolidation effectuée par chaque groupement hospitalier de territoire après avis du comité stratégique. Une telle pratique peut apparaître pertinente du fait des objectifs des groupements, ceux-ci élaborant un projet médical partagé ne pouvant être effectif qu'avec la ressource médicale adéquate. Aussi, un avis préalable du comité stratégique permet de s'assurer que la publication de postes souhaitée par un établissement

membre s'avère conforme aux orientations pour ce site hospitalier définies dans le projet médical partagé, d'autant plus que ce projet doit normalement détailler la répartition théorique des emplois médicaux⁵³⁰. De plus, ce processus consultatif préalable à la remontée par l'agence régionale de santé des demandes de publication de postes renforce les nouvelles compétences octroyées aux groupements hospitaliers de territoire en matière de gestion des ressources humaines médicales. En soi, la gestion des postes médicaux ne figure pas dans le champ des compétences des commissions médicales de groupement ou des comités stratégiques, hormis dans le cas de la constitution d'une équipe médicale de territoire, mais peut cependant être reliée à la mission de l'établissement support de préparer des orientations en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales. Sans concertation minimale relative à la publication des postes, une planification des parcours professionnels paraît complexe à mettre en œuvre. Malgré cette logique, le processus consultatif demandé aux groupements hospitaliers de territoire s'avère en opposition avec la réglementation applicable en la matière⁵³¹ ne prévoyant en effet qu'un mécanisme d'information des instances du groupement et surtout l'instauration d'une procédure de recrutement interne au groupement sans avoir à recourir au

⁵³⁰ Sur le contenu de la convention constitutive en la matière, voir l'article **L.6132-2-II du code de la santé publique** : « (...) La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit : 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire, et, le cas échéant, des hôpitaux des armées associés au groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ; 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-3 ; 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ; 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter établissements (...) ».

⁵³¹ La procédure de publication des postes au sein des groupements est prévue par le **décret n°2017-701 du 2 mai 2017** relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire : « Art. R. 6152-7-2. – I. – Lorsque, par suite de la nouvelle répartition des emplois mentionnée au 4o du II de l'article L. 6132-2 résultant du projet médical partagé initial ou de son actualisation, un ou plusieurs postes de praticiens hospitaliers à temps plein sont à pourvoir, le directeur de chaque établissement partie au groupement hospitalier de territoire, par dérogation aux dispositions des articles R. 6152-6 et R. 6152-7, organise la publicité de ces postes, et des profils correspondants, au sein des établissements parties au groupement. Il en informe le président du comité stratégique et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement prévus à l'article R. 6132-9. Peuvent faire acte de candidature les praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel nommés dans un établissement partie au groupement. Le directeur de l'établissement partie transmet, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement, au directeur général du centre national de gestion les propositions de nomination dans l'établissement partie au groupement concerné. Il informe le président du comité stratégique du groupement, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement et le directeur général de l'agence régionale de santé de ces propositions. Les candidats sont informés par courrier du directeur de l'établissement partie. La commission statutaire nationale peut alors être saisie par un praticien non retenu. « II. – Dans le cas où un ou plusieurs postes restent à pourvoir, le directeur de l'établissement partie transmet au directeur général de l'agence régionale de santé pour proposition au directeur général du centre national de gestion les demandes de publication de postes à intervenir au prochain tour de recrutement. (...) ».

processus national de publication⁵³², celui-ci ne devenant que l'exception en l'absence de mobilité exercée au sein du territoire. En tout état de cause, l'instauration d'un tel processus consultatif, quel que soit sa portée juridique et sa conformité à la réglementation, démontre à nouveau la tendance des autorités de tutelle à recourir aux groupements hospitaliers de territoire, et aux découpages géographiques qu'ils sous-tendent, comme un nouvel échelon de régulation dans le domaine hospitalier.

401. L'instauration d'un tel mécanisme de concertation non obligatoire dans la réglementation consolide le rôle du groupement hospitalier de territoire. Nous pouvons nous demander si à terme la gestion des ressources humaines médicales ne supposerait pas une organisation reposant sur une autonomie de gestion des groupements, dans le cadre d'une réglementation nationale, et remettant en cause le rôle du Centre National de Gestion où en le limitant à l'organisation des concours nationaux de l'internat et de praticien hospitalier. Les agences régionales de santé pourraient également trouver de nouvelles compétences par une gestion déconcentrée des praticiens à diplôme étranger.

B) Un territoire utilisé pour organiser l'évaluation des activités de soins

402. Le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire devient ainsi une référence pour la régulation hospitalière. Mais au-delà de celle-ci, cette tendance s'observe également pour l'évaluation des activités de soins, y compris pour des segments d'activité faisant intervenir des acteurs ne participant pourtant pas aux groupements hospitaliers de territoire comme cela a été le cas pour la réforme de réseaux territoriaux de cancérologie (a) ou encore les orientations territoriales de la Haute Autorité de Santé (b).

a. La réforme des réseaux territoriaux de cancérologie

403. Les conditions techniques de fonctionnement des activités de traitement du cancer prévoient la mise en place obligatoire d'une concertation pluridisciplinaire afin d'élaborer le

⁵³² La publication nationale des postes vacants de praticiens hospitaliers, en vue d'une nomination en qualité de praticien titulaire ou dans le cadre d'une mutation, est réalisée par le Centre National de Gestion deux fois par an avec un tour de publication au printemps et un second à l'automne.

projet thérapeutique du patient⁵³³, une telle démarche étant par ailleurs un critère d'agrément défini par l'Institut National du Cancer. Afin de mettre en œuvre ces réunions de concertation pluridisciplinaire, il apparaît nécessaire de prévoir une structuration territoriale étant donné que tous les établissements autorisés en cancérologie ne disposent pas forcément des compétences d'un oncologue médical, d'un radiothérapeute et d'un spécialiste d'organe. Ainsi, les pouvoirs publics ont constitué des centres de coordination en cancérologie⁵³⁴, en déclinaison de la mesure n°32 du premier plan cancer⁵³⁵, structures labellisées sur une base territoriale et faisant l'objet d'un financement de la part de l'agence régionale de santé. En 2018, la plupart des agences régionales de santé ont procédé à une révision du ressort territorial des différents centres de coordination afin de mieux équilibrer leur charge respective de dossiers traités, et le résultat de cette révision a généralement été de calquer le ressort de ces centres sur le périmètre géographique des groupements hospitaliers territoire. De la sorte, le périmètre du groupement est de nouveau utilisé comme un échelon de référence cette fois-ci y compris pour des actions d'évaluation de la qualité et non plus de régulation. Les mêmes remarques méthodologiques peuvent cependant être formulées concernant la pertinence des découpages actuels des groupements, ainsi que la participation d'établissements privés de santé aux activités de

⁵³³ Sur la concertation pluridisciplinaire autour du projet thérapeutique en cancérologie, voir l'**article D.6124-131 du code de la santé publique** : « *Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Lorsque ce titulaire n'exerce pas l'ensemble des pratiques thérapeutiques mentionnées à l'article R. 6123-87, la réunion mentionnée au premier alinéa est tenue avec d'autres titulaires de l'autorisation exerçant ces pratiques, en utilisant éventuellement les réseaux mentionnés à l'article R. 6123-88. Une fiche retraçant l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire est insérée dans le dossier médical du malade. Cette proposition thérapeutique est présentée au patient dans les conditions prévues au a du 2° de l'article R. 6123-88.* ».

⁵³⁴ Le cahier des charges des centres de coordination en cancérologie (3C) est déterminé par la **circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005** relative à l'organisation des soins en cancérologie. Voir plus largement : **CASTEL Patrick, JUVEN Pierre-André, VEZIAN Audrey** (sous la direction de), « Les politiques de lutte contre le cancer en France », Presses de l'EHESP, 2019, 216 pages. **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 146 du règlement par la commission des finances, de l'économie générale et du plan sur la mise en œuvre du Plan Cancer », juillet 2006, 124 pages.

⁵³⁵ Voir en ce sens : **MISSION INTERMINISTRIELLE DE LUTTE CONTRE LE CANCER**, « Plan cancer 2003-2007 », 44 pages et notamment la mesure n°32 : « *Identifier des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) dans chaque établissement traitant des patients cancéreux. Ces centres de coordination auront plusieurs missions : coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement (ou du réseau), et en particulier des réunions de concertation multidisciplinaire en cancérologie ; assurance qualité du programme personnalisé de soins pour chaque patient ; suivi individualisé des patients, en apportant une aide et un soutien dans la prise en charge ; suivi au sein de l'établissement de la mise en œuvre du plan cancer, avec données chiffrées d'activité et de qualité. Chaque patient pourra ainsi, soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin traitant, contacter le centre de coordination pour tout renseignement utile le concernant. L'identification d'un médecin référent sera recherchée dans le cadre des 3C, afin que les patients bénéficient d'un contact médical unique. De même, un contact patient, assuré par une association reconnue par l'hôpital sera recherché par les 3C. Le médecin référent et le contact patient doivent être identifiés sur le programme personnalisé de soins.* ».

cancérologie et par conséquent aux centres de coordination. L'échelon du groupement hospitalier de territoire devient de la sorte prédominant dans les politiques hospitalières alors même qu'il s'agit d'un périmètre d'organisation des seuls établissements publics de santé.

b. Les orientations territoriales de la Haute Autorité de Santé

404. L'évaluation des activités de soins passe aussi par la procédure obligatoire de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé. Le manuel de certification sur lequel les établissements de santé sont évalués a fait l'objet d'une nouvelle version en 2020⁵³⁶ à l'issue d'un processus de concertation avec l'ensemble des acteurs de santé. Initialement, ce nouveau manuel devait reposer sur quatre chapitres relatifs respectivement au patient, à l'équipe de soins, à l'établissement et au groupe mais une telle évolution n'a pas été retenue et la version finale du manuel de certification ne reprend que les trois premiers chapitres en renvoyant celui concernant le groupe à des travaux ultérieurs. Ce renoncement peut surprendre dans la mesure où la mise en place d'une certification conjointe est instaurée pour les établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire. Ainsi, ces établissements sont expertisés dans un calendrier resserré par une équipe d'experts-visiteurs en grande partie commune. De plus, les parcours entre établissements du groupement sont particulièrement investigués, cela apparaissant pertinent au regard de l'objectif des groupements. Il a cependant été préféré reporter à une future version du manuel de certification l'intégration d'une dimension territoriale qui ne serait sans doute plus celle du groupe mais de la coordination territoriale. En effet, le point d'achoppement a été l'obligation existant également pour les établissements privés de santé, et donc non membres d'un groupement hospitalier de territoire, d'être certifiés sur la base du même manuel de la Haute Autorité de Santé. Ainsi, il aurait été complexe d'évaluer ces établissements sur la base des critères d'un chapitre consacré de fait au groupement hospitalier de territoire. C'est pourquoi, ce futur chapitre sera fondé sur la coordination territoriale des parcours patients⁵³⁷ quel que soit la nature juridique des établissements de santé considérés. Néanmoins, nous pouvons retenir que la première intention de la Haute Autorité de Santé a bien été de consacrer un chapitre entier au

⁵³⁶ Voir dans sa dernière version : **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Manuel des établissements de santé pour la qualité des soins », septembre 2021, 325 pages. Pour une approche plus globale, voir : **RENAUDIE Olivier**, « Quelle qualité du système de santé ? », RDSS, n°02 2022, pages 206 à 215.

⁵³⁷ Consulter en ce sens : **SAISON Johanne**, « Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé », RDSS, n°03 2021, pages 395 à 404.

groupement hospitalier de territoire, ce qui traduit son ancrage désormais dans la structuration hospitalière.

Paragraphe II : Un territoire déjà entré dans les pratiques des acteurs

405. Le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire est devenu progressivement l'échelon de référence des politiques hospitalières pour les autorités de tutelle, tant régionales que nationales, y compris pour l'exercice de leurs pouvoirs de régulation administrative. Cela traduit la légitimité accordée et la pérennité supposée des groupements hospitaliers de territoire, considérés comme un horizon indépassable de l'organisation hospitalière. Mais au-delà des autorités administratives, le groupement hospitalier de territoire est de même devenu l'échelon de référence des questions hospitalières pour le reste des acteurs de santé que ceux-ci soit les patients eux-mêmes, les élus locaux ou les différents établissements de santé. Comme l'analyse du fonctionnement interne des groupements hospitaliers de territoire tend à le mettre en exergue, la perception de ces acteurs de santé est empreinte d'un flou entre la notion de groupement hospitalier de territoire et celle d'établissement support, ce dernier se confondant avec le groupement dans l'approche de la plupart des acteurs.

406. Nous analyserons en premier lieu la perception fluctuante mais réelle du groupement hospitalier de territoire par les patients et les édiles locaux (A), puis nous verrons que le groupement est en effet devenu un recours naturel pour les autres établissements de santé (B).

A) Une perception fluctuante mais réelle des patients et des édiles

407. Si le groupement hospitalier de territoire est devenu une réalité naturelle pour les autorités de régulation, leur perception s'avère plus floue de la part des élus locaux et des patients. Ces acteurs sont logiquement davantage liés à un établissement de santé, se trouvant dans la commune dont ils sont les élus ou étant l'établissement les prenant en charge. Mais, ces deux catégories d'acteurs de santé prennent progressivement connaissance de la nouvelle structuration de l'hospitalisation publique autour des groupements hospitaliers de territoire et doivent en être à l'avenir des acteurs majeurs. Cette appropriation est rendue plus aisée dans la mesure où les territoires des groupements sont fondés principalement sur les flux de patients

(a), et que les élus locaux ont pu vite appréhender cette sorte d'intercommunalité hospitalière que sont à leurs yeux les groupements hospitaliers de territoire (b).

a. Des territoires de groupement fondés principalement sur les flux de patients

408. Du fait de l'absence de personnalité morale et par conséquent d'une identité propre, le groupement hospitalier de territoire peut paraître assez éloigné pour les patients voire même une structure évanescence, y compris pour ceux en connaissant l'existence. Aussi, dans le fonctionnement interne du groupement, le comité des usagers représente une instance indispensable mais dont l'animation reste difficile du fait de la raréfaction des représentants des usagers prêts à y participer⁵³⁸. Les patients et leurs représentants restent attachés à un établissement de santé au sein duquel ils sont pris en charge pour les uns, et s'engagent dans la vie institutionnelle pour les autres⁵³⁹. Il s'agit là d'une réalité palpable avec un établissement, ses bâtiments et ses unités de soins. A l'inverse, le groupement hospitalier de territoire est désincarné même si les patients savent parfaitement qu'une hospitalisation peut nécessiter un transfert dans une autre structure en fonction de la complexité des examens nécessaires à leur prise en charge. Ce parcours inter-établissements, et donc l'organisation territoriale des soins, est appréhendé par la population, seulement la dimension de groupe public n'est pas intégrée. C'est pourquoi, dans l'imaginaire des patients et de leurs représentants, le groupement hospitalier de territoire est assimilé à son établissement support, c'est-à-dire celui vers lequel dans la plupart des cas les patients sont justement transférés pour accéder à un plateau technique plus développé. Les prémices d'une reconnaissance du groupement hospitalier de territoire sont bien présentes dans cette intuition des patients et deux phénomènes pourront contribuer à sa consolidation. Tout d'abord, le fait que dans les cas les plus fréquents, le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire est fondé sur une approche de flux patients, correspondant alors à une réalité de parcours de soins. Ce territoire vécu peut s'ancrer plus aisément que s'il s'agissait d'une construction sans logique. De plus, cette perception sera d'autant plus grande que le groupement hospitalier de territoire sera renforcé et se transformera en un hôpital territorial comme nous le développerons ultérieurement.

⁵³⁸ Voir par exemple : **MORLET-HAÏDARA Lydia**, « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », RDSS, n°04 2016, pages 658-672. **GEY-COUE Marine**, « La place des usagers dans le GHT, une représentation légitime à géométrie variable », Gestions hospitalières, n°559, octobre 2016, pages 510-512.

⁵³⁹ Se référer notamment à : **BRECHAT Pierre-Henri**, « La participation des usagers : une réussite française reconnue au niveau international », JDSAM, n°15 2017, pages 3-7.

b. Des élus ayant vite appréhendé cette sorte d'intercommunalité hospitalière

409. L'appréciation des élus locaux à l'égard des groupements hospitaliers de territoire est fluctuante comme peut l'être celle des usagers et de leurs représentants. D'une part, les élus locaux maîtrisent parfaitement dans leur exercice quotidien les ressorts de l'intercommunalité et son intérêt en matière de mutualisation de certaines compétences. Aussi, ils sont en capacité d'appréhender la logique de construction des groupements hospitaliers de territoire. Cependant, l'intercommunalité est fondée sur la création d'un tiers juridique permettant de dépasser les antagonismes pouvant exister entre communes et édiles⁵⁴⁰. A l'inverse, le groupement hospitalier de territoire repose sur un établissement support pouvant faire craindre aux élus locaux une centralisation des décisions mais également de l'offre de soins⁵⁴¹. De plus, les groupements hospitaliers de territoire n'étant pas suffisamment connus de la population générale, voire même des usagers de l'hôpital public, l'intérêt d'un élu local restera attaché à celui de l'établissement de santé situé dans sa commune, celui-ci permettant de générer de l'emploi local et étant source d'attractivité pour la population en favorisant un accès aux soins. Ainsi, nous pourrions penser que les élus locaux intègrent l'existence du groupement hospitalier de territoire mais s'en dissocient dans leur approche de la politique hospitalière. Cependant, cela irait à contre sens de deux aspects révélateurs en la matière. Tout d'abord, depuis la création des groupements hospitaliers de territoire, les élus locaux militent pour participer à leurs instances et pouvoir peser sur leurs décisions⁵⁴². L'ambition des groupements hospitaliers de

⁵⁴⁰ Il s'agissait là d'une préconisation, dans la construction des coopérations hospitalières, émise par : **LARCHER Gérard**, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions », avril 2008, 102 pages.

⁵⁴¹ En ce sens, nous pouvons noter le point de vue de : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment pages 74-75 : « (...) *Les débats autour des hôpitaux de proximité font ressortir la crainte assez largement partagée que ces hôpitaux de proximité ne soient que des « coquilles vides », faute de réels moyens d'action pour mettre en œuvre une stratégie territoriale adaptée aux besoins de la population. Cette préoccupation ressort également de la volonté exprimée par plusieurs de nos collègues d'élargir le spectre des missions de ces hôpitaux de proximité à la chirurgie et l'obstétrique, de crainte que cette labellisation soit en réalité simplement le moyen d'acter une nouvelle dégradation de l'accès aux soins en proximité. Dans cette hypothèse, le GHT est perçu comme « aspirant » l'activité de ces hôpitaux, au profit des plus gros établissements. Vos rapporteurs estiment que les GHT peuvent trouver une utilité à condition de constituer de véritables soutiens pour ces hôpitaux de proximité, pour les aider à exercer leurs missions. Il faut à l'évidence qu'ils en aient les moyens, par leur démographie médicale et par l'offre de soins de référence et de recours qu'ils sont en mesure de déployer. La problématique des périmètres des GHT s'avérera ainsi déterminante dans leur capacité à irriguer le territoire. (...) ».*

⁵⁴² Il est ainsi à rappeler que le comité territorial des élus locaux est la seule instance, avec le comité stratégique, prévue dès l'origine des groupements hospitaliers de territoire à travers **l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, les autres instances étant apparues à l'occasion des textes réglementaires d'application.

territoire et les missions qui sont les leurs ne peuvent pas être mis de côté par des élus locaux revendiquant d'exercer un pouvoir décisionnel concernant l'offre de soins de leur territoire. De même, le groupement hospitalier de territoire est devenu un échelon de référence pour ces élus locaux afin de gérer la pénurie de la démographie médicale car tout en revendiquant une autonomie de gestion des établissements publics de santé de leur commune, les élus locaux sont en effet prompts à se retourner vers le groupement hospitalier de territoire, et plus exactement vers son établissement support, afin de suppléer une carence en ressources humaines médicales menaçant la continuité d'une activité⁵⁴³. De la sorte, même s'il s'agit d'une posture en réaction, le groupement hospitalier de territoire est de fait devenu une structuration de l'hospitalisation publique ancrée dans les pratiques des élus locaux.

410. Les comportements des édiles locaux à l'égard des groupements hospitaliers de territoire nous conduisent à penser que ce dispositif n'est en soi pas le sujet de préoccupation de ces élus. En effet, derrière leur réaction nuancée concernant les groupements se cache en réalité une crainte légitime d'appauvrissement plus global de l'offre de soins, quel qu'en soit le statut juridique. L'enjeu politique pour eux ne se situe pas seulement au niveau du fonctionnement des seuls groupements hospitaliers de territoire, mais plus largement de la régulation de l'offre de soins et des professionnels de santé en général.

B) Un recours naturel pour les autres établissements de santé

411. Les acteurs externes aux établissements publics de santé ont intégré la dimension territoriale de l'organisation des soins et son assise autour du groupement hospitalier de territoire. Cette reconnaissance peut être plus ou moins volontaire ou appréciée, elle affirme en tout cas la place du groupement hospitalier de territoire et sa pérennité. Mais, la preuve de cet ancrage territorial tient principalement à la pratique des établissements de santé eux-mêmes. Indépendamment de l'interdépendance mise en place en termes d'offre de soins ou de fonctions supports, la dimension territoriale, pensée selon le ressort géographique des groupements hospitaliers de territoire, est devenue une norme d'action pour les établissements membres.

⁵⁴³ Cette posture s'avère par ailleurs en adéquation avec les dispositifs mis en place au sein des groupements hospitaliers de territoire avec la création d'une fonction mutualisée en matière de gestion des ressources humaines médicales, mais aussi à travers le dispositif obligatoire d'association avec un centre hospitalier universitaire.

412. Il en est ainsi du recours à l'établissement support par les membres du groupement (a), mais aussi de l'assimilation externe du groupement hospitalier de territoire et de son établissement support (b).

a. Le recours à l'établissement support par les membres du groupement

413. Un changement de paradigme s'est fait jour avec la création des groupements hospitaliers de territoire. Avant leur instauration, les établissements publics de santé disposaient d'une autonomie de gestion totale sous le contrôle des autorités de tutelle et chaque établissement élaborait indépendamment sa stratégie, faisait fonctionner son offre de soins et déployait ses fonctions supports. Couplée à la critique récurrente d'hospitalo-centrisme, nous pourrions qualifier une telle posture d'isolationniste⁵⁴⁴. Depuis l'émergence des groupements hospitaliers de territoire, les établissements membres ont été de fait mis en réseau entre eux⁵⁴⁵. Leur interdépendance fonctionnelle est croissante mais au-delà, il s'agit bien d'un changement de culture dans l'approche des établissements publics de santé. Désormais la dimension territoriale de chaque projet ou stratégie est intégrée et le recours à l'établissement support du groupement est devenu un quasi réflexe pour les établissements membres. De cette façon, un établissement membre souhaitant développer ou consolider une activité aura comme première démarche d'essayer de construire des postes médicaux partagés avec l'établissement support. De même, dans le champ des fonctions supports, avant de créer des outils de gestion, un établissement membre aura tendance à voir avec les équipes spécialisées de l'établissement support si celles-ci ne disposent pas déjà d'un outil pouvant être mis à sa disposition⁵⁴⁶. Cette

⁵⁴⁴ Sous la réserve des coopérations avec d'autres établissements de santé que pourraient exiger les autorités de tutelle à travers le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou à l'occasion de l'octroi d'une autorisation, notamment dans le champ de l'imagerie médicale.

⁵⁴⁵ Cette démarche de mise en réseau apparaît également entre les centres hospitaliers universitaires, voir en ce sens : **VALLET Benoît**, « CHU : les faire travailler en réseau ? », *Les Tribunes de la santé*, n°63 2020, pages 43-50. Cela se concrétise notamment par la mise en place de groupements de coopération sanitaire entre les CHU d'une même région, conformément aux recommandations de faire émerger une dizaine de réseaux de CHU. Voir notamment : **COUR DES COMPTES**, « Le rôle des CHU dans l'offre de soins – Exercices 2011 à 2017 », novembre 2018, 201 pages.

⁵⁴⁶ Une telle démarche rejoint nos conclusions concernant l'émergence d'une technostructure spécialisées dans l'animation et la gestion des groupements hospitaliers de territoire permettant une spécialisation des fonctions administratives rendue nécessaire par leur technicisation.

vague de fond va sans doute s'accroître avec l'apparition progressive de modules dédiés à l'approche territoriale dans les cycles de formation des managers hospitaliers⁵⁴⁷.

b. L'assimilation externe du groupement et de l'établissement support

414. Toutes les parties prenantes, que celles-ci soient les élus locaux, les usagers, les établissements de santé, possèdent désormais une vision de l'hospitalisation publique s'inscrivant au sein d'un territoire dont les contours géographiques et l'animation relèvent naturellement des groupements hospitaliers de territoire. Du fait de leur ambition englobant l'entièreté de l'offre de soins et de leur caractère obligatoire, les groupements hospitaliers de territoire bénéficient de la sorte d'une légitimité et d'une reconnaissance qu'aucun autre dispositif n'a réussi à atteindre. Même la tentative des communautés hospitalières de territoire n'a jamais disposé d'un tel positionnement⁵⁴⁸. Cependant, force est de constater que le groupement hospitalier de territoire reste une structuration floue pour la plupart de ces parties prenantes. La conséquence, par ailleurs légitime en l'absence de personnalité morale, conduit ces interlocuteurs à confondre le groupement hospitalier de territoire et son établissement support⁵⁴⁹. La pratique confirme en très grande partie ce constat, et d'autant plus au regard de l'accélération de la mise en place de directions communes autour de l'établissement support. Cela est aussi conforme à la logique intégrative des groupements, mais fait diverger ce modèle du dessein pouvant être celui d'une sorte d'intercommunalité des hôpitaux publics. Afin de

⁵⁴⁷ Cela répondra à une transformation du métier de directeur d'hôpital comme exposé dans : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment page 78 : « (...) Les directeurs d'hôpital ont vu leur profession transformée avec la restructuration en cours de l'hospitalisation publique : structuration des GHT, directions communes, fusions d'établissements sont autant d'évolutions qui leur imposent d'avoir aujourd'hui une vision résolument territoriale de leur mission. Le métier n'a donc plus rien à voir avec celui de gestionnaire d'un établissement public ; on demande aujourd'hui aux directeurs de « penser le territoire », à partir des besoins de la population. (...) ».

⁵⁴⁸ Se référer par exemple à : **MORO François**, « Le nouveau visage de la coopération : les Communautés Hospitalières de Territoire, à la recherche d'un nouveau modèle d'organisation hospitalière ? », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 25-33.

⁵⁴⁹ Ce phénomène s'observe y compris à travers les positionnements des agences régionales de santé effectuant une concertation régionale, par exemple en période de crise sanitaire, avec les seuls établissements supports, ceux-ci étant considérés comme responsables ensuite de l'animation des établissements membres de leur groupement hospitalier de territoire. De même, en l'absence de connaissances fines et de pratiques des groupements, les établissements privés de santé tendent à considérer que les établissements supports disposent d'une quasi autorité hiérarchique sur les établissements membres du groupement, même en l'absence de directions communes, selon un modèle rappelant leurs propres pôles territoriaux.

lever cette ambiguïté, il convient de faire évoluer encore davantage les groupements hospitaliers de territoire vers un modèle d'hôpital territorial.

Section II : Le groupement hospitalier de territoire, un coordonnateur de la santé sur son territoire

415. Bien que ne correspondant pas à un découpage administratif reconnu et étant une entité dépourvue de personnalité morale, le groupement hospitalier de territoire s'est imposé comme l'échelon de référence en matière de politique hospitalière. Les décisions de régulation et d'évaluation sont prises à l'aune de son périmètre et l'ensemble des parties prenantes, tout en le jugeant plus ou moins pertinent, ont pris l'habitude de se référer naturellement au groupement hospitalier de territoire. Cette reconnaissance obtenue par le groupement hospitalier de territoire découle incidemment du rôle de coordonnateur ou d'animateur de la santé au sein d'un territoire qui lui est confié. Cette tendance peut apparaître étonnante, le groupement hospitalier de territoire étant avant tout un dispositif visant à créer un groupe hospitalier public et ainsi à définir une stratégie propre à ses établissements membres. Sa légitimité de coordonnateur du territoire, au-delà de l'importance majeure de l'offre de soins publique, ne constitue pas une évidence pour tous les acteurs. Ce rôle complémentaire d'animation d'un territoire provient d'une carence de l'ensemble des autres acteurs de santé et des dispositifs précédents ayant tenté de remédier à cette absence de pilotage. Si cette mission subsidiaire des groupements hospitaliers de territoire venait à être pérennisée, la question de sa légitimité technique et politique devra être posée et résolue.

416. Nous reviendrons premièrement sur la carence structurelle de coordination des autres opérateurs de santé (paragraphe I), conduisant à un recours subsidiaire au groupement hospitalier de territoire pour coordonner l'organisation territoriale des soins (paragraphe II).

Paragraphe I : La carence structurelle de coordination des autres opérateurs de santé

417. Paradoxalement, le champ de la santé peut parfois être jugé sur-régulé, et doté par exemple d'un régime d'autorisation administrative préalable lourd en matière d'activités de soins, et à l'inverse apparaître comme profondément morcelé et non coordonné. Il n'existe pas d'acteur intégré au sens où il serait en capacité d'assurer l'ensemble des étapes du parcours de

prise en charge d'un patient⁵⁵⁰. L'organisation de la santé est ainsi segmentée en différents secteurs dotés de règles et de modalités de financement disparates, et cultivant leur « étanchéité » vis-à-vis des autres acteurs de santé. De même, à l'intérieur de chaque secteur, la tendance est davantage à l'atomisation qu'à la coordination. Ainsi, aucun interlocuteur unique et légitime d'un secteur n'émerge. Des instruments juridiques ont été mis en place afin de pallier à cet état de fait mais ceux-ci se sont avérés insuffisants et souvent trop ciblés dans leur champ d'action. Aussi, le groupement hospitalier de territoire est apparu par défaut l'acteur finalement le plus structuré pour assumer l'animation d'un territoire.

418. Nous reviendrons tout d'abord sur la dispersion locale des parties prenantes dans le champ de la santé (A), puis sur les tentatives de coordination trop restreintes ou n'ayant pas abouti (B).

A) Une dispersion locale des parties prenantes dans le champ de la santé

419. L'organisation locale de la santé est à l'image de sa complexité au niveau national et régional. Le ministère en charge de la santé doit composer avec de nombreux interlocuteurs représentant chacun des types de métiers de la santé. Au sein de la profession médicale, chaque discipline dispose de sa propre représentation lorsque celle-ci ne se scinde pas entre les sociétés savantes d'une part et les conseils nationaux des universités d'autre part. Les agences régionales de santé doivent échanger avec toutes les collectivités territoriales, mais aussi avec les unions régionales des professions de santé et les délégations des fédérations représentant les établissements de santé. Le niveau territorial dispose du même foisonnement, mais sans démarche structurée de représentation et de concertation entre ces acteurs, la situation relève plus de l'atomisation et de l'absence de dialogue. Nous constaterons ainsi la dispersion des autres offreurs de soins (a), ainsi que les capacités limitées des interlocuteurs naturels des acteurs de santé (b).

⁵⁵⁰ Ce constat devient une pierre angulaire de la réflexion relative au mode de financement des établissements de santé afin de permettre plus de fluidité entre tous les acteurs du parcours du patient. Voir en ce sens : **MARIN Philippe**, « Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé », RDSS, n°03 2021, pages 415-424. **VERAN Olivier**, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur », 2016, 133 pages. **AUBERT Jean-Marc**, « Rapport final - Modes de financement et de régulation », 2016, 16 pages. **COUTY Edouard**, « Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ? », Les Tribunes de la santé, n°03 2013, pages 23 à 35.

a. Une dispersion des autres offreurs de soins

420. En premier lieu, la médecine de premier recours, communément appelée médecine de ville, s'avère empreinte d'isolement compte tenu notamment de son fondement reposant sur le principe de la liberté d'installation des médecins⁵⁵¹ et conduisant à une inadéquation entre la ressource médicale et les besoins de santé de la population et à l'apparition de zones médicalement sur dotées, notamment du fait d'un certain héliotropisme ou de l'attractivité des centres villes, et des zones sous-dotées dénommées déserts médicaux, que ceux-ci soient ruraux ou périurbains. Ce principe est à coupler avec celui de l'indépendance professionnelle du médecin⁵⁵² ou à celui de non partage des rémunérations⁵⁵³, hormis sous certaines exceptions très strictes⁵⁵⁴, l'ensemble de ces dispositions conduisant à un système de médecine de premier

⁵⁵¹ Ce principe fondamental de la médecine libérale de ville est rappelé à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971. ». Il est à noter les critiques récurrentes concernant ce principe, ayant notamment conduit à la proposition de loi n°4533 pour la fin de la liberté d'installation des médecins et un accès de proximité au système de santé, non adoptée par le Parlement. Voir aussi : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques Les leçons de la littérature internationale », décembre 2021, 78 pages. Et conduisant à inciter aux modes d'exercice regroupé des praticiens, consulter par exemple : ROUSSET Guillaume, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », RDSS, n°03 2014, pages 450 à 456. BRISSY Stéphane, « Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé », RDSS, n°04 2013, pages 583-590. BABINET Olivier, ISNARD BAGNIS Corinne, « Les déserts médicaux en question(s) », Presses de l'EHESP, 2021, 168 pages. SAISON Johanne, « L'organisation territoriale des soins de premier recours à l'épreuve de la covid-19 : les enseignements d'une crise sanitaire », Droit et Ville, n°01 2021, pages 11 à 23.

⁵⁵² Voir l'article R.4127-5 du code de déontologie médicale : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. ». Ce qui conduit à des interrogations dans le cadre de l'exercice au sein d'un établissement de santé, voir en ce sens : HEAS Franck, « Exercice de la médecine et salariat », RDSS, n°04 2013, pages 575 à 582. MORET-BAILLY Joël, « La déontologie médicale de la résistance à la contre-offensive », RDSS, n°06 2012, pages 1074-1083. Plus largement, sur les questions de déontologie, se référer à : TRUCHET Didier, MORET-BAILLY Joël, « Introduction à la déontologie », Presses Universitaires de France, 2022, 251 pages. MORET-BAILLY Joël, TRUCHET Didier, « Droit des déontologies », Presses Universitaires de France, 2016, 466 pages. MORET-BAILLY Joël, « Les conflits d'intérêts : définir, gérer, sanctionner », LGDJ, 2014, 228 pages. MORET-BAILLY Joël, « Déontologies et conflits d'intérêts, histoire d'un dessaisissement ? », RDSS, n°HS 2022, pages 109-120. MORET-BAILLY Joël, « Que signifie la déontologie aujourd'hui ? », RDSS, n°HS 2018, pages 7-22. MORET-BAILLY Joël, « Publicité et déontologie », Les Tribunes de la santé, n°45 2014, pages 31-36.

⁵⁵³ Se référer à l'article R.4127-22 du code de déontologie médicale : « Tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article R.4127-94. L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites. ».

⁵⁵⁴ Consulter l'article R.4127-94 du code de déontologie médicale : « Dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, ou s'ils sont tous spécialistes de la même discipline, et sous réserve des dispositions particulières relatives aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral. ».

recours constitué de cabinets individuels non coordonnés entre eux et sans représentation au niveau local. Le conseil départemental de l'Ordre des médecins ne peut en effet remplir ce rôle malgré l'importance de ses missions administratives et disciplinaires. Des initiatives nationales ont également tenté de combler ce manque en favorisant les structures coordonnées regroupant plusieurs praticiens ou plusieurs professions de santé, la plus récente étant le lancement des communautés professionnelles territoriales de santé⁵⁵⁵. Celles-ci se fondent sur une responsabilité populationnelle partagée par les acteurs de premier recours et devant les conduire à mettre en place des actions de prévention et des dispositifs favorisant l'accès aux soins de façon non programmée⁵⁵⁶. Malgré l'intérêt de ce dispositif, son utilisation reste encore trop limitée⁵⁵⁷, peut-être du fait de l'initiative laissée aux acteurs de santé pour constituer ces communautés professionnelles territoriales de santé.

421. Le secteur médico-social et social fait l'objet d'un constat similaire avec une structuration basée sur une multitude d'établissements et de services⁵⁵⁸ intervenant notamment dans la prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées. Dans ce vaste ensemble d'interventions, les structures publiques ou privées connaissent un phénomène de morcellement important et des modalités de coopération entre elles ont été mises en place comme le groupement de coopération sanitaire et médico-social⁵⁵⁹ mais sans avoir un effet tel

⁵⁵⁵ La création des communautés professionnelles territoriales de santé est prévue par l'article 65 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Voir également : **CORMIER Maxence**, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ? », RDSS, n°01 2019, pages 64-73. **RIST Stéphanie, ROGEZ Raphaël**, « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », Les Tribunes de la santé, n°01 2020, pages 51 à 55. **DE FONTGALLAND Charlotte, ROUZAUD-CORNABAS Mylène**, « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », Santé Publique, n°02-03 2020, pages 239 à 246.

⁵⁵⁶ Se référer à l'instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

⁵⁵⁷ Sur ce bilan, consulter : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - Appui à la DGOS », août 2018, 88 pages.

⁵⁵⁸ Voir en ce sens l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles recensant 16 types d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux et ayant des formes juridiques et des missions extrêmement variées. De façon générale, voir : **ARNAL-CAPDEVIELLE Isabelle**, « Le droit des établissements et services médico-sociaux », Presses de l'EHESP, 2020, 250 pages.

⁵⁵⁹ Se référer à l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles : « Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent : 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ; 2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ; 3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. (...) ». Voir également : **ESPER Claudine**, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale », RDSS, n°5 2006, pages 909-917.

qu'un interlocuteur structuré puisse émerger pour les pouvoirs publics et les autres acteurs du territoire.

422. Face à un tel éclatement des acteurs de premier recours et du champ médico-social et social, les établissements privés de santé auraient pu paraître des interlocuteurs plus structurés. En effet, leur caractère privé ne saurait être un obstacle à un rôle dans le cadre de l'animation territoriale dans la mesure où ils peuvent être habilités à exercer des missions relevant du service public hospitalier en l'absence de définition organique de celui-ci⁵⁶⁰. De même, les établissements privés de santé sont désormais inclus dans de grands groupes de cliniques privées et disposent par conséquent de l'ingénierie administrative pour conduire une telle animation. Cependant, leur offre de soins est sans commune mesure en volume avec les établissements publics de santé. De plus, leur stratégie de groupe intervient dans un cadre national voire international, et ne bénéficie pas d'un maillage d'établissements aussi fin au niveau territorial que celui du secteur public. Surtout la composition de leur offre de soins s'avère très spécialisée contrairement au côté généraliste des établissements publics de santé. Ainsi, les établissements privés de santé sont principalement à orientation chirurgicale compte tenu du mode de financement actuel favorisant ce type d'activité⁵⁶¹. Les activités relevant des disciplines médicales, hormis les activités interventionnelles, sont quasiment absentes de ces établissements. De même, les activités médico-sociales relèvent de groupes privés non intégrés à ceux des cliniques privées. Enfin, lorsqu'ils exercent des activités de psychiatrie, celles-ci n'incluent presque jamais les soins sans consentement qui représentent pourtant le principal sujet de coordination territoriale en la matière. Aussi, même parmi les acteurs privés de

⁵⁶⁰ Consulter l'**article L6112-3 du code de la santé publique** : « Le service public hospitalier est assuré par : 1° Les établissements publics de santé ; 2° Les hôpitaux des armées ; 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ; 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier. Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2. En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué. Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. ». Voir également : **PELLET Rémi**, « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », Les Tribunes de la santé, n°51 2016, pages 47-56. **VIOUJAS Vincent**, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », RDSS, n°06 2021, pages 1006-1013. **VIOUJAS Vincent**, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », RDSS, n°04 2017, pages 644-656.

⁵⁶¹ Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins », septembre 2012, 182 pages.

l'hospitalisation, aucun d'entre eux ne pourra être considéré comme suffisamment légitime et structuré pour assumer le rôle d'animateur des politiques de santé au sein d'un territoire.

423. Ce constat tend à nuancer la critique d'hospitalo-centrisme des établissements publics de santé, ce phénomène n'en étant pas moins une réalité. En effet, s'il s'avère indispensable d'articuler les parcours des patients en amont et en aval d'une hospitalisation, l'hôpital n'étant qu'un maillon de cette chaîne, l'absence de structuration des autres acteurs de santé s'avère être une contrainte majeure dans la réalisation de cet objectif.

b. Des capacités limitées des interlocuteurs naturels des acteurs de santé

424. En l'absence d'une structuration adéquate des offreurs de soins du territoire, l'interlocuteur privilégié pourrait alors être le patient en sa qualité d'usager du système de santé dont l'objectif est de le transformer en démocratie sanitaire⁵⁶². Depuis le début des années 2000, les usagers se sont en effet structurés en associations bénéficiant d'un agrément afin de représenter les patients dans différentes instances de régulation du système de santé⁵⁶³. Les recensements effectués par le ministère en charge de la santé faisaient état en septembre 2021 de près de 170 associations bénéficiant d'un agrément au niveau national. Cependant, force est de constater que la plupart de ces associations se sont constituées autour d'une pathologie particulière, malgré leur participation, pour 43 d'entre elles seulement, au collectif inter-

⁵⁶² A ce sujet, consulter : **SAISON Johanne**, « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », RDSS, n°02 2022, pages 197-205. **COMPAGNON Claire, GHADI Véronique**, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », février 2014, 258 pages.

⁵⁶³ Sur l'agrément des associations d'usagers, se référer à l'**article L.1114-1 du code de la santé publique** : « I. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale qui comprend des représentants de l'Etat, dont un membre de la juridiction administrative et un membre de la Cour de cassation en activité ou honoraire, un député et un sénateur et leurs suppléants ainsi que des personnalités qualifiées en raison de leur compétence ou de leur expérience dans le domaine associatif. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission nationale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. (...) ». Voir aussi : **GHADI Véronique, NAIDITCH Michka**, « Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? », Santé Publique, n°02 2006, pages 171 à 186.

associatif sur la santé⁵⁶⁴. Cet argument est facilement révoquant, rien ne présageant qu'une association spécialisée dans la prise en charge d'une pathologie donnée ne saurait être en capacité de porter une vision globale du système de santé. L'argument technique est néanmoins plus probant car un représentant des usagers ou une association ne dispose pas de l'infrastructure technique et administrative permettant de traiter de nombreux sujets complexes et de pourvoir aux modalités pratiques de l'animation des acteurs de la santé au sein d'un territoire. Cette solution n'est par conséquent pas opérante, non pas faute de légitimité, mais plutôt faute de moyens d'action.

425. L'acteur le plus incontestable pour être l'animateur des acteurs de santé d'un territoire serait naturellement l'agence régionale de santé en sa qualité de régulateur du système de santé au niveau de la région. Il relève en effet d'une obligation pour les agences régionales de santé de disposer de relais territoriaux⁵⁶⁵ sur la base d'un découpage départemental. Mais, les agences régionales de santé connaissent les mêmes critiques que les établissements de santé en étant trop focalisées sur l'offre de soins sanitaire et ne s'investissant pas assez dans ses autres champs d'intervention, notamment dans le domaine de la prévention. De plus, les agences régionales de santé auraient connu un phénomène de centralisation excessive ayant conduit à une réduction des moyens alloués aux délégations départementales, les empêchant d'exercer justement ce rôle d'animation du territoire⁵⁶⁶. Face à ce constat, un rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale propose de renforcer les délégations départementales et de distinguer le rôle de régulateur dépendant du niveau régional de l'agence régionale de santé, et le rôle d'animateur pouvant revenir aux délégations départementales. Un tel schéma pourrait s'avérer tout à fait opportun mais il n'est pour l'heure pas actif et nécessite une révision de la répartition des emplois entre le siège de l'agence régionale de santé et ses différentes délégations départementales, mouvement pouvant prendre plusieurs années avant d'être effectif. De plus, le rôle d'animateur légitime du territoire de la délégation départementale devra faire face à d'autres légitimités croissantes que sont celle des collectivités territoriales d'une part, et celle des services préfectoraux d'autre part. En effet, les premières souhaitent s'investir plus intensément dans les politiques de santé, tandis que les

⁵⁶⁴ Créé en 1996, le collectif inter-associatif en santé (CISS) regroupe des associations d'usagers du système de santé pour défendre leurs intérêts communs et est devenu en ce sens un interlocuteur privilégié des autorités nationales de régulation.

⁵⁶⁵ Consulter ainsi l'article L.1432-1 du code de la santé publique : « (...) Les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales. ».

⁵⁶⁶ Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé », juin 2021, 174 pages.

seconds ont perçu avec la crise épidémique liée à la Covid-19 le caractère vital et structurant des infrastructures de santé. Pour finir, il conviendra de noter que la délégation départementale de l'agence régionale de santé restera dans tous les cas un animateur sans pouvoir réel d'action. Ainsi, la délégation départementale ne dispose pas de moyens de projection pour pallier une difficulté dans l'offre de soins comme peut le faire un établissement support de groupement hospitalier de territoire.

426. Ces constats conduisent à penser que le groupement hospitalier de territoire pourrait être une solution supplétive du fait de sa structuration, de sa légitimité et de ses capacités d'action. Cela supposerait cependant un changement de culture de la part de l'hôpital public afin de mieux connaître et travailler avec les autres acteurs de santé, et surtout de distinguer clairement les missions de régulation et les missions de coordination ou d'animation.

B) Des tentatives de coordination restreintes ou n'ayant pas abouti

427. Avant la création des groupements hospitaliers de territoire, l'animation des acteurs de santé au niveau territorial ne pouvait compter sur un pilotage légitime, les acteurs de santé considérés étant soit trop morcelés pour parler d'une seule voix, soit trop spécialisés pour porter une vision globale, soit sans réels moyens d'action. Ce constat est bien entendu connu depuis de nombreuses années, aussi diverses mesures sont venues tenter de créer une coordination entre les acteurs de santé. Cependant, celles-ci n'ont pu apporter une réponse adéquate en raison de leur objet trop restreint. Nous analyserons l'action limitée des conseils territoriaux de santé (a), puis l'effet de dispositifs de coordination limités dans leur champ d'action (b).

a. Une action limitée des conseils territoriaux de santé

428. Les agences régionales de santé doivent déterminer au sein de leur ressort régional différents zonages, et notamment déterminer des territoires devant faire émerger une démocratie sanitaire⁵⁶⁷, en étant le support de conseils territoriaux de santé regroupant l'ensemble des

⁵⁶⁷ Se référer à l'article L.1434-9 du code de la santé publique : « L'agence régionale de santé délimite : 1° Les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région (...) ».

acteurs de santé, y compris les élus locaux et les représentants des usagers⁵⁶⁸, selon un principe de responsabilité populationnelle incombant à tous les acteurs. Le rôle de ces conseils territoriaux de santé est principalement d'établir le diagnostic territorial partagé partant de l'analyse des besoins de santé de la population afin que l'agence régionale de santé en tienne compte dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé⁵⁶⁹. De même, les conseils territoriaux de santé sont informés des projets médicaux des acteurs de santé et de la mise en place de dispositifs de coordination entre eux. En déclinaison du projet régional de santé, les conseils territoriaux de santé élaborent enfin un projet territorial de santé. Cependant, celui-ci ne vise que des actions relevant du premier recours et étant mises en œuvre principalement par les communautés professionnelles territoriales de santé⁵⁷⁰. Aussi, les conseils territoriaux de santé permettent certes de réunir l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire mais disposent d'un champ d'intervention limité autour de l'élaboration de diagnostics sans pouvoir inciter ou contraindre les différents acteurs à s'organiser ensemble. De plus, le projet territorial de santé ne rentre pas dans une hiérarchie des normes favorable dans la mesure où il prend en compte la

⁵⁶⁸ Sur la composition du conseil territorial de santé, consulter l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « I A. - L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9. Le conseil territorial de santé est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale. ».

⁵⁶⁹ Plus précisément sur les missions du conseil territorial de santé, voir l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « (...) II. - Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé. Il est informé des créations de dispositifs d'appui à la coordination et de dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 du présent code ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé. Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé. L'agence régionale de santé informe les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles de territoire de l'ensemble de ces travaux. ».

⁵⁷⁰ Voir en ce sens l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « III. - (...) Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été validé, avec le concours éventuel de l'union régionale des professionnels de santé mentionnée à l'article L. 4031-1, et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social. (...) ».

stratégie des différents acteurs au lieu de pouvoir les influencer⁵⁷¹. Ainsi, ce projet constitue davantage une description de l'existant qu'un axe de construction et d'animation du territoire.

b. Des dispositifs de coordination limités dans leur champ d'action

429. Si l'instauration des conseils territoriaux de santé et l'élaboration de projets territoriaux de santé n'ont pas permis d'aboutir à une véritable animation des acteurs de santé, le champ de la santé mentale a néanmoins pu développer un dispositif lui étant propre en la matière. Celui-ci repose sur la formalisation d'un projet territorial de santé mentale dont l'initiative revient aux acteurs mais pour lequel l'agence régionale de santé peut également disposer d'un pouvoir de contrainte⁵⁷². Bien que fondé sur une philosophie globale similaire à l'action du conseil territorial de santé, par exemple en termes d'acteurs de santé impliqués dans son élaboration, le projet territorial de santé mentale s'avère plus prescriptif dans son contenu⁵⁷³. Ainsi, il ne se

⁵⁷¹ Sur cette articulation, voir l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « III. - (...) Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé. (...) ».

⁵⁷² Sur le projet territorial de santé mentale, voir l'**article L.3221-2 du code de la santé publique** : « I. - Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. ». Consulter également : **COUTURIER Mathias**, « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », RDSS, n°04 2016, pages 683-696. **THERON Sophie**, « Le parcours du patient en psychiatrie et santé mentale : quelles singularités ? », RDSS, n°03 2021, pages 405 à 414. **DEMAILLY Lise, AUTES Michel** (sous la direction de), « La politique de santé mentale en France - Acteurs, instruments, controverses », Armand Colin, 2012, 234 pages. **THERON Sophie**, « La santé mentale et la psychiatrie dans le projet « Ma santé 2022 » : une priorité ? », RDSS, n°01 2019, pages 46 à 54.

⁵⁷³ Voir en ce sens l'**article L.3221-2 du code de la santé publique** : « (...) III. - Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé. Il organise les conditions d'accès de la population : 1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ; 2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ; 3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale. A cet effet, il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire. Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique. (...) ».

contente pas d'être le réceptacle de l'existant mais il doit mettre en place des réponses adaptées à la prise en charge de la population. Enfin, son contenu doit ensuite être décliné de façon opérationnelle dans la mesure où ce projet territorial de santé mentale doit faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale⁵⁷⁴, alors qu'il ne s'agit que d'une possibilité pour le projet territorial de santé. De cette façon, le dispositif du projet territorial de santé mentale et sa déclinaison semblent être un vecteur opérant d'animation et de coordination des différents acteurs de santé d'un territoire, mais son périmètre spécialisé ne permet bien évidemment pas d'en faire un outil au-delà de son champ d'application actuel.

430. L'animation des acteurs de santé pourrait également s'effectuer dans un cadre territorial plus restreint et équivalent généralement à celui d'une agglomération ou d'une métropole. L'agence régionale de santé recourt dans ce cadre à l'outil du contrat local de santé afin de favoriser la déclinaison de son projet régional de santé⁵⁷⁵. Il s'agit là d'un véhicule juridique intéressant permettant de mettre en œuvre concrètement des actions de santé grâce à la connaissance du terrain par les acteurs locaux et au financement engagé par l'agence régionale de santé, voire la caisse primaire d'assurance-maladie, à travers ce contrat. Néanmoins, pour pertinent que soit cet outil, son ressort géographique s'avère limité et ne peut s'avérer opérant que pour des actions de proximité relevant exclusivement de la médecine de premier recours. C'est pourquoi, le contrat local de santé est en fait encore plus restreint dans son champ d'intervention et constitue un outil usité pour les zones rurales isolées et pour les quartiers urbains en difficulté. La seconde limite découle du fait que le contrat local de santé va déployer des actions importantes mais limitées au champ de la prévention et de la promotion en santé ou des actions favorisant l'accès aux soins, conformément aux compétences d'intervention des collectivités territoriales contractualisant avec l'agence régionale de santé. Aussi, cet outil ne peut constituer à lui seul un vecteur d'animation des acteurs de santé au sein d'un territoire.

⁵⁷⁴ Sur le contrat local de santé mentale, voir l'**article L.3221-2 du code de la santé publique** : « (...) V. - Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. (...) ». Voir aussi : **GUEZENNEC Pauline, ROELANDT Jean-Luc**, « Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015 », L'information psychiatrique, n°07 2015, pages 549 à 556.

⁵⁷⁵ Voir en ce sens l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « (...) IV. - La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social. Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent. ». Consulter aussi : **EL GHOZI Laurent**, « Les politiques municipales de santé publique », Les Tribunes de la santé, n°01 2012, pages 19 à 33. **JABOT François, LAURENT Anne**, « Les contrats locaux de santé en quête de sens », Santé Publique, n°02 2018, pages 155 à 156.

Paragraphe II : Le recours subsidiaire au groupement pour coordonner l'organisation territoriale des soins

431. Les acteurs de santé se révèlent morcelés par nature, comme cela est le cas de la médecine de premier recours ou du secteur médico-social et social, ou bien trop spécialisés dans leur approche pour pouvoir assurer le rôle de coordonnateur au sein d'un territoire. Les initiatives ayant tenté de les coordonner au sein d'un processus institutionnel ont pu s'avérer fructueuses mais sur des périmètres géographiques très restreints ou bien pour des thématiques très particulières comme la santé mentale. Finalement, la délégation territoriale de l'agence régionale de santé, qui aurait pu être un coordonnateur naturel des acteurs de santé, ne bénéficie pas des moyens et de l'expertise nécessaires pour ce faire.

432. A l'inverse, le groupement hospitalier de territoire, en soi ou son périmètre, constitue l'échelon de base de la politique de santé pour les agences régionales de santé. C'est ainsi que les groupements hospitaliers de territoire sont de fait devenus des coordonnateurs par substitution des autres acteurs de santé de leur territoire. Cette animation territoriale n'était pas prévue dans les objectifs initiaux des groupements et il peut même être considéré qu'étant donné la maturité des groupements en termes de fonctionnement interne, leur confier une telle mission de coordination est peut-être prématurée. Cependant, d'autant plus avec la crise épidémique liée à la Covid-19, les groupements hospitaliers de territoire, au sens de leur établissement support, ont dû assumer, de façon subsidiaire, ce rôle d'animateur, ce qui ne s'avère pas totalement incongru au regard de la responsabilité particulière de l'hôpital public dans le système de santé.

433. Les groupements hospitaliers de territoire sont ainsi chargés d'une nouvelle mission pertinente de coordination territoriale (A), alors que, comme cela est le cas pour les autres acteurs, force est de constater que les groupements souffrent d'écueils majeurs restant à résoudre pour exercer pleinement un tel rôle (B).

A) La coordination territoriale, une nouvelle mission pertinente des groupements

434. La coordination territoriale⁵⁷⁶ n'est pas une mission législative des groupements hospitaliers de territoire, ceux-ci visant à mutualiser des fonctions supports et à établir une offre

⁵⁷⁶ Nous considérons ici la coordination territoriale au sens de l'animation des acteurs de santé ne se limitant pas aux établissements membres du groupement hospitalier de territoire. A l'inverse, en sus de l'objectif de

de soins graduée entre établissements publics de santé dans l'objectif de la construction d'un groupe hospitalier public au sein de chaque territoire. Ainsi formulés, les objectifs même des groupements hospitaliers de territoire pourraient apparaître en contradiction complète avec une mission d'animation territoriale. Pourtant, ce rôle d'animateur territorial, à distinguer de celui de régulateur, peut s'avérer pertinent au regard de la place de l'hospitalisation publique, désormais l'acteur le plus structuré du fait de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, comparativement aux autres acteurs de santé. Ce rôle central des groupements était d'ailleurs souhaité initialement par la Fédération Hospitalière de France (a), et renforce l'émergence de fait d'un interlocuteur unique de l'hospitalisation publique (b).

a. Un rôle central souhaité initialement par la Fédération Hospitalière de France

435. Les concertations ayant précédé la réforme législative instaurant les groupements hospitaliers de territoire faisaient apparaître quelques divergences de points de vue concernant la place que ces groupements devaient occuper. Schématiquement, la Fédération Hospitalière de France voyait dans les groupements hospitaliers de territoire un outil à la main des acteurs de terrain pour bousculer les processus habituels, jugés peu souples, et ainsi réorganiser l'offre de soins. A l'inverse, les agences régionales de santé craignaient justement que les groupements hospitaliers de territoire soient investis de prérogatives trop importantes venant saper le rôle du régulateur. Dans cette optique, les groupements devaient, conformément à de précédentes formes juridiques de coopération, permettre avant tout une mutualisation des fonctions supports afin d'atteindre des objectifs d'économies fixés dans le cadre du respect de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie. De cette façon, nous pourrions dire que les agences régionales de santé étaient davantage sur une ligne d'interprétation faisant des groupements hospitaliers de territoire des groupes publics à construire sans remise en cause du rôle du régulateur. La ligne d'interprétation de la Fédération Hospitalière de France semblait beaucoup plus extensive et frontale vis-à-vis des prérogatives des agences régionales de santé.

436. Par ailleurs, la création des groupements hospitaliers de territoire s'est effectuée en même temps que le changement de paradigme concernant la définition du service public

rationalisation des modes de gestion, l'animation territoriale est bien une fonction en soi des groupements entre ses membres afin de définir une organisation graduée et sécurisée des soins.

hospitalier⁵⁷⁷. Ce dernier débat a passablement agité l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée⁵⁷⁸ ce qui a concouru à un positionnement relevant quasiment de l'animation territoriale dans les postures adoptées par la Fédération Hospitalière de France. Ce rôle transparait encore aujourd'hui à travers le projet porté par la Fédération Hospitalière de France concernant la notion de responsabilité populationnelle⁵⁷⁹ expérimentée au sein de plusieurs bassins⁵⁸⁰ avec un portage assuré par le groupement hospitalier de territoire.

b. L'émergence de fait d'un interlocuteur unique de l'hospitalisation publique

437. Au-delà de cette ambition de certains lors de la création des groupements hospitaliers de territoire, l'animation territoriale est une conséquence directe de la structuration plus avancée des établissements publics de santé par différence des autres acteurs de santé. Deux phénomènes conduisent à cette reconnaissance. Tout d'abord, le groupement hospitalier de territoire de par sa constitution représente un lieu d'échange entre les établissements publics de santé qui peuvent être en désaccord et se concerter au sein des instances du groupement, notamment du comité stratégique et de la commission médicale de groupement, mais *in fine* se doivent d'élaborer une position commune que celle-ci soit formalisée par le projet médical partagé ou

⁵⁷⁷ Consulter notamment : **APOLLIS Benoît**, « La nouvelle définition du service public hospitalier », Les Cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 29-31. **BOUSSARD Sabine**, « Les vicissitudes du service public hospitalier », RFDA, n°03 2016, pages 565-576. **BOUSSARD Sabine**, « La fabuleuse histoire du service public hospitalier », RDSS, n°04 2017, pages 607-616. **CAUMES Grégory**, « Service public hospitalier : un retour aux sources ou une notion juridique inapplicable », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 83-91. **CRISTOL Danièle**, « Les habits neufs du service public hospitalier », RDSS, n°04 2016, pages 643-657.

⁵⁷⁸ Sur la question spécifique des groupements hospitaliers de territoire, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) tend à rappeler de façon récurrente que les groupements ne peuvent pas être les seuls acteurs, au niveau hospitalier, permettant de structurer l'offre de soins d'un territoire. De façon sous-jacente, nous estimons que les positions exprimées par la FHP découlent d'une crainte que les groupements hospitaliers de territoire soient des structures permettant de capter plus facilement, et par conséquent à leur détriment, les financements publics et les autorisations sanitaires.

⁵⁷⁹ Pour la Fédération Hospitalière de France (FHF), la responsabilité populationnelle « repose sur un modèle d'intégration clinique visant le triple objectif d'une meilleure santé, une meilleure prise en charge, au meilleur coût, pour une population définie. ». Voir par exemple : **EL SAÏR Philippe**, **LEBEE-THOMAS Emilie**, **MALONE Antoine**, « Pour un système de santé français intégré », Futuribles, n°04 2022, pages 5 à 24. **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », mars 2014, 209 pages. **SENAT**, « Hôpital : sortir des urgences : rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France », mars 2022, 313 pages. **HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE-MALADIE (HCAAM)**, « Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité », septembre 2022, 127 pages.

⁵⁸⁰ Les cinq territoires expérimentateurs de la démarche de responsabilité populationnelle initiée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) sont : l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, sur les populations atteintes et à risque de diabète de type 2 et/ou d'insuffisance cardiaque.

bien un choix dans le cadre d'un sujet plus courant. Aussi, vis-à-vis des tiers au groupement, il existe une solidarité faisant que malgré les divergences éventuelles, une position a été établie et doit être appuyée par l'ensemble des membres. Le deuxième phénomène vient amplifier ce constat à travers la centralisation progressive des décisions au sein du groupement hospitalier de territoire et son assimilation grandissante à son établissement support. Ainsi, non seulement la voix de l'hospitalisation publique est accordée mais elle est incarnée par un établissement support. Qui plus est, cet interlocuteur unique, que représente l'établissement support du groupement, dispose des capacités techniques et humaines pour assumer concrètement le rôle d'animateur du territoire.

438. L'ambition et la structuration des groupements hospitaliers de territoire n'auraient en soi pas été suffisantes pour les ancrer comme animateurs territoriaux, un minimum de légitimité étant nécessaire pour ce faire. Selon nous, celle-ci découle de l'exercice pour ces établissements du service public hospitalier⁵⁸¹. Ainsi, la responsabilité du groupement hospitalier de territoire, en qualité de porteur du service public hospitalier, les nouvelles orientations des politiques de santé, fondées sur la prévention et la promotion de la santé⁵⁸², et les actions pouvant être menées par les établissements publics de santé convergent pour faire du groupement un animateur territorial doté d'une certaine légitimité pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Un tel rôle d'animation ou de coordination territoriale nous semble opportun par ailleurs pour redonner du sens à un hôpital public traversé par de nombreuses crises, et ainsi remettre en avant un service public hospitalier souvent mis à l'index.

B) Des écueils majeurs restant à résoudre

439. Bien que cette mission aurait dû revenir à un acteur étatique comme la délégation départementale de l'agence régionale de santé, les groupements hospitaliers de territoire ont été de fait positionnés en tant qu'animateurs des acteurs de santé de leur territoire. Ce choix a été effectué de façon subsidiaire et par défaut face au manque de structuration ou de moyens des autres acteurs. Mais cela découle également du rôle central retrouvé par l'hospitalisation publique au cœur du système de santé français. Cependant, comme tout choix dégradé, ce

⁵⁸¹ Sur les nouvelles obligations du service public hospitalier, se référer à **l'article L.6112-2 du code de la santé publique**.

⁵⁸² Consulter notamment : **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique », mars 2017, 52 pages. **ALLA François, CAMBON Linda**, « L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ? », Santé Publique, n°01 2018, pages 5 à 6.

positionnement des groupements hospitaliers de territoire n'est pas aisé et cette mission d'animation territoriale peut se révéler contradictoire avec les objectifs premiers des groupements, véritables groupes hospitaliers publics de territoire en construction. A tout le moins, cette mission peut apparaître prématurée au regard de la maturité encore relative des groupements. Nous verrons qu'en effet les groupements / animateurs pâtissent d'un manque de légitimité tant technique et administrative pour coordonner les autres acteurs de santé (a), que politique pour exercer un tel mandat contrairement aux collectivités territoriales (b).

a. Un manque de légitimité technique et administrative pour coordonner les autres acteurs de santé

440. La carence la plus dommageable de façon opérationnelle pour l'animation territoriale est celle du manque de légitimité technique des groupements hospitaliers de territoire. Celle-ci ne provient pas de leur capacité à animer des acteurs ou aux ressources qu'ils sont en capacité de mobiliser pour ce faire. Il s'agit davantage d'une légitimité relative à la connaissance des autres acteurs de santé, de leurs contraintes et de leurs modes d'exercice. En effet, le reproche majeur et récurrent adressé aux établissements de santé est leur hospitalo-centrisme au sens de leur difficulté à se coordonner avec les acteurs en amont ou en aval du séjour hospitalier d'un patient. Dans cette optique, l'établissement de santé se résume à un plateau technique et non pas au maillon essentiel du parcours du patient, mais ce repli sur soi peut s'expliquer de différentes manières. Tout d'abord, la complexité et les difficultés de gestion d'un établissement de santé le conduisent à se préoccuper avant tout de son bon fonctionnement quotidien. De plus, il s'agit d'une structure constituée d'une multitude de spécialistes ayant un exercice relativement segmenté, et par conséquent non organisée pour échanger avec des intervenants plus généralistes en amont ou en aval du séjour hospitalier du patient. Enfin, il est prégnant que le mode de financement de la tarification à l'activité ne constitue pas à l'heure actuelle un incitatif à la construction de parcours patient, mais valorise davantage la réalisation de l'acte technique en soi. Le groupement hospitalier de territoire et ses établissements membres apparaissent ainsi éloignés des modes de fonctionnement des autres acteurs comme les praticiens de premier recours, ayant un mode d'exercice libéral, ou le secteur médico-social et social. Sans pouvoir à ce stade remettre en cause ce constat, l'hôpital public tente de remédier à cette dérive de l'hospitalo-centrisme pour devenir un véritable coordonnateur des parcours patients avec des projets concernant le système d'information et offrant des outils facilitant la

communication entre les services hospitaliers et les autres acteurs de santé, par exemple avec la généralisation de la messagerie sécurisée en santé⁵⁸³ ou la mise en place de la lettre de liaison devant être remise au patient lors de sa sortie d'hospitalisation⁵⁸⁴. Des dispositifs visent également à faire se coordonner les établissements de santé et les acteurs de premier recours notamment pour faciliter les retours à domicile et ainsi réduire les durées moyennes du séjour hospitalier. De même, les plateformes SAMU s'ouvrent encore davantage avec la mise en place du service d'accès aux soins⁵⁸⁵ regroupant les acteurs libéraux au sein de cette plateforme pour faciliter le bon adressage des patients requérant des soins non programmés.

441. La carence de légitimité technique des groupements hospitaliers de territoire en matière d'animation territoriale est un manque encore prégnant mais ayant vocation à se réduire au regard de l'évolution des politiques de santé articulées autour des parcours patients. Cependant, les groupements doivent faire face plus fondamentalement à un problème de légitimité administrative, au sens d'entité investie de prérogatives de puissance publique. Les groupements hospitaliers de territoire, en tant que regroupement d'établissements publics de santé, constituent un démembrement de l'Etat malgré leur autonomie de gestion⁵⁸⁶, mais ils interviennent dans un domaine hospitalier où d'autres acteurs de statuts juridiques différents peuvent également exercer en l'absence de tout monopole. De plus, les groupements hospitaliers de territoire ne disposent d'aucun pouvoir hiérarchique ou de contrainte à l'égard des autres acteurs de santé, ainsi même dans leur position de fait d'animateurs territoriaux, les groupements ne sont pas des régulateurs de l'offre de soins, ne financent pas les actions

⁵⁸³ Bien que n'étant pas une obligation légale, la messagerie sécurisée en santé constitue la modalité privilégiée d'échange de données médicales au sein d'une équipe de soins n'exerçant pas au sein du même établissement mais participant à la prise en charge d'un même patient, par exemple entre un médecin traitant et les équipes spécialisées d'un hôpital. Les pouvoirs publics incitent par conséquent à son déploiement, notamment à travers **l'arrêté du 9 septembre 2022** relatif à un programme de financement destiné à encourager la modernisation des services de messagerie sécurisée de santé. Consulter aussi : **EON Florence**, « L'accélération du numérique : enjeux et conditions de son succès », RDSS, n°01 2019, pages 55 à 63. **JACQUET Marie-Anne**, « Le virage numérique à l'hôpital : un processus de transformation globale », Gestion & Finances Publiques, n°01 2019, pages 37 à 43.

⁵⁸⁴ Les échanges entre un médecin de premier recours adressant un patient à l'hôpital et les équipes spécialisées de celui-ci doivent faire l'objet d'un formalisme particulier à travers des lettres de liaison constituant une obligation comme prévu par le **décret n°2016-995 du 20 juillet 2016** relatif aux lettres de liaison. Voir également : **DEBIES Elise**, « L'ouverture et la réutilisation des données de santé : panorama et enjeux », RDSS, n°04 2016, pages 696 à 708. **CLANET Romain, BANSARD Mathieu, HUMBERT Xavier, MARIE Véronique, RAGINEL Thibaut**, « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », Santé Publique, n°05 2015, pages 701 à 711.

⁵⁸⁵ Voir à ce sujet : **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, « Pacte de refondation des urgences », septembre 2019, 20 pages et particulièrement sa mesure n°1 relative au service d'accès aux soins (SAS).

⁵⁸⁶ Sur le statut juridique des établissements publics de santé, se référer à **l'article L. 6141-1 du code de la santé publique**. Voir aussi : **KELLER Catherine, MOQUET ANGER Marie-Laure, VILLENEUVE Pierre**, « Le droit hospitalier », Presses de l'EHESP, 2021, 204 pages. **LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand, TABUTEAU Didier**, « Droit de la santé », Presses Universitaires de France, 2012, 768 pages.

entreprises ou n'octroient pas d'autorisations d'exercice. A l'inverse, les agences régionales de santé sont titulaires de telles prérogatives de puissance publique et celles-ci restent l'autorité administrative compétente pour contrôler l'action des groupements hospitaliers de territoire et en évaluer les directions d'établissements. Un tel lien hiérarchique entre les agences régionales de santé et les groupements hospitaliers de territoire pourraient solutionner ce problème de manque de légitimité administrative mais il n'est pas envisageable de considérer les groupements hospitaliers de territoire comme les délégués des agences régionales de santé pour coordonner les acteurs de santé d'un territoire dans la mesure où les agences régionales de santé doivent par ailleurs prendre des décisions impliquant ces mêmes groupements dans une concurrence de fait avec des acteurs de l'hospitalisation privée par exemple pour l'octroi de certaines autorisations sanitaires ou le recours à certains financements exceptionnels.

b. Une absence de légitimité politique contrairement aux collectivités territoriales

442. Cette carence de légitimité administrative conduit à un troisième phénomène qui est celui de l'absence de légitimité politique des groupements hospitaliers de territoire à l'inverse des collectivités territoriales et de leurs élus. Les établissements de santé peuvent bénéficier à leur égard d'une légitimité scientifique que les élus locaux peuvent solliciter pour l'élaboration ou le soutien de certains programmes initiés par leurs collectivités. Malgré tout, les élus locaux ne sauraient laisser la prédominance de l'animation des acteurs de santé d'un territoire aux groupements hospitaliers de territoire. Il peut s'agir tout d'abord d'une explication réactionnelle découlant du fait que les élus locaux se sentent dépossédés de leur capacité de décision ou d'influence dans la conduite de la gestion des établissements publics de santé ou des groupements hospitaliers de territoire, alors même que ceux-ci représentent des structures déterminantes pour l'aménagement du territoire. Ensuite, les élus locaux bénéficient de l'onction électorale et de leur connaissance profonde de leur territoire et de la population d'un bassin de vie. Ils peuvent considérer ainsi qu'ils sont par conséquent les mieux placés pour comprendre les besoins de la population et tenter de structurer les actions adéquates pour y parvenir⁵⁸⁷. Les groupements hospitaliers de territoire pourraient s'opposer à un tel

⁵⁸⁷ Cette position s'est par ailleurs affirmée à l'occasion de la gestion de la crise liée à l'épidémie de Covid-19. Voir en ce sens : **LEVOYER Loïc**, « Le département a-t-il les moyens financiers d'être un acteur de la gestion d'une crise sanitaire ? », RDSS, n°03 2022, pages 451 à 459. Et de façon plus globale : **PONTIER Jean-Marie**, « La santé, entre centralisation et décentralisation », RDSS, n°04 2019, pages 669 à 679. **RENAUDIE Olivier**, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », RFAP, n°04 2020, pages 901 à 912.

raisonnement si les politiques de santé se limitaient aux questions hospitalières, qui plus est avec les démarches d'expérience patient grandissantes dans les structures hospitalières et démontrant leur volonté de bénéficier d'un regard extérieur et de l'avis des usagers, mais l'animation des acteurs de santé d'un territoire suppose aussi de pouvoir aborder des sujets tels que la prévention, la répartition des acteurs au sein d'une agglomération ou le lien avec d'autres politiques publiques comme celle de l'habitat.

443. Force est de constater qu'en la matière les groupements hospitaliers de territoire ne disposeront jamais de la légitimité nécessaire. Aussi, il apparaît nécessaire que la coordination territoriale soit fondée sur un mandat clair visant à mettre en œuvre des objectifs fixés par le régulateur, ce dernier devant associer encore davantage les acteurs majeurs que sont les collectivités territoriales dans la détermination de ces objectifs.

Conclusion de chapitre

445. La pratique actuelle conduit le groupement hospitalier de territoire à être un acteur privilégié au sein de son périmètre d'intervention. Ce territoire est ainsi devenu en quelques années un nouvel échelon légitime d'analyse et de mise en œuvre des politiques de santé, notamment pour la détermination des objectifs quantifiés de l'offre de soins⁵⁸⁸, levier d'action stratégique pour le régulateur. Le groupement est surtout un acteur naturel dans la pratiques des différents acteurs, tant externes qu'internes au groupement, et particulièrement avec un recours accru à l'expertise de l'établissement support dans un nombre croissant de matières.

446. Ce nouveau mode de fonctionnement conduit le groupement hospitalier de territoire à être mandaté pour assurer une fonction de coordonnateur du territoire⁵⁸⁹, par carence des autres opérateurs et spécialement de capacités opérationnelles des délégations départementales de l'agence régionale de santé. Néanmoins, ce rôle de coordonnateur n'est pas sans interroger au regard de la finalité intégrative des groupements hospitaliers de territoire. Au-delà de ce questionnement, force est de constater que les groupements ne bénéficient pas des outils et de la légitimité⁵⁹⁰ pour assumer actuellement un tel rôle subsidiaire.

⁵⁸⁸ Ce constat est d'ailleurs accentué par : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment page 87 : « (...) *Recommandation n°10 : Articuler l'action des ARS en matière d'autorisation d'activité et d'équipements avec les projets d'organisation portés dans les PMSP et développer la contractualisation des ARS avec les GHT. (...)* ».

⁵⁸⁹ Fonction rendue indispensable par l'émiettement des acteurs de santé mais surtout la chronicisation des pathologies conduisant les opérateurs à devoir se structurer selon le parcours du patient. Voir pour illustration : **BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie**, « Coordination et parcours - La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », Dunod, 2014, 336 pages.

⁵⁹⁰ Cette carence de légitimité est notamment pointée à l'aune de l'émergence du fait métropolitain et des compétences dévolues ou souhaitées par les métropoles. Voir ainsi : **HONTA Marina, BASSON Jean-Charles**, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé - L'épreuve de la légitimation politique », Gouvernement et action publique, n°02 2017, pages 63 à 82.

CONCLUSION DE TITRE

447. L'émergence d'une stratégie de groupe public remplaçant les stratégies isolationnistes, voire antagonistes, des établissements publics de santé entre eux était un des fondements de la mise en place obligatoire des groupements hospitaliers de territoire. L'élaboration de cette stratégie de groupe public globale et intégrative aboutit à un véritable effet cliquet dans la coopération entre les membres, ne permettant pas de s'abandonner au renoncement d'une telle dynamique territoriale. Les différentes composantes du groupement hospitalier de territoire sont ainsi soumises à un alignement stratégique conforté par la généralisation des groupements et le caractère centripète de la prise de décision autour de l'établissement support, se dotant à cet effet d'une technostructure spécialisée pour prendre en charge son rôle territorial. Ce mouvement peut même être accompagné par des décisions structurelles telles que des directions communes ou des fusions entre les établissements considérés⁵⁹¹. Mais cet alignement est surtout la résultante d'une interdépendance désormais acquise entre les établissements membres, tant en matière d'organisation des soins que de fonctions administratives, toutes deux ayant une construction de plus en plus territoriale dans leur conception. Preuve du basculement produit par le groupement hospitalier de territoire, les politiques de santé se conçoivent maintenant à l'aune de son périmètre géographique et sous sa coordination, malgré le fait que celle-ci puisse être questionnée en termes de légitimité. Nous en déduisons que la conjonction de cet effet cliquet d'une part et d'un constat de groupements au « milieu du gué » d'autre part, doit conduire à faire des groupements hospitaliers de territoire une étape vers la création d'un hôpital territorial doté de règles spécifiques lui permettant de remplir son objectif de gradation des soins sur un territoire⁵⁹².

⁵⁹¹ Se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et spécifiquement page 81 : « (...) *Recommandation n°3 : Engager les directeurs généraux d'ARS à user des moyens dont ils disposent pour encourager les directions communes d'établissements parties au sein d'un GHT. Sur la base d'un inventaire conjoint des fusions possibles par les ARS et les GHT, définir par région une liste des établissements concernés et un calendrier de mise en œuvre. (...)* ».

⁵⁹² Voir en ce sens : **PRIBILE Pierre, NABET Norbert**, « Rapport final – Repenser l'organisation territoriale des soins », septembre 2018, 22 pages et particulièrement page 18 : « *Afin d'approfondir la logique de groupe, il est proposé de transformer progressivement les GHT et les établissements qui les composent en établissements publics de santé de territoire. Cet établissement bénéficie d'une gouvernance médicale et administrative unifiée, d'une solidarité financière de fait et d'une intégration des fonctions supports. Ce sont trois éléments qui se révèlent à ce jour nécessaires pour garantir la mise en œuvre opérationnelle de projets médico-soignants transformant par des communautés médicales et soignantes réellement rassemblées. (...)* ».

TITRE II : Les groupements hospitaliers de territoire, une étape vers la création d'un établissement public de santé territorial

448. Les groupements hospitaliers de territoire sont désormais profondément ancrés dans les pratiques et une remise en cause des groupements ne paraît pas d'actualité⁵⁹³. Néanmoins, les groupements hospitaliers de territoire sont encore marqués par de nombreuses carences⁵⁹⁴. Malgré plusieurs consolidations intervenues au gré des évolutions législatives et réglementaires⁵⁹⁵, les groupements hospitaliers de territoire sont donc au « milieu du gué »⁵⁹⁶ et ont un « bilan en demi-teinte »⁵⁹⁷. Nous considérons que pour dépasser les limites structurelles des groupements hospitaliers de territoire, il conviendrait, non pas de renoncer à toute action, mais au contraire de consolider leur nature intégrative en les faisant évoluer vers un établissement public de santé territorial, que nous qualifierons d'hôpital territorial.

449. Un tel changement nécessiterait de revoir profondément la gouvernance d'une telle entité et de définir les relations entre cette personnalité morale unique et les différents sites hospitaliers du territoire. Ses objectifs devraient également être précisés, y compris dans leur dimension de responsabilité populationnelle en lien avec les autres acteurs de santé du territoire. Néanmoins, un nouveau cadre juridique en tant qu'établissement public de santé territorial ne saurait résoudre à lui seul tous les enjeux du système hospitalier et devrait s'accompagner d'une réforme d'ampleur de celui-ci.

450. Nous aborderons premièrement l'hôpital territorial, sa structuration institutionnelle et ses missions en faisant le pilote de son territoire (chapitre I), avant de voir en quoi cette évolution doit s'accompagner de réformes complémentaires du système hospitalier afin d'être vraiment opérante (chapitre II).

⁵⁹³ Au contraire, un nouvel approfondissement des groupements hospitaliers de territoire est prévu à travers des dispositions de la proposition de loi, présentée par le député Frédéric VALLETOUX, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Ainsi, cette proposition de loi prévoit d'accorder un droit d'option aux groupements les plus intégrés afin de leur permettre d'acquérir la personnalité morale.

⁵⁹⁴ Voir en ce sens : **KELLER Catherine**, « L'an II du groupement hospitalier de territoire : un processus intégratif confirmé, une légitimité faiblement renforcée », *Revue générale de droit médical*, n° 72 2019, pages 51 à 64.

⁵⁹⁵ Consulter par exemple : **MAZZUCOTELLI Manon**, « Un pas de plus dans la coopération imposée des groupements hospitaliers de territoire », *Revue Droit et Santé*, n°102 2022, pages 600 à 601.

⁵⁹⁶ Voir **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages.

⁵⁹⁷ Consulter **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages. Se référer également à : **POUILLAUDE Hugo-Bernard**, « Les GHT dans les rapports d'octobre de la Cour des comptes : les feuilles mortes », *Finances hospitalières*, n°151 2020, pages 28 à 30.

Chapitre I : Un hôpital territorial, pilote de son territoire

451. Pour être pleinement investi du pilotage d'un groupe hospitalier public, le groupement hospitalier de territoire doit voir sa nature intégrative reconnue alors que celle-ci transparaît déjà actuellement à travers une centralisation progressive de la décision et une confusion croissante entre le groupement et son établissement support. Afin de dépasser les limites inhérentes au choix initial du recours à un outil de type conventionnel⁵⁹⁸, il apparaît nécessaire de structurer cet objectif d'intégration dans un cadre juridique clair et fondé sur un établissement public de santé territorial⁵⁹⁹ doté de la personnalité morale unique en lieu et place des établissements membres des groupements hospitaliers de territoire. Il convient néanmoins de prendre en compte les critiques légitimes ainsi que les risques de fonctionnement liés à une démarche de massification des structures.

452. Contrairement à la tendance actuelle du fonctionnement interne des groupements, une telle évolution peut ne pas reposer sur une centralisation univoque de la décision. Il est en ce sens indispensable de concilier une efficacité et une uniformité de la stratégie de l'hôpital territorial, tout en ne tombant pas dans les excès d'une massification excessive et d'une absence de proximité⁶⁰⁰. Ce nouveau schéma juridique doit ainsi permettre, de façon régulée, de reconnaître la nécessité d'une subsidiarité et d'une différenciation au sein même de l'hôpital territorial. La création d'un établissement public de santé territorial ne saurait de la sorte être l'émergence d'assistances publiques départementales qui elles-mêmes sont en pleine évolution interne pour contrebalancer les effets de leur gigantisme⁶⁰¹. Ce nouveau mode de fonctionnement nécessiterait l'activation obligatoire des droits d'option actuels afin de

⁵⁹⁸ Il est à noter que l'octroi de la personnalité juridique à certains groupements hospitaliers de territoire, sur la base d'un droit d'option ouvert par la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, conduirait d'une part à prévoir des groupements relevant désormais de la coopération institutionnelle et non plus conventionnelle, et d'autre part à avoir un instrument de coopération disposant de deux modalités juridiques fondamentalement différentes.

⁵⁹⁹ Pour plusieurs autres hypothèses de « fictions juridiques » de recomposition des établissements de santé au sein d'un territoire, consulter le travail très complet de : **KELLER Catherine**, « L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages. Notre proposition d'hôpital territorial se fonde dans la même veine de massification des structures portée par la suggestion d'un Ensemble Hospitalier de Territoire (EHT), au sens d'une méta-organisation, mais avec un prisme plus intégratif dans nos propos et fondé sur la seule évolution du groupement hospitalier de territoire dans une optique de groupe public, et non pas de l'ensemble des acteurs d'un territoire dans un objectif plus large.

⁶⁰⁰ A ce sujet, consulter par exemple : **CORMIER Maxence, APOLLIS Benoît**, « Réflexions sur les causes et les effets de la concentration du secteur hospitalier français », Revue générale de droit médical, n° 73 2019, pages 51 à 70.

⁶⁰¹ Voir notamment en ce sens : **HIRSCH Martin**, « L'AP-HP demain : normalisation ou exception ? », RDSS, n°6 2016, pages 1071-1076.

construire une nouvelle gouvernance et des organisations plus intégrées. Une telle démarche ne doit par contre pas conduire l'hôpital territorial à se refermer sur lui-même et à exacerber encore davantage les dérives d'un certain hospitalo-centrisme.

453. Ce nouvel ordonnancement juridique fondé sur un établissement public de santé territorial supposerait de clarifier ses missions devant prioritairement être la mise en place d'un groupe hospitalier public⁶⁰², nécessitant une configuration différente et stabilisée de sa composition, mais pouvant également s'ouvrir à d'autres missions comme celle de la coordination territoriale, non pas en tant que supplétif du régulateur mais comme une ouverture de soi, à l'opposé d'un hospitalo-centrisme supposé, à travers la responsabilité populationnelle dont il serait investi⁶⁰³.

454. Nous détaillerons tout d'abord le fonctionnement proposé d'un hôpital territorial devant assumer pleinement son objectif d'intégration (section I), puis nous expliciterons les missions préconisées d'un hôpital territorial doté d'une responsabilité élargie (section II).

Section I : Un hôpital territorial assumant pleinement son objectif d'intégration

455. La transformation des groupements hospitaliers de territoire en hôpitaux territoriaux viserait à résoudre les difficultés de fonctionnement interne actuellement rencontrées par les groupements et à leur donner les moyens d'action pour atteindre pleinement leurs objectifs dans le cadre de la création d'un groupe public. Cette évolution passerait par la reconnaissance du caractère intégratif des groupements hospitaliers de territoire avec l'accélération du mouvement observé de création d'un hôpital territorial à travers les fusions progressives des établissements membres d'un même groupement⁶⁰⁴. Cette nouvelle structuration serait conforme aux

⁶⁰² Nous proposons de conclure en ce sens le débat existant entre une finalité de création d'un groupe public hospitalier ou une finalité de création d'un groupement de santé territorial regroupant plus largement les acteurs du territoire, et nous paraissant peu opérante au regard des natures juridiques et des stratégies concurrentes des acteurs entre eux, et ne pouvant conduire qu'à des formes de coopération partielle sans devoir remettre en cause la démarche parallèle d'intégration des établissements publics de santé. Il est cependant à noter les propositions pouvant émerger concernant la création de tels groupements de santé territoriaux regroupant l'ensemble des acteurs mais dans une optique de concurrence vis-à-vis des compétences de régulation des délégations départementales de l'agence régionale de santé. Voir à ce sujet : **PASCAL Christophe, CAPGRAS Jean-Baptiste, VERAN Lucile, GARCIA Eric**, « Vers une approche intégrée de la production de soins : des groupements hospitaliers de territoire aux groupements territoriaux de santé » in Innovations & management des structures de santé en France : accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire, LEH Edition, 2021, pages 183 à 198.

⁶⁰³ Sur ce thème, voir pour illustration : **VIGNERON Emmanuel**, « Groupements hospitaliers de territoire : l'ouverture à la médecine de ville », Gestions hospitalières, n° 571 2017, pages 609 à 611.

⁶⁰⁴ Voir en ce sens : **GALLET Bruno**, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », Gestions hospitalières, n° 576 2018, pages 305 à 307.

orientations et recompositions actuellement constatées dans le domaine hospitalier, et pourrait par ailleurs s'établir sans renoncer à une subsidiarité de l'action, voire même à une forme de différenciation si le ressort géographique de l'hôpital territorial le rend nécessaire. Au-delà de la nature juridique de cet hôpital territorial, son fonctionnement devrait être revu au regard des difficultés pouvant être rencontrées par les groupements hospitaliers de territoire. Les fonctions supports auraient ainsi vocation à être mutualisées voire centralisées, tandis que l'organisation médicale devrait concilier proximité et territorialité obligatoire. Nous verrons les mécanismes de gestion proposés afin que ce mouvement ne soit pas un renforcement, mais au contraire une solution, aux critiques formulées par certains établissements membres à l'encontre de l'organisation actuelle des fonctions mutualisées. Cette ambition passerait nécessairement par une refonte de la gouvernance médico-administrative de ce futur hôpital territorial afin que toutes les parties prenantes puissent s'investir dans son émergence.

456. Nous verrons en premier lieu que l'intégration générée par la création de l'hôpital territorial suppose la recherche de la différenciation et de la subsidiarité (paragraphe I), mais que cet objectif d'intégration nécessite aussi un cadre institutionnel simplifié (paragraphe II).

Paragraphe I : Une intégration supposant la recherche de la différenciation et de la subsidiarité

457. L'intégration progressive recherchée par les groupements hospitaliers de territoire et devant selon nous aboutir à la création d'un établissement public de santé territorial répond à une tendance de fond de recomposition des activités hospitalières. La spécialisation des équipes médicales, la démographie médicale en tension ou encore le coût des équipements biomédicaux conduisent à une massification des organisations, une telle démarche étant particulièrement observée pour les activités de recours portées par les centres hospitaliers universitaires. Il est vrai que l'on pourrait considérer qu'une telle évolution s'avère rationnelle du fait de ressources rares et d'une recherche de sécurité des soins, notamment à travers l'instauration de seuils minimaux d'activité, mais également objecter qu'une telle vision ne saurait être généralisée au regard des enjeux politiques, à l'image des nombreux comités locaux de défense des hôpitaux, et surtout de l'indispensable proximité de certaines prises en charge ; la notion de gradation des soins tentant alors de concilier ces deux approches. Aussi, si l'établissement public de santé territorial poursuit cette tendance de fond, son fonctionnement nécessitera d'une part une différenciation afin de tenir compte des spécificités de chaque territoire, et surtout une

subsidiarité interne avec ses différents sites hospitaliers. Cet équilibre apparaît indispensable afin de concilier un impératif de massification dans le cadre d'une stratégie de groupe public, et une indispensable proximité⁶⁰⁵ avec les unités de soins redevenant l'échelon de référence de l'organisation des soins.

458. Nous détaillerons par conséquent la stratégie nationale accentuant les rapprochements et la massification (A), avant d'en conclure à la nécessaire transformation du statut de l'établissement public de santé (B).

A) Une stratégie nationale accentuant les rapprochements et la massification

459. Une intégration des structures hospitalières publiques au sein d'un établissement public de santé territorial, doté de la personnalité morale unique, peut paraître incongru dans le sens où les politiques hospitalières des dernières décennies ont privilégié le recours à des modes de coopération, et non d'intégration, entre les établissements, publics ou privés, de santé, y compris

⁶⁰⁵ Il est à noter l'attention particulière, et légitime, portée à la question de la proximité dans l'évolution potentielle des groupements hospitaliers de territoire, quel que soit l'évolution préconisée en l'occurrence. Voir en ce sens dans une optique d'intégration : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et spécialement pages 119-120 : « (...) Pour les hôpitaux de proximité de statut public rattachés à des GHT de grande taille, les modalités de gouvernance pourraient être adaptées afin de prendre en compte la question de la proximité, c'est-à-dire le fonctionnement avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les élus et les usagers. Aujourd'hui, un nombre important d'hôpitaux de proximité sont membres de GHT et placés sous une direction commune avec l'établissement support. Cette situation a pour avantage d'apporter de la cohérence entre la ligne stratégique portée par le PMP et sa déclinaison opérationnelle dans les établissements parties. Cependant, ce type de gouvernance peut se traduire par un éloignement important du centre de décision pour les professionnels libéraux, les agents hospitaliers et les élus. Un mode de gouvernance spécifique pourrait ainsi être prévu pour associer les acteurs à des prises de décisions au plus près des patients. À titre d'illustration, une plus forte participation des praticiens libéraux aux décisions directement en lien avec le parcours des patients pourrait être recherchée. Par ailleurs, l'installation systématique de directeurs d'hôpital délégués dans les hôpitaux de proximité, placés sous l'autorité du directeur du GHT mais investis par les textes de compétences spécifiques, permettrait de faire le lien entre les GHT et les acteurs locaux sans pour autant créer de dissonances avec la stratégie conduite par le groupement. Cette stratégie devrait être étendue à l'ensemble des établissements parties aux GHT, du fait des missions exercées au titre des activités de soins de proximité réalisées par l'ensemble des établissements de santé. (...) ». Mais également dans une optique rejetant l'évolution vers une personnalité morale unique, consulter : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et particulièrement page 72 : « (...) Perçus par de nombreux acteurs de terrain comme une entreprise de centralisation à rebours des enjeux de proximité, les GHT doivent aujourd'hui apporter la preuve qu'ils sont au contraire au service de la proximité. (...) Or, c'est à l'échelon de proximité, celui du bassin de vie, que les coopérations les plus structurantes pour l'accès aux soins des populations ont vocation à se nouer. (...) ». Voir aussi : **CARPO Youen**, « Quelle place pour les petits hôpitaux et hôpitaux de proximité ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 69-75.

par le recours à un tiers juridique⁶⁰⁶, alors que l’outil de la fusion a au contraire été utilisé avec maintes précautions⁶⁰⁷. Les groupements hospitaliers de territoire, de par leur nature intégrative et leur fonctionnement, ont constitué un changement majeur de paradigme et la création d’un établissement public de santé territorial conduirait à assumer cette évolution. Cependant, celui-ci pourrait s’avérer iconoclaste à l’heure où la proximité des soins est mise en exergue, la création d’un hôpital territorial pouvant faire naître des craintes légitimes liées à la lenteur de la prise de décision ou encore au risque d’une centralisation de l’offre de soins dans la ville centre de cet ensemble. Pourtant, force est de constater que la massification des organisations hospitalières représente bien une tendance de fond, notamment pour les activités de référence et de recours, dont le volume d’activité nécessite le regroupement dans une optique de sécurité des soins, mais que les recompositions ainsi effectuées cherchent toutes à trouver un équilibre avec l’exercice de la proximité. Nous aborderons en ce sens l’agencement nouveau des fonctions hospitalo-universitaires et de recours (a), avant d’analyser le modèle en recomposition des assistances publiques (b).

a. L’agencement nouveau des fonctions hospitalo-universitaires et de recours

460. Ce nouvel agencement passe nécessairement par une réflexion portant sur la place des centres hospitaliers universitaires français devant assurer une triple mission de soins,

⁶⁰⁶ Comme cela est encore récemment le cas avec la proposition de loi visant à améliorer l’accès aux soins par l’engagement territorial des professionnels prévoyant un droit d’option permettant d’octroyer la personnalité morale aux groupements hospitaliers de territoire les plus intégrés, ainsi que la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France et instaurant l’obligation d’appartenance pour les EHPAD publics, et d’autres structures médico-sociales, à un groupement territorial social et médico-social (GTSMS) selon un modèle proche des groupements hospitaliers de territoire dans son fondement.

⁶⁰⁷ Une inflexion de cette utilisation réduite des fusions est cependant observée depuis la création des groupements hospitaliers de territoire et aboutit, de façon de plus en plus fréquente, à l’émergence d’un seul hôpital fusionné. Voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et particulièrement page 118 : « (...) L’émergence d’une personne morale unique au sein des GHT, intégrant l’ensemble des contraintes de proximité, de référence et de recours, constitue une mesure de simplification et de lisibilité qui est d’ores et déjà apparue nécessaire dans un certain nombre de territoires : le GHT Nord-Ardenne, le GHT Haute-Saône, le GHT Sud-Bretagne, le GHT 77 Nord, le GHT Nord-Essonne et le GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences ont en effet connu au cours des derniers mois une fusion juridique complète de leurs établissements sanitaires. D’autres projets sont en cours (le GHT Rance-Émeraude et le GHT de la Vienne fusionneront l’ensemble de leurs établissements MCO le 1er janvier 2021). Ces fusions sont des processus longs et complexes. Ils s’appuient systématiquement sur une phase préalable de direction commune. 32 GHT sont en mesure dans les années à venir de connaître le même processus dans le cadre des directions communes d’ores et déjà installées pour l’ensemble des établissements MCO du GHT. (...) ».

d'enseignement et de recherche. Les enjeux sont majeurs pour ces établissements d'excellence⁶⁰⁸ devant concilier une activité de recours et des soins de proximité tout en faisant face à des contraintes financières limitant leur capacité d'investissement dans l'innovation thérapeutique. Dans le même temps, les centres hospitaliers universitaires doivent s'insérer dans une compétition désormais mondiale en matière de recherche médicale alors qu'il apparaît compliqué pour la plupart d'entre eux d'atteindre l'excellence requise dans l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. Aussi, la Cour des comptes a pu préconiser la constitution d'une dizaine de réseaux hospitalo-universitaires à dimension internationale, y compris pour prendre acte des autres recompositions liées à la fusion des régions⁶⁰⁹ ou aux regroupements universitaires intervenus dans le cadre des initiatives d'excellence⁶¹⁰. Ces réseaux hospitalo-universitaires pourraient être soit de type fédératif, selon le modèle du GCS HUGO⁶¹¹, ou bien de type plus intégratif selon l'expérience du GCS HOURAA⁶¹². L'objectif de tels réseaux hospitalo-universitaires est de répartir les activités, tant de soins de recours que de recherche,

⁶⁰⁸ Voir : **COUR DES COMPTES**, « Le rôle des CHU dans l'offre de soins - Exercices 2011 à 2017 », novembre 2018, 201 pages. **VALLET Benoît**, « CHU : les faire travailler en réseau ? », Les Tribunes de la santé, n°63 2020, pages 43-50. **VIGNERON Emmanuel**, « CHU et nouvelles régions... pour ne pas abîmer l'avenir », Gestions hospitalières, n°541, décembre 2014 pages 591-596.

⁶⁰⁹ Les réseaux de CHU visent de façon incidente à être en cohérence avec la réforme de la **loi n°2015-29 du 16 janvier 2015** relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, alors qu'il existe désormais de nombreuses régions dotées de plusieurs CHU comme la région Auvergne-Rhône-Alpes en comprenant quatre (Lyon, Grenoble, Saint-Etienne, Clermont-Ferrand), et la région Grand-Est (Strasbourg, Nancy, Reims et le CHR de Metz-Thionville), alors que la région Nouvelle-Aquitaine en comptabilise trois (Bordeaux, Poitiers, Limoges) tout comme la région Occitanie (Toulouse, Montpellier, Nîmes) et qu'il ne reste, en France métropolitaine, que la région Ile-de-France qui ne relève que d'un seul CHU (en l'occurrence le plus important d'Europe, à savoir l'Assistance-Publique Hôpitaux-de-Paris).

⁶¹⁰ Consulter la **convention du 23 septembre 2010 entre l'Etat et l'ANR** relative au programme d'investissements d'avenir (action « initiatives d'excellence »). Ce programme a notamment conduit à la création des universités fusionnées d'Aix-Marseille, Paris-Saclay, Bordeaux, Paris-Sciences et lettres, Paris Cité, Sorbonne Université, Strasbourg, Grenoble-Alpes, Côté d'Azur, mais n'a pas abouti pour les projets de Lyon et Toulouse. Voir également sur ce thème : **HAUT CONSEIL DE L'ÉVALUATION DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR**, « Dessine-moi une université : les processus de fusion universitaire », transcription du 15^{ème} séminaire SciScl, 1^{er} juin 2015, 26 pages. **INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE**, « La mise en place des pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) », septembre 2007, 45 pages. **INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE**, « Pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) et reconfiguration des sites universitaires », mars 2010, 112 pages. **INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE**, « Simplification des instruments de coordination territoriale et articulation avec les initiatives d'excellence », octobre 2016, 23 pages. **INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE**, « Petites et moyennes universités », octobre 2016, 120 pages. **COTTEREAU Gilles**, « Les nouvelles formes de coopération entre établissements d'enseignement supérieur et de recherche », AJDA, n°6 2010, pages 307-315.

⁶¹¹ Le « GCS HUGO » (hôpitaux universitaires du Grand Ouest) inclut les CHU d'Angers, de Brest, de Nantes, de Rennes et de Tours, ainsi que le CHR d'Orléans, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO), et les CH de La Roche-sur-Yon et du Mans.

⁶¹² Le « GCS HOURAA » (hôpitaux universitaires Rhône-Alpes Auvergne) comprend les Hospices Civils et Lyon et les CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble et Saint-Etienne.

entre les différents sites hospitalo-universitaires afin de dégager des axes d'excellence et ainsi éviter une redondance, voire une concurrence, entre les différents centres hospitaliers universitaires sur certaines thématiques. Bien évidemment, il convient de dissocier la mission d'enseignement d'une telle démarche, celle-ci nécessitant une proximité évidente, le lieu de formation étant un critère d'ancrage majeur des jeunes praticiens sur un territoire.

461. La massification et la spécialisation observées dans la constitution progressive des réseaux hospitalo-universitaires peut également se retrouver au niveau moins macroscopique du diagnostic et du traitement des maladies rares. Du fait de la spécificité de ces prises en charge et de l'errance diagnostique liée à ces pathologies, les pouvoirs publics ont souhaité mettre en place une organisation particulière fondée sur un plan national dédié aux maladies rares⁶¹³ et une structuration très précise basée sur des centres de référence inter-régionaux ou nationaux disposant de relais de proximité à travers des centres de compétences, l'ensemble des centres d'une même discipline étant par ailleurs regroupés dans le cadre d'une filière maladies rares, pouvant elle-même s'insérer dans une dimension européenne. Il existe ainsi une structuration graduée⁶¹⁴ de la prise en charge et une recherche de massification des compétences dans certains établissements, essentiellement les centres hospitaliers universitaires.

b. Le modèle en recomposition des assistances publiques

462. Cette tendance de fond de la massification des organisations hospitalières n'est en soi pas nouvelle avec l'existence de grands ensembles hospitaliers au sein des principales métropoles. Mais face aux critiques liées à leur taille, il peut être observé une réorganisation interne intervenant ces dernières années dans les plus grands centres hospitaliers universitaires, et tout particulièrement au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Comme les établissements de Lyon et de Marseille, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris bénéficie

⁶¹³ Les plans nationaux maladies rares ont couvert successivement les périodes suivantes : 2005-2008, 2011-2016 et 2018-2022, un quatrième plan maladies rares étant annoncé pour 2024. Voir également : **AYME Ségolène**, « Histoire des politiques de lutte contre les maladies rares », Les Tribunes de la santé, n°04 2019, pages 23 à 34. **DUGUET Christophe**, « Maladies rares, des défis pour le système de santé », Les Tribunes de la santé, n°04 2019, pages 97 à 106.

⁶¹⁴ Au terme du plan national maladies rares 2018-2022, il existe actuellement 23 filières de santé s'appuyant sur 387 centres de référence et 1 800 centres de compétences. En ce sens, consulter : **LAPOINTE Anne-Sophie**, **ESCALON Sylvie**, « Les nouvelles formes d'organisation hospitalière pour les maladies rares », Les Tribunes de la santé, n°04 2019, pages 71 à 78.

d'un statut juridique particulier⁶¹⁵ du fait de sa taille et afin de faciliter son fonctionnement interne, cet établissement peut regrouper certains sites hospitaliers⁶¹⁶ pour les doter d'une gouvernance locale spécifique⁶¹⁷. Ainsi, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris comprend à l'heure actuelle 39 sites hospitaliers, rendant impossible une gestion centrale d'un tel ensemble tout en perdant en cohérence générale en cas de gestion éclatée de chacun des sites. L'AP-HP a ainsi conduit une démarche de massification interne, similaire à celle des groupements hospitaliers de territoire mais dans le cadre d'une personnalité morale unique, tout en en faisant un outil de délégation, avec depuis le 1^{er} janvier 2020, dans le cadre du projet intitulé « Nouvelle AP-HP », une organisation en six groupements hospitalo-universitaires. La gouvernance locale est exercée au niveau de ces groupements hospitalo-universitaires et ceux-ci disposent de plus de délégation de gestion que ne pouvaient en exercer les différents sites hospitaliers pris isolément. Il s'agit par conséquent d'une double démarche de massification et de subsidiarité dans l'organisation interne du premier centre hospitalier universitaire d'Europe.

463. Selon la même logique, les Hospices Civils de Lyon (HCL) se sont organisés en cinq groupements hospitaliers⁶¹⁸ regroupant les treize hôpitaux du deuxième centre hospitalier universitaire de France, tandis que l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) n'a

⁶¹⁵ Voir l'**article L.6147-1 du code de la santé publique** : « Les conditions d'application du chapitre II du titre Ier et celles du présent titre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon, à l'assistance publique de Marseille et aux établissements publics nationaux sont déterminées par voie réglementaire. (...) ». Consulter également : **HIRSCH Martin**, « L'AP-HP demain : normalisation ou exception ? », RDSS, n°6 2016, pages 1071-1076. **APOLLIS Benoît**, « L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, laboratoire des évolutions du Code de la santé publique ? », RDSS, n°6 2016, pages 1017-1027. **BORGETTO Michel**, « L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris », RDSS, n°6 2016, pages 1001-1002.

⁶¹⁶ Consulter l'**article R.6147-4 du code de la santé publique** : « Pour l'organisation interne de l'établissement, le directeur général peut, après concertation avec le directoire : 1° Constituer un groupement d'hôpitaux placés sous une même direction ; 2° Créer des pôles autres que ceux mentionnés à l'article L. 6146-1, dénommés " pôles d'intérêt commun ". ».

⁶¹⁷ Se référer à l'**article R.6147-6 du code de la santé publique** : « Le directeur général institue, après concertation avec le directoire, soit au sein d'un groupement d'hôpitaux, soit au sein d'un hôpital : 1° Une commission médicale d'établissement locale ; 2° Un comité technique d'établissement local ; 3° Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques locale. La composition et les modalités de fonctionnement des instances représentatives locales mentionnées aux 1° et 3° sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement, par référence aux règles de composition de la commission médicale d'établissement, d'une part, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques d'autre part. La composition et les modalités de fonctionnement de l'instance mentionnée au 2° obéissent aux mêmes règles que celles du comité technique d'établissement, définies à la section II du chapitre IV du titre IV du livre Ier de la sixième partie. Le directeur général institue également un comité technique d'établissement local pour un ou plusieurs pôles d'intérêt commun. ».

⁶¹⁸ Les Hospices civils de Lyon se structurent ainsi autour des groupements Centre, Nord, Est, Sud et de l'Hôpital René Saban situé dans le Var.

pas eu à mettre en place une telle organisation dans la mesure où cet établissement a déjà concentré ses capacités de prise en charge sur quatre hôpitaux⁶¹⁹.

B) La transformation nécessaire du statut d'établissement public de santé

464. La massification des organisations hospitalières est une tendance de fond du fait de la transformation de l'activité médicale, de plus en plus spécialisée et rendant par conséquent les ressources rares, et la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire s'inscrit dans cette lignée en devant déboucher sur la création d'un établissement public de santé territorial en lieu et place des établissements membres. Néanmoins, toute démarche de massification conduit à un risque de paralysie de fonctionnement du fait d'une centralisation excessive des compétences et de circuits de décision s'avérant trop complexes et trop chronophages. Aussi, la massification doit s'accompagner d'une nécessaire subsidiarité, fondée en grande partie sur le recours à la délégation de gestion. C'est pourquoi, le statut juridique de l'établissement public de santé⁶²⁰ et le recours à la fusion des établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire n'apparaissent pas comme des outils juridiques adéquats dans leur cadre actuel pour structurer l'hôpital territorial. De cette façon, pour mettre en place un établissement public de santé territorial, il conviendrait de modifier la législation existante pour la rendre plus conforme à l'organisation territoriale se mettant en place.

465. Nous verrons premièrement que bien que décriée, la notion d'établissement public est à maintenir dans le cadre d'un hôpital territorial en réseau (a), permettant ainsi l'émergence d'une personnalité juridique unique dans un schéma large de délégation (b).

⁶¹⁹ L'AP-HM comprend l'Hôpital de la Conception, l'Hôpital de la Timone, l'Hôpital Nord et l'Hôpital Sud ce qui permet un pilotage de l'établissement sans avoir à constituer de groupements hospitaliers selon les modèles de l'AP-HP et des HCL comprenant un nombre plus important de sites hospitaliers (respectivement 39 et 13).

⁶²⁰ Sur la notion d'établissement public de santé, voir : **TRUCHET Didier**, « Etablissement public de santé et système de santé », AJDA, n°08 2006, p. 401. **MORDELET Patrick**, « L'évolution du cadre juridique des hôpitaux publics en Europe et l'avenir de l'établissement public de santé français », RDSS, n°5 2008, pages 851-864. Et plus largement sur la notion d'établissement public, voir par exemple : **CONSEIL D'ETAT**, « Les établissements publics », octobre 2009, 105 pages. **BEROUJON François**, « Le recul de l'établissement public comme procédé de gestion des services publics », RFDA, n°1 2008, pages 26-34. **DOMINO Xavier, FATOME Etienne, JEGOUZO Yves, LOLOUM François, SCHRAMECK Olivier**, « Questions sur l'avenir de l'établissement public – A propos du rapport du Conseil d'Etat », AJDA, n°22 2010, pages 1238-1245. **MELLERAY Fabrice**, « Une nouvelle crise de la notion d'établissement public – La reconnaissance d'autres personnes publiques spécialisées », AJDA, n°14 2003, pages 711-717.

a. Une notion d'établissement public décrite mais à maintenir dans le cadre d'un hôpital territorial en réseau

466. Le fonctionnement de l'hôpital public fait l'objet de critiques récurrentes notamment en termes de performance, au sens par exemple de son équilibre économique ou des délais d'attente aux urgences ou encore pour obtenir une consultation spécialisée. Sans préjuger de la réalité ou non de ce constat, les facteurs explicatifs mis en avant peuvent être liés à son mode de financement, et par voie de conséquence aux moyens, notamment humains, mis à disposition des établissements publics de santé. La gouvernance des hôpitaux publics depuis la fin des années 2000, malgré sa médicalisation croissante, est également souvent citée avec la crainte d'un modèle d'hôpital-entreprise. Mais, un élément d'explication avancé relève aussi de son statut même d'établissement public⁶²¹. En effet, le recours à la catégorie juridique d'établissement public emporte plusieurs conséquences en termes de fonctionnement notamment l'application du statut de la fonction publique pour le recrutement et la gestion du personnel⁶²², ou bien le régime de séparation entre l'ordonnateur et le comptable. Ces deux règles très symboliques sont respectivement critiquées au nom de la souplesse de gestion des ressources humaines et de la redondance du contrôle comptable avec celui de la certification des comptes. Il est à noter en réponse que le statut de la fonction publique n'exclut pas le recours aux agents contractuels par exemple, et n'est pas moins souple que certaines conventions collectives, tandis que l'obligation de certification des comptes ne s'applique pas à l'ensemble des établissements publics de santé⁶²³. Au nom de ces lacunes présumées, le modèle de

⁶²¹ Voir : **PELJAK Dominique**, « Pourquoi faut-il requalifier les hôpitaux publics en EPIC ? », AJDA, n°31 2006, pages 1705-1708. Et plus largement : **BEROUJON François**, « Le recul de l'établissement public comme procédé de gestion des services publics », RFDA, n°1 2008, pages 26-34. **DOMINO Xavier**, **FATOME Etienne**, **JEGOUZO Yves**, **LOLOUM François**, **SCHRAMMECK Olivier**, « Questions sur l'avenir de l'établissement public – A propos du rapport du Conseil d'Etat », AJDA, n°22 2010, pages 1238-1245. **MELLERAY Fabrice**, « Une nouvelle crise de la notion d'établissement public – La reconnaissance d'autres personnes publiques spécialisées », AJDA, n°14 2003, pages 711-717. Plus largement, consulter aussi : **CAILLOSSE Jacques**, « Le droit administratif contre la performance publique ? », AJDA, n°3 1999, pages 195-211.

⁶²² En l'occurrence, se référer au texte fondateur de la **loi n°86-33 du 9 janvier 1986** portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Plus globalement, voir : **LUCAS André**, **CHOLLET Eric**, **ALLEMAND Carl**, **BENMOUSSA Romain**, « Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier », Presses de l'EHESP, 2021, 444 pages. **STINGRE Didier**, « La fonction publique hospitalière », Presses Universitaires de France, 2008, 128 pages. **LE MOIGN Raymond**, « Haute fonction publique hospitalière ou le besoin d'une pensée de la puissance publique », L'ENA hors les murs, n°03 2022, pages 60 à 62. **SCHWEYER François-Xavier**, « Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes », Revue française d'administration publique, n°04 2009, pages 727 à 744.

⁶²³ Voir en ce sens **l'article D.6145-61-7 du code de la santé publique** : « I. - Sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs. La certification s'applique aux comptes de l'exercice suivant l'approbation du compte financier du

l'établissement de santé privé d'intérêt collectif⁶²⁴ (ESPIC) est mis en avant et il est parfois souhaité la transformation des hôpitaux publics en de telles structures. Cela reviendrait à appliquer le modèle actuellement en place dans les centres de lutte contre le cancer alors que ce type d'établissement ne constitue pas a priori une structuration juridique plus efficace en termes de fonctionnement. Comme suggéré précédemment, les conventions collectives peuvent être aussi encadrées que le statut de la fonction publique, le salariat des praticiens dans le modèle de l'ESPIC ne conduit pas à une incitation plus forte d'activité que dans un établissement public et enfin le résultat financier de ces structures est loin d'être équilibré⁶²⁵. Finalement, un tel modèle juridique n'est pas non pertinent en soi mais il s'applique dans un contexte particulier avec des établissements d'une taille limitée, malgré leur notoriété et leur capacité de recherche les mettant parfois en concurrence avec les centres hospitaliers universitaires, et surtout d'une forte spécialisation en termes de disciplines exercées selon une logique similaire à celle des centres hospitaliers spécialisés en santé mentale relevant pourtant d'un modèle de droit commun d'établissement public de santé.

467. Aussi, nous pouvons considérer que la qualification d'établissements publics des hôpitaux publics en France ne saurait être la raison première de leurs difficultés actuelles. L'autonomie juridique, quel que soit le statut y conduisant, et les stratégies individuelles en découlant entre établissements d'un même territoire sont bien davantage en question et plaident en faveur de l'alignement stratégique. Le groupement hospitalier de territoire a déjà remis partiellement en cause cette autonomie juridique du fait du transfert de compétences au bénéfice

dernier de ces trois exercices. II. - Lorsque les comptes d'un établissement soumis à la certification font apparaître un total de produits du compte de résultat principal inférieur à cent millions d'euros pendant les troisième, quatrième et cinquième années du mandat de l'instance chargée de la certification, l'établissement n'est plus soumis à l'obligation de certification de ses comptes à l'issue de la période de six exercices prévue à l'article R. 6145-61-2. ». Consulter aussi : **TRUCHET Didier**, « Certification des comptes et droit administratif », AJDA, n°17 2011, pages 921-923. **ADANS Bernard**, « La comptabilité d'entreprise aura-t-elle raison de la comptabilité publique ? », Gestion & Finances Publiques, n°01 2018, pages 76 à 83. **HOLCMAN Robert**, « Hôpital public et redditions de comptes », Revue française d'administration publique, n°04 2016, pages 1109 à 1122.

⁶²⁴ Se reporter à l'**article L.6161-5 du code de la santé publique** : « Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif : 1° Les centres de lutte contre le cancer ; 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé. Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. ». Et également : **DE KERVASDOUE Jean**, « Hôpital public, hôpital à but non lucratif : quel est aujourd'hui le plus adapté ? », Les Tribunes de la santé, n°03 2021, pages 39 à 48.

⁶²⁵ Se référer en la matière à : **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES**, « Les établissements de santé - fiche 31 : La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif », édition 2021, 5 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins », in Rapport Sécurité Sociale 2015, pages 269-297.

de l'établissement support et les stratégies individuelles ont également dû progressivement se fondre dans une stratégie de groupe public, malgré toutes les limites de celle-ci à l'heure actuelle. Il convient de prendre en considération ces évolutions structurelles et la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire pour faire émerger un hôpital territorial doté du statut d'établissement public, puisque celui-ci n'est pas une cause fondamentale de manque d'efficacité, en lieu et place des établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire, et devenant de la sorte la personnalité juridique unique. Ce modèle comprendrait ainsi un établissement de santé unique et de ressort territorial qui serait doté de plusieurs sites hospitaliers constitutifs, en l'espèce les anciens établissements membres. Comme dans le fonctionnement des assistances publiques, ces sites hospitaliers seraient dotés d'une gouvernance locale afin de ne pas remettre en cause la proximité nécessaire à la gestion des structures hospitalières⁶²⁶, y compris en y incluant l'ensemble des parties prenantes dont les élus locaux. Cela permettrait néanmoins de recentrer les sites hospitaliers constitutifs sur leur raison d'être, à savoir l'organisation des soins. En effet, il convient de distinguer l'objectif de l'alignement stratégique et de la non-concurrence au sein d'un groupe hospitalier public et le risque d'une centralisation de l'offre de soins qui au contraire doit être confortée par la mise en place d'une organisation médicale territorialisée. Une gouvernance territoriale aurait enfin un pouvoir hiérarchique et fonctionnel sur ces différents sites hospitaliers, en déterminerait la stratégie globale et ferait respecter des règles de gestion communes. Ainsi, l'ensemble des fonctions supports serait géré au niveau territorial afin de s'assurer d'une homogénéité des pratiques.

468. De la sorte, l'émergence de l'hôpital territorial ne nous paraît pas être un mouvement devant ouvrir à nouveau le débat concernant la nature juridique des établissements publics de santé. La qualification d'établissement public ne nous apparaît pas comme un obstacle à l'efficacité de son fonctionnement, et pourrait au contraire trouver un renouveau à travers cette nouvelle figure de l'hôpital territorial. En effet, celui-ci ne doit pas être une structure monolithique mais bien permettre la mise en place d'un fonctionnement souple. En ce sens, l'hôpital territorial doit être fondé comme un hôpital en réseau⁶²⁷, ce qui nous conduit à proposer

⁶²⁶ Sur ce thème, voir par exemple : **LACHENAYE-LLANAS Chantal**, « Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – Une impérative obligation, mais une construction pas à pas », *Le management de pôles à l'hôpital*, 2012, pages 179-198.

⁶²⁷ Selon une configuration territoriale différente, nous pouvons citer l'exemple américain de la Mayo Clinic, groupe hospitalo-universitaire propriétaire de 17 hôpitaux, 8 EHPAD et 70 centres de soins primaires au sein de plusieurs Etats.

l'appellation de sites hospitaliers constitutifs rappelant toute la place que doit prendre chaque site dans cette structuration ne pouvant pas être uniquement centripète.

b. Une personnalité juridique unique dans un schéma large de délégation

469. La création de l'hôpital territorial suppose au final de maintenir le statut d'établissement public de santé, de trouver un équilibre entre une unicité juridique et une nécessité de subsidiarité avec ses sites hospitaliers constitutifs, tout en rendant possible une différenciation entre les différents hôpitaux territoriaux au regard de la particularité des situations locales. Aussi, nous suggérons de conserver un cadre juridique national et unique pour les hôpitaux territoriaux qui seraient des établissements publics de santé de ressort territorial, tout en maintenant les ressorts régionaux, inter-régionaux et nationaux pour certains établissements de recours. Ils seraient dotés d'une personnalité morale unique remplaçant celles des établissements membres du groupement hospitalier de territoire à l'issue d'un processus de fusion faisant suite à une période de transition de deux ans, nécessaire pour réaliser les travaux préparatoires notamment d'un point de vue informatique et financier. Concernant cette procédure de fusion, la Cour des comptes préconise l'émergence d'une telle personnalité juridique unique mais sans faire de recommandations quant à la manière de gérer une telle transition⁶²⁸. A l'inverse, l'Inspection Générale des Affaires Sociales propose d'écarter la procédure de fusion au bénéfice de la création d'une nouvelle catégorie juridique conduisant à une personnalité morale unique⁶²⁹. Selon nous, une telle méthode ne serait pas opportune dans la mesure où elle ferait disparaître les établissements publics de santé sans même établir les conditions de leur fonctionnement commun au sein d'un hôpital territorial, par exemple en matière de gestion du temps de travail, de modalités de paie ou de rapprochement des états

⁶²⁸ Se reporter à : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et spécialement pages 118-119 dans lesquelles la Cour se borne à rappeler l'existence de groupements hospitaliers de territoire mono-personnalité juridique tout en indiquant que ces phénomènes ont toujours été longs et précédés d'une période de direction commune unique entre tous les établissements concernés.

⁶²⁹ Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages et notamment page 102 : « (...) La création d'une nouvelle catégorie d'établissements de santé, l'établissement public territorial semble une alternative à étudier si la cible retenue est la transformation de chaque GHT en un EPST, personne morale unique. L'hypothèse est avancée compte tenu de l'impossibilité d'atteindre un tel résultat des seules procédures de fusion ou de la création d'un GCS établissement de santé. Retenir cette cible de transformation des GHT relève d'un choix politique qu'il n'appartient pas à la mission de proposer. Au cas où il serait envisagé ou retenu, le rapport en indique l'impact sur le cadre juridique qui régit les établissements publics de santé. (...) ».

comptables. C'est pourquoi, nous faisons plutôt la proposition de maintenir une cible fondée sur la procédure de fusion permettant la réalisation de ces prérequis techniques mais de l'enserrer dans un délai contraint de deux ans. Au terme de cette procédure, l'hôpital territorial serait une nouvelle entité juridique, et non pas l'absorption des établissements membres par l'établissement support du groupement hospitalier de territoire. En effet, la procédure de fusion ne saurait être une fusion absorption par l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, mais bien une procédure de fusion⁶³⁰ créant une nouvelle personnalité juridique unique distinctes des établissements membres, dont l'établissement support, afin de ne pas générer davantage de difficultés politiques à une telle entreprise.

470. Ces hôpitaux territoriaux rempliraient l'ensemble des missions des établissements de santé, comme le font par exemple actuellement les centres hospitaliers universitaires dotés de plusieurs sites, mais afin de permettre une différenciation territoriale, les compétences spécialisées octroyées aux sites hospitaliers constitutifs ne relèveraient pas d'une définition réglementaire. La législation rendrait seulement possible un régime de délégation et l'obligation de le définir dans le cadre du projet d'établissement de l'hôpital territorial selon une logique de droit processuel⁶³¹. Ce schéma de construction conduirait donc à la reconnaissance d'une compétence générale de l'hôpital territorial dans la mesure où celui-ci assure les missions traditionnelles d'un établissement de santé⁶³², ainsi que les obligations inhérentes au service

⁶³⁰ Sur le thème de la fusion, voir : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages. Voir également **l'ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2017** précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique : « (...) III.- La fusion entre deux ou plusieurs établissements publics de santé s'effectue soit par la création d'une nouvelle personne morale, soit par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements partie à la fusion. Cette fusion est réalisée à l'initiative des établissements partie à la fusion ou à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé conformément à l'article L. 6131-2. La fusion de plusieurs établissements publics de santé entraîne le transfert à titre gratuit de l'ensemble des biens, droits et obligations à l'établissement issu de la fusion. Ces transferts de biens, droits et obligations ne donnent lieu à aucune indemnité, taxe, contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts ou honoraire. ».

⁶³¹ Concernant l'utilisation du terme de droit processuel, nous ne faisons bien entendu pas référence au droit régissant les procédures dans le cadre d'un contentieux, mais bien à l'acception de droit créant des processus de traitement. En ce sens, la législation proposée concernant l'hôpital territorial fixe un cadre juridique homogène au niveau national tout en permettant une différenciation locale. La nature de cette différenciation n'est pas fixée par la réglementation mais celle-ci oblige à penser cette différenciation dans un cadre précis, en l'occurrence nous proposons que cela soit réalisé dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement.

⁶³² Se référer à ce sujet à **l'article L.6111-1 du code de la santé publique** : « Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences

public hospitalier. De cette façon, l'hôpital territorial signerait avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et disposerait d'un budget d'exploitation et d'investissement unique pour l'ensemble des sites hospitaliers le constituant. En termes de gouvernance, l'hôpital territorial appliquerait les dispositions législatives existantes concernant les établissements publics de santé, y compris en matière de ressort territorial car la législation actuelle se fonde sur les découpages administratifs traditionnels⁶³³, sur le fondement desquels le périmètre des actuels groupements hospitaliers de territoire devra être révisé afin de se baser sur l'échelon départemental. Les instances composant l'hôpital territorial n'auraient par ailleurs pas à être modifiées, la possibilité de prévoir des invités permanents offrant suffisamment de souplesse pour bénéficier d'une composition du directoire ou de la commission médicale d'établissement adaptée à chaque hôpital territorial et permettant ainsi une représentation de la totalité ou de la plupart des sites hospitaliers constitutifs par l'entremise de collèges pouvant prendre en compte ce nouveau critère au lieu de se fonder uniquement, en ce qui concerne la commission médicale d'établissement, sur les différentes catégories statutaires du personnel médical. Nous pouvons cependant noter qu'il s'agirait là d'une disposition transitoire devant faciliter l'acceptation de la création de l'hôpital territorial, car à terme il serait logique de revenir à un régime de droit commun dans la mesure où une communauté médicale unique aurait été constituée, notamment par l'entremise de la territorialisation de l'organisation médicale, alors que son fondement actuel réside encore sur l'appartenance à un site hospitalier en particulier. Enfin, l'hôpital territorial disposerait de la compétence d'élaboration du projet d'établissement⁶³⁴ s'imposant à l'ensemble des sites hospitaliers le constituant, car l'objectif de

qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. ».

⁶³³ Concernant le ressort territorial actuellement prévu pour les établissements publics de santé, voir l'**article L.6141-1 du code de la santé publique** : « *Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales. Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas. ».*

⁶³⁴ A propos du contenu du projet d'établissement, voir l'**article L.6143-2 du code de la santé publique** : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de*

la création de l'hôpital territorial serait justement d'être le garant d'un alignement stratégique au niveau du territoire. Dans notre proposition, le contenu législatif du projet d'établissement devrait cependant être précisé afin de prévoir une formalisation des délégations de gestion accordées aux sites hospitaliers constitutifs. Nous pourrions objecter qu'un tel schéma institutionnel s'avère finalement proche d'une fusion traditionnelle et des risques alors inhérents à une démarche de massification. Une telle perspective risquerait d'être difficilement acceptable pour les élus locaux, craignant de perdre encore davantage leur capacité de participer aux orientations stratégiques, pour les professionnels, pouvant anticiper des mutations forcées pour aller exercer au sein d'autres sites hospitaliers constitutifs, ou encore pour les patients, anticipant un risque de centralisation de l'offre de soins autour de la ville centre et par conséquent un appauvrissement du maillage territorial existant.

471. En effet, l'instauration d'un établissement public de santé territorial, à la place des établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire, ne doit pas conduire à la mise en place d'une structure centralisée, ce qui entraînerait alors une prise de décision complexifiée et rallongée alors que l'activité hospitalière nécessite au contraire une grande réactivité. Bien que compris dans un cadre juridique unique, il doit exister une distinction entre des compétences centrales et des compétences relevant de chaque site hospitalier constitutif afin de favoriser une subsidiarité de l'action⁶³⁵. Cela supposerait qu'à l'inverse de l'hôpital territorial, les sites hospitaliers constitutifs se voient attribuer des compétences spécialisées, devant être définies de façon limitatives dans le cadre du projet d'établissement. Il est vrai que ce schéma présente peu de garanties formelles en l'absence d'une subsidiarité stricte de la compétence générale, qui aurait alors dû revenir aux sites constitutifs. Cependant, l'objectif de

rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet écoresponsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. ». Voir également : **VINOT Didier**, « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », thèse de doctorat en sciences de gestion, sous la direction du Professeur Jean-Pierre CLAVERANNE, Université Lyon III, 1999.

⁶³⁵ Sur la notion de subsidiarité, se référer à : **BARROCHE Julien**, « La subsidiarité – Le principe et l'application », *Etudes*, N°06 2008, pages 777-788. **DURANTHON Arnaud**, « La subsidiarité peut-elle constituer un paradigme utile ? », *Revue française de droit constitutionnel*, n°04 2019, pages 905-927. Et pour illustration au domaine hospitalier, voir : **PELJAK Dominique**, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIème siècle », *Gestion*, n° 03 2002, pages 134-141.

subsidiarité devant guider le fonctionnement de l'hôpital territorial devrait conduire à rendre ces compétences spécialisées les plus nombreuses possibles. Celles-ci permettraient également de se conformer à un objectif de différenciation entre les hôpitaux territoriaux. En effet, malgré une révision de leur périmètre les faisant coïncider avec l'échelon départemental, les tailles et les compositions des hôpitaux territoriaux seraient nécessairement disparates, avec un nombre de sites hospitaliers, et parfois un éloignement, ne justifiant pas le même niveau de gestion en proximité. De cette façon, il reviendrait au projet d'établissement d'établir les compétences spécialisées à déléguer aux sites hospitaliers constitutifs, mais nous pouvons esquisser une ébauche minimale de ce qu'elles pourraient être. Ainsi, il apparaît indispensable que les sites hospitaliers constitutifs puissent être en charge des actions en matière de qualité et gestion des risques, de sécurité et de conditions de travail ou d'organisation des unités de soins dans le cadre des orientations définies au niveau de l'hôpital territorial.

472. Ainsi, l'hôpital territorial constituerait la personnalité juridique unique remplaçant les établissements membres des actuels groupements hospitaliers de territoire au terme d'une procédure de fusion et d'une période de transition technique de deux ans, commençant par la constitution de plein droit, et sur décision de l'agence régionale de santé, d'une direction commune entre tous les établissements membres⁶³⁶. La qualité d'établissement public de cet hôpital territorial et les enjeux d'alignement devant conduire à sa création entraîneraient l'attribution à son égard d'une compétence générale, mais la recherche de proximité devant contrebalancer les effets potentiellement négatifs d'une telle centralisation, obligerait à octroyer des compétences spécialisées aux différents sites hospitaliers constitutifs, ce périmètre d'action pouvant être variable selon les hôpitaux territoriaux dans la mesure où sa définition relèverait du projet d'établissement. Nous sommes conscient qu'une telle construction peut apparaître descendante et en ce sens ne correspondrait pas à la définition stricte d'une subsidiarité partant des compétences de l'échelon inférieur et ne permettant son usage par le niveau supérieur qu'en cas de plus grand intérêt. Néanmoins, un tel mécanisme ne nous paraît pas envisageable dans

⁶³⁶ Cette mise en direction commune des établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire doit être une période transitoire de deux ans afin de favoriser la création de l'hôpital territorial, et non pas une finalité en soi car ce mécanisme conduit à une centralisation de la prise de la décision sans l'équilibre recherché avec la proximité comme souhaité dans le cadre de l'hôpital territorial. Voir en ce sens : **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages et notamment le constat formulé page 119 : « (...) Si la base juridique des directions commune existe, elle ne dit rien du mode de fonctionnement de la direction commune, et notamment sur la manière d'organiser la gouvernance de proximité, c'est-à-dire la présence d'un représentant de la direction au sein des établissements de petite taille placés en direction commune. (...) ». Voir aussi : **GALLET Bruno**, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », *Gestions hospitalières*, n° 576 2018, pages 305 à 307. **CORMIER Maxence, APOLLIS Benoît**, « Réflexions sur les causes et les effets de la concentration du secteur hospitalier français », *Revue générale de droit médical*, n° 73 2019, pages 51 à 70.

le cadre d'une personnalité morale unique, privilégiant plutôt la démarche de délégation de compétences. Laisser la définition des compétences spécialisées des sites hospitaliers constitutifs à chaque hôpital territorial apparaît être un vecteur opportun de différenciation et d'adaptation aux particularismes locaux. Mais, la conséquence possible pourrait être également une définition restrictive de ces compétences spécialisées en cas de volonté délibérée de centralisation de la prise de décision. Aussi, il nous paraîtrait nécessaire d'inscrire néanmoins la notion de subsidiarité dans la définition législative de l'hôpital territorial afin que l'esprit de la loi soit en ce sens plus explicite. Un tel schéma peut s'avérer complexe dans son acceptabilité politique, mais dispose des mérites de la transparence et de la sécurité juridique. A l'inverse, l'octroi de la personnalité juridique aux groupements hospitaliers territoire, en sus de celles de leurs établissements membres, serait rassurant pour les acteurs en rappelant le modèle de l'intercommunalité et en préservant l'autonomie des établissements. Cependant, une telle solution reviendrait à poursuivre la voie d'un affaiblissement progressif et non affiché de cette même autonomie tout en continuant à déstabiliser les établissements dans leur ordonnancement juridique. Par conséquent, il nous semble qu'il convient d'assumer cette voie intégrative.

Paragraphe II : Un objectif d'intégration nécessitant un cadre institutionnel simplifié

473. La nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire doit conduire à leur évolution vers des établissements publics de santé territorial. Véritables hôpitaux territoriaux, ceux-ci seraient dotés d'une personnalité morale unique remplaçant celles des établissements membres d'un même groupement qui deviendraient alors des sites hospitaliers constitutifs. Permettant la création de la sorte de groupes hospitaliers publics, cette démarche doit permettre une différenciation territoriale et une subsidiarité de la prise de décision. Pour ce faire, il conviendrait que le cadre institutionnel de l'hôpital territorial et sa gestion rendent possible cet équilibre. Le périmètre et la gouvernance de l'hôpital territorial doivent ainsi être redéfinis en s'appuyant sur les atouts et les limites du cadre institutionnel actuel tant des établissements publics de santé que des groupements hospitaliers de territoire. De même, si la subsidiarité est recherchée au bénéfice des sites hospitaliers constitutifs, elle doit s'exercer conformément à un cadrage précis fondé sur une intégration des fonctions supports et de la stratégie médicale au niveau de l'hôpital territorial⁶³⁷.

⁶³⁷ La recherche de tels équilibres existe également dans le cadre des coopérations entre collectivités territoriales, voir par exemple : **BELOT Claude, GOURAULT Jacqueline, BRAYE Dominique**, « Rapport

474. Nous définirons tout d'abord le schéma institutionnel et décisionnel simplifié de l'hôpital territorial (A), avant d'aborder l'intégration poussée des fonctions administratives et de la stratégie médicale (B).

A) Un schéma institutionnel et décisionnel simplifié

475. Le cadre institutionnel de l'hôpital territorial doit être simplifié par rapport aux strates institutionnelles existant actuellement au sein des groupements hospitaliers de territoire. En réponse aux critiques émises parfois à l'encontre des groupements hospitaliers de territoire, ce schéma institutionnel doit permettre d'une part de faciliter la démocratie sanitaire et d'autre part de favoriser la participation des parties prenantes, en premier lieu à travers la poursuite de la médicalisation de la décision. Nous verrons par conséquent la question du périmètre et du rattachement territorial devant concilier l'intégration au sein de l'hôpital territorial et la démocratie sanitaire (a), puis nous proposerons un fonctionnement assurant la médicalisation et la proximité de la prise de décision (b).

a. Un périmètre et un rattachement territorial conciliant intégration et démocratie sanitaire

476. En premier lieu, même si les évolutions législatives devant conduire à la création de l'hôpital territorial devront permettre une différenciation territoriale, il convient de s'interroger sur le périmètre géographique adéquat avant d'initier une telle réforme. L'hôpital territorial devrait découler de la fusion de l'ensemble des établissements membres d'un groupement hospitalier de territoire au sein d'un nouveau tiers qui serait le seul détenteur de la personnalité

d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat sur l'élaboration des schémas départementaux de coopération intercommunale (SDCI) », 22 juin 2011, 46 pages. **LAMBERT Alain, DETRAIGNE Yves, MEZARD Jacques, SIDO Bruno**, « Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat sur la mutualisation des moyens des collectivités territoriales », 25 mai 2010, 151 pages. **INSPECTION GENERALE DES FINANCES, INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION**, « Les mutualisations au sein du bloc communal », décembre 2014, 371 pages. **AUBELLE Vincent**, « Le devenir des mutualisations de personnels entre communes et EPCI », AJCT, n°4 2012, pages 195-198. **AUBELLE Vincent**, « Mutualisations et action publique locale », AJCT, n°9 2012, pages 396-400. **BOTTINI Fabien**, « Les procédés de mutualisation au sein du bloc communal entre impératif institutionnel et casse-tête organisationnel », AJDA, n°3 2016, pages 138-142. **BOULAY Floriane**, « Vers une généralisation de la mutualisation entre collectivités locales ? », AJDA, n°09 2012, pages 468-474.

juridique. Un mouvement de cette ampleur nécessiterait au moins deux années de concertation et de préparation technique, une échéance législative devant être inscrite en ce sens afin que cette réforme s'effectue de façon uniforme sur le territoire. Aussi, il conviendrait d'utiliser pleinement cette période de transition de deux années car même si les groupements hospitaliers de territoire ont permis de préparer un tel rapprochement, notamment avec la convergence progressive du système d'information, ceux-ci ne sont pas compétents par exemple en matière de gestion du personnel non médical⁶³⁸ ou de gestion financière⁶³⁹, ce qui supposera des préparatifs techniques considérables. Mais avant de lancer ces chantiers techniques, il faudrait s'interroger sur la pertinence du périmètre géographique du groupement hospitalier de territoire en place afin de s'assurer que sa configuration sera opportune dans le cadre de l'hôpital territorial, en particulier les situations des groupements de petite ou de très grande taille devront nécessairement être étudiées *in concreto*. L'objectif consisterait à réunir les conditions favorisant une intégration, et nous proposons en ce sens que l'échelon départemental soit retenu dans la plupart des situations, tout en améliorant l'intelligibilité du dispositif hospitalier pour les usagers, et participant à une simplification administrative actuellement chancelante au regard du nombre conséquent de découpages spécifiques existant en matière de santé.

477. Il est vrai que l'on pourrait objecter que le choix de l'échelon départemental comprend des biais manifestes. En ce sens, ce découpage ne prend pas en compte la réalité des flux de patients s'affranchissant grandement des limites administratives, ce qui revient à remettre en cause la souplesse et l'objectivité du périmètre géographique de certains groupements hospitaliers de territoire. De même, nous pourrions considérer que cet échelon conduirait à la constitution de véritables assistances publiques départementales avec les risques de gigantisme qu'une telle configuration représenterait. Cependant le département reste le maillage connu et vécu par la population pour la plupart des services publics, et le périmètre des actuels groupements ne sont pas moins conséquents que l'hypothèse d'un hôpital territorial de niveau départemental. Ces différents points de vue nous ramènent à la différence de niveau d'interprétation. D'une part, le choix d'un échelon départemental apparaît cohérent d'un point de vue macroscopique compte tenu de la spécialisation croissante de la médecine et de la

⁶³⁸ A ce sujet, voir notamment : **BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien**, « GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire », LEH Edition, 2017, 275 pages.

⁶³⁹ Nous pouvons toutefois rappeler les évolutions intervenues en ce sens, voir par exemple : **DELNATTE Jean-Claude**, « Les mesures réglementaires visant à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire dans le domaine financier », Finances hospitalières, n° 159 2021, pages 10 à 13. **SOLIVERI Philippe**, « Les investissements et leur financement dans le cadre des GHT », Finances hospitalières, n° 119 2017, pages 10 à 15.

raréfaction des compétences disponibles devant conduire à une massification à des fins de sécurité des soins⁶⁴⁰. Cette vision est par ailleurs appuyée par la transformation de l'hôpital devenu non plus un lieu d'hébergement mais un plateau technique prenant en charge un patient uniquement en phase aiguë et pour une période maximale de quelques jours, ce qui peut justifier un éloignement plus important du lieu de vie au regard de la récurrence somme toute modeste de la nécessité de recourir à un tel plateau technique au cours de l'existence d'un individu. Par contre, si nous adoptons une vision plus microscopique, le risque d'une telle massification est évidente en termes d'appauvrissement du maillage territorial des établissements de santé, au détriment donc de la proximité, conduisant à une déstabilisation de bassins de vie par ailleurs en difficulté sur de nombreux plans, y compris d'accès aux autres services publics. Ainsi, malgré le choix d'un échelon départemental pour l'hôpital territorial, son objectif doit être d'éviter les errements de la massification en reposant sur une démarche de subsidiarité, mais également de maintenir un maillage territorial conciliant sécurité des soins et proximité. Cela peut néanmoins prendre les formes d'une transformation de l'offre de soins de certains établissements, qui sans les remettre en cause dans leur existence, va les orienter davantage sur des prises en charge plus longues et par conséquent nécessitant plus de proximité. Malgré ces débats forts légitimes, l'objectif doit être celui de ne pas laisser s'installer des « hôpitaux à deux vitesses » sous l'attrait d'une proximité préservée. La gradation des soins à travers une stratégie médicale commune doit permettre de dépasser de telles limites.

478. Le rattachement territorial de cette nouvelle structure, et de ce fait une massification et une centralisation vis-à-vis de la situation actuelle, doit par ailleurs s'effectuer en assurant le maintien de la démocratie sanitaire développée au niveau de chaque établissement de santé mais difficilement duplicable à un niveau plus large comme nous le montre en la matière les critiques émises à l'encontre des groupements hospitaliers de territoire, voire même la place des usagers au niveau des orientations prises par les agences régionales de santé⁶⁴¹. Le fonctionnement de l'hôpital territorial doit donc se fonder sur une indispensable subsidiarité dans le cadre de

⁶⁴⁰ Voir par exemple : **MOUGEOT Frédéric, OCCELLI Pauline, BUCHET-POYAU Karine, ROBELET Magali, TOUZET Sandrine, MICHEL Philippe**, « L'émergence de la question de la sécurité des patients en France », Santé Publique, n°06 2017, pages 869 à 877. **SAINTOYANT Valérie, DUHAMEL Gilles, MINVIELLE Etienne**, « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives », Pratiques et Organisation des Soins, n°01 2012, pages 35 à 45. **GRENIER Catherine, LE GULUDEC Dominique, DE MONTALEMBERT Pierre, MOUNIC Vincent**, « Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine », Les Tribunes de la santé, n°02 2020, pages 37 à 47. **HADDAD Soraya, LANG Thierry**, « Le virage ambulatoire : quels enjeux et quelles conséquences potentielles sur les inégalités sociales et territoriales de santé ? », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°02 2022, pages 37 à 39. Consulter également : **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé », novembre 2022, 122 pages.

⁶⁴¹ En ce sens, se référer à : **GEY-COUE Marine**, « La place des usagers dans le GHT, une représentation légitime à géométrie variable », Gestions hospitalières, n°559, octobre 2016, pages 510-512.

laquelle les représentants des usagers doivent toujours bénéficier d'un ancrage sur tous les sites hospitaliers constitutifs avec le maintien d'une commission locale des usagers. Au regard des compétences des commissions des usagers⁶⁴², il n'apparaît pas nécessaire de disposer d'une telle instance au niveau de l'hôpital territorial, étant donné l'échelon départemental de celui-ci, le conseil territorial de santé peut aisément assumer un tel rôle, d'autant plus avec les évolutions en cours de discussion à ce sujet⁶⁴³. Cependant, malgré son périmètre géographique d'intervention, le futur hôpital territorial ne doit pas être antinomique de la démocratie sanitaire, tant avec les représentants des usagers qu'avec les élus locaux ou la médecine de premier recours. C'est pourquoi, il est proposé de modifier, à l'occasion de la création des hôpitaux territoriaux, la composition des conseils de surveillance et des directoires. Concernant le conseil de surveillance, les représentants des collectivités territoriales doivent être désignés par les seuls groupements de collectivités, et non plus les communes, et le conseil départemental, les représentants du conseil régional n'étant prévus que pour les centres hospitaliers universitaires. Une telle proposition permet d'assurer une représentation des différents bassins de vie du département, et non pas seulement de la ville centre ce qui aurait pu être un effet de la massification de la structure de gouvernance. De même, le collège des cinq personnalités qualifiées doit comprendre non plus deux mais trois représentants des usagers désignés respectivement par le Directeur Général de l'agence régionale de santé, le préfet du département et le Président du conseil départemental. Les deux personnalités qualifiées restantes doivent

⁶⁴² Sur les compétences de la commission des usagers, se reporter à l'**article L.1112-3 du code de la santé publique** : « Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire. Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers. Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5. La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données. (...) ». Consulter aussi : **SAISON Johanne**, « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », RDSS, n°02 2022, pages 197-205. **LECOEUR-BOENDER Marie**, « L'impact du droit relatif à la démocratie sanitaire sur le fonctionnement hospitalier », Droit et société, n°03 2007, pages 631 à 647. **CHIGOT Valérie**, « La démocratie sanitaire : une réponse néo corporatiste française à la demande de participation », Les Tribunes de la santé, n°02 2020, pages 99 à 116. **GROS Olivia**, « L'engagement des patients au service du système de santé », Doin, 2017, 168 pages.

⁶⁴³ Se référer à la proposition de loi, présentée par le député Frédéric VALLETOUX, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Cette proposition prévoit notamment de renforcer le rôle du conseil territorial de santé en faisant un véritable organe de gouvernance au sein du territoire de santé. Il est à noter que contrairement à notre préconisation, cette proposition de loi prévoit également de réinterroger les limites des territoires de santé et de les distinguer davantage des frontières administratives.

être désignées par le Directeur Général de l'agence régionale de santé uniquement parmi des praticiens de premier recours sur proposition du Président du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Ainsi la massification ne doit pas renforcer l'hospitalo-centrisme mais au contraire forcer à l'ouverture de l'hôpital territorial. En ce qui concerne le directoire, sa composition a récemment été révisée⁶⁴⁴ pour intégrer davantage le personnel non médical de l'établissement et l'ouvrir, de façon non obligatoire, à trois personnalités extérieures ayant voix consultative. Cette dernière disposition doit être rendue obligatoire et prévoir que ces trois personnalités extérieures soient, selon notre proposition, deux représentants des usagers⁶⁴⁵ et un praticien de premier recours proposé par le Président du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

479. De la sorte, malgré une massification intervenant de fait avec la création de l'hôpital territorial, la révision de son périmètre de rattachement territorial le rendrait plus intelligible pour les parties prenantes. Surtout, la révision a minima des instances hospitalières permettrait d'assurer une démocratie sanitaire, tant vis-à-vis des représentants des usagers que des élus locaux, aussi bien au niveau de l'hôpital territorial, et par conséquent des orientations stratégiques prises pour l'ensemble du groupe, qu'au niveau des sites hospitaliers constitutifs où se situe l'activité quotidienne de prise en charge des patients.

b. Un fonctionnement assurant la médicalisation et la proximité de la prise de décision

480. Le cadre institutionnel de l'hôpital territorial doit principalement conforter la tendance de fond de ces dernières années en faveur d'une médicalisation de la décision⁶⁴⁶, et en ce sens

⁶⁴⁴ Concernant la révision de la composition du directoire, voir la **loi n°2021-502 du 26 avril 2021** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification – Article 31 : « (...) Le directeur peut en outre, sur avis conforme du président de la commission médicale d'établissement et après consultation du directoire, désigner au plus trois personnalités qualifiées, qui peuvent notamment être des représentants des usagers ou des étudiants. Ces personnalités participent avec voix consultative aux séances du directoire. (...) ».

⁶⁴⁵ Il s'agit là d'une proposition faisant suite à la recommandation émise de désignation de représentants des usagers au sein des comités stratégiques des groupements hospitaliers de territoire. Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages.

⁶⁴⁶ Voir par exemple le **décret n°2021-675 du 27 mai 2021** relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, ainsi que le **décret n°2021-676 du 27 mai 2021** relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement. Voir aussi :

prévoir une gouvernance médico-administrative renforcée. Cette dynamique s'avère légitime compte tenu de l'importance des ressources humaines médicales dans la définition de la stratégie et de l'offre de soins d'un établissement de santé. Celle-ci ne saurait cependant remettre en cause, selon nous, la gestion des hôpitaux territoriaux par un corps spécifique de directeurs d'hôpital⁶⁴⁷ du fait de la taille, notamment en termes de personnel, et d'un poids économique de plusieurs centaines de millions d'euros, des établissements de santé qui en font des structures complexes et impliquent que leur gestion soit assurée par des personnels spécifiquement formés à cet exercice. Cette nécessité sera grandissante avec la mise en place d'hôpitaux territoriaux conduisant à une gestion transversale entre plusieurs sites hospitaliers constitutifs. Néanmoins, un corps administratif ne saurait être sclérosé et il conviendrait au contraire d'ouvrir davantage celui de directeur d'hôpital à des profils plus diversifiés, y compris médicaux, afin de passer d'un paradigme de corps étanches conditionnés par la réussite à un concours ou l'obtention d'un diplôme spécifique, comme une thèse en médecine, à un paradigme pouvant continuer à être fondé sur des corps mais ceux-ci étant beaucoup plus perméables entre eux et reposant plutôt sur des compétences acquises en cours de carrière⁶⁴⁸. Dans tous les cas, la stratégie de l'établissement relève d'un champ nécessairement partagé entre le directeur d'hôpital et la communauté médicale, sans omettre qu'au final il ne peut exister qu'une responsabilité juridique unique, en l'occurrence celle du chef d'établissement, à moins que les annonces présidentielles⁶⁴⁹ autour d'un tandem médico-administratif, par ailleurs

ZACHARIE Clémence, « Médicalisation des décisions hospitalières ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ? », RDSS, n°05 2021, pages 892-901.

⁶⁴⁷ A ce sujet, consulter notamment : **SAISON-DEMARS Johanne**, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », AJDA, n°16 2010, pages 888-894. **MARIN Philippe**, « Hôpital public et nouvelle gouvernance », RDSS, n°HS 2015, pages 41-84. **ESPER Claudine**, « Nouvelle gouvernance et statut des personnels de direction », AJDA, n°08 2006, pages 410-415. **ESPER Claudine**, « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? », RDSS, n°5 2005, pages 766-778. **DUPONT Marc**, « La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ? », RDSS, n°5 2009, pages 791-805.

⁶⁴⁸ Une telle proposition reviendrait à un entre-deux entre d'une part la situation actuelle d'un corps de directeur d'hôpital, certes juridiquement ouvert à d'autres profils, dont des médecins, mais qui en réalité n'accueille quasiment pas de tels profils ; et d'autre part une logique tout aussi fondée sur un statut et revenant à confier de droit la direction des hôpitaux publics à un médecin selon le modèle en cours dans les centres de lutte contre le cancer. Dans notre proposition, il existerait bien un corps de directeur d'hôpital mais ayant vocation à accueillir les différents « talents » quel que soit leur formation initiale, en partant du principe que la complexité de gestion de l'hôpital et la diversité des métiers y étant exercés ne permettent pas d'avoir un modèle univoque pour assurer leur direction, celle-ci étant pensée par ailleurs dans le cadre d'une large concertation voire d'une codécision pour certaines matières.

⁶⁴⁹ Se référer au **discours des vœux du Président de la République Emmanuel MACRON aux personnels de santé du 6 janvier 2023** : « (...) *En ce qui concerne la direction même de nos hôpitaux, et je remercie ici vraiment tout le travail qui a été fait et le travail remarquable qui a été fait à la fois par le directeur d'équipe administrative et l'équipe médicale. Je pense qu'on a tous vécu pendant le Covid une chose qui a levé les barrières et c'est pour ça que je disais : Moi, je ne crois pas du tout à l'opposition. Très longtemps, on a dit : Ça ne doit pas être les soignants qui dirigent l'hôpital, ça doit être les administratifs. Après, on a dit les problèmes, c'est les administratifs qui les dirigent. Cela fonctionne quand c'est ensemble. Moi, je souhaite, et on a plusieurs textes de loi portés par nos*

déjà largement existant à travers le binôme constitué par le directeur d'hôpital et le président de la commission médicale d'établissement, dont les pouvoirs se sont élargis⁶⁵⁰, ne débouchent sur une innovation juridique conduisant à un partage de responsabilités dont les frontières seraient alors particulièrement délicates à définir. La création des hôpitaux territoriaux pourrait par contre justifier un renforcement de cette médicalisation de la décision, le rôle premier de l'hôpital territorial étant de définir les orientations stratégiques et l'organisation de l'offre de soins au sein du territoire⁶⁵¹ pour répondre collectivement aux besoins de santé de la population. Il convient néanmoins que cette médicalisation ne remette pas en cause les compétences supplémentaires accordées *intuitu personae* au président de la commission médicale d'établissement, ce dernier se confondant avec le président actuel de la commission médicale de groupement au terme de la création de l'hôpital territorial. Nous pourrions considérer au final que l'objectif de l'hôpital territorial étant de définir une offre de soins répondant aux besoins de la population, une plus grande médicalisation de la décision, au-delà de la tendance déjà amorcée ces dernières années, serait une forme de garantie face aux craintes d'une dérive technocratique de l'hôpital territorial du fait de sa massification.

481. Une plus forte médicalisation pourrait être de compléter la structuration actuelle de la gouvernance, fondée sur un binôme constitué du chef d'établissement et du président de la

parlementaires qui permettront d'aller dans ce sens, que le ministre mène une concertation qui nous permettra de préciser les modalités organisationnelles mais qu'on puisse mettre à la tête de nos hôpitaux un tandem administratif et médical. Un vrai tandem qui, sur la base d'un projet qui est soumis, en redonnant toute une place aussi au conseil d'administration de notre hôpital, puisse bâtir un projet, que le meilleur projet soit choisi, et que ce soit un tandem qui soit mis en place. Je pense que c'est une bonne chose pour que tout le monde travaille bien ensemble, main dans la main. (...) ». Il est à noter, au-delà de la question du tandem, que le Président de la République ne se réfère pas au conseil de surveillance mais à un conseil d'administration qui pourrait alors être réhabilité et voir ses compétences renforcées. Plus largement sur ce thème, voir par exemple : **CASTAING Cécile**, « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », AJDA, n°36 2011, pages 2055-2062. **CAVALIER Monique**, **DALMASSO Richard**, **ROMATET Jean-Jacques** (sous la direction de), « Médecins, directeurs : un pacs pour l'hôpital ? - Vers un management hospitalier en partenariat », Erès, 2002, 160 pages. **CHAMBAUD Laurent**, « La formation des cadres du système de santé : courroie de transmission de la volonté politique ou adaptation dynamique aux besoins ? », Revue française d'administration publique, n°02 2020, pages 499 à 508.

⁶⁵⁰ La place renforcée du président de la commission médicale d'établissement découle notamment des travaux réalisés par le Pr Olivier CLARIS, alors président de la commission médicale d'établissement des Hospices Civils de Lyon. Voir en ce sens : **CLARIS Olivier**, « Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières », juin 2020, 156 pages et notamment page 4 : « (...) *Le maillon capital de la gouvernance qu'est le binôme directeur - PCME (président de la commission médicale d'établissement) est perçu positivement par les intéressés eux-mêmes, qui estiment globalement qu'il fonctionne bien. Pour autant, les auditions comme les réponses au questionnaire ont fait apparaître parfois des difficultés, d'où la nécessité de poser un cadre général destiné à garantir que la pratique communément répandue devienne la norme. (...) ».*

⁶⁵¹ Il s'agit là d'un constat et d'une limite des groupements hospitaliers de territoire lors de leur création. En effet, ces groupements ont vocation à mettre en place une offre de soins graduée alors que, si les présidents de commission médicale d'établissement sont bien membres du comité stratégique, il a fallu attendre près de six ans avant qu'une commission médicale de groupement dotée de véritables compétences devienne obligatoire pour l'ensemble des groupements.

commission médicale d'établissement, avec la mise en place de postes de directeurs médicaux. Ces derniers relèveraient directement des deux composantes de la gouvernance et seraient en charge de les conseiller quant aux orientations stratégiques, et à déployer leurs arbitrages, mais la question de leur intégration ou non à l'équipe de direction se poserait, notamment vis-à-vis des directeurs des affaires médicales s'occupant de la gestion des ressources humaines médicales. Selon nous, un éventuel poste de directeur médical devrait plutôt se concentrer sur une fonction de conseil médical, comme cela a été généralisé auprès des Directeurs Généraux des agences régionales de santé, y compris lorsque ceux-ci sont eux-mêmes issus d'une formation médicale. Une autre éventualité serait de désigner un tel directeur médical en tant que directeur général adjoint de l'hôpital territorial. Néanmoins, dans les deux hypothèses, son positionnement ne réglerait pas la question alors ouverte du potentiel conflit de légitimité pouvant exister entre ce directeur médical et le président de la commission médicale d'établissement, tous les deux étant des praticiens mais issus de deux légitimités opposées, dans un cas la nomination, soit par le directeur soit conjointement entre celui-ci et le président de la commission médicale d'établissement, et dans l'autre cas l'élection par ses pairs.

482. La médicalisation de la décision pourrait également découler d'un changement profond de gouvernance avec l'application du modèle de direction des centres de lutte contre le cancer ayant à leur tête un Directeur Général médecin tandis qu'un directeur d'hôpital assurerait la fonction de directeur général adjoint⁶⁵². Un tel schéma pourrait être envisageable sans contradiction avec notre réticence à l'idée d'une transformation de l'hôpital territorial en établissement de santé privé d'intérêt collectif à l'image des centres de lutte contre le cancer. En effet, les chefferies d'établissement sont déjà des emplois fonctionnels pour lesquels des praticiens peuvent être nommés au terme du processus de recrutement. Cette option ne se fonde cependant plus sur une notion de tandem et de binôme mais doit conduire à ce que le Directeur Général médecin assume seul la responsabilité, dans toutes ses composantes juridiques, de l'ensemble des actes de gestion de l'hôpital territorial. Par ailleurs, alors que la légitimité médicale peut se révéler suffisante et non contestable au sein d'un établissement exerçant une seule activité, en l'occurrence la cancérologie, cela pourrait s'avérer beaucoup plus complexe au sein d'un hôpital territorial exerçant forcément l'entièreté de l'offre de soins. Dans ce cas de figure, les relations entre le Directeur Général médecin et le président de la commission médicale d'établissement pourraient être plus complexes à organiser. Il pourrait être noté que ce schéma d'un Directeur Général médecin, au-delà de l'exemple des centres de lutte contre le

⁶⁵² Voir en ce sens : **CAMHI Bérénice**, « Les centres régionaux de lutte contre le cancer : des établissements originaux sur la carte sanitaire française », *Revue Droit et Santé*, n°5 2005, pages 211-213.

cancer en France, est relativement courant dans le reste du monde même si l'on constate un virage marqué vers des profils plus managériaux⁶⁵³. Cela nécessiterait quelques préalables comme la réalisation d'une formation spécialisée en gestion, sans doute le maintien d'un profil plus administratif en tant que directeur général adjoint, mais surtout l'absence de nomination sur place d'un praticien. Par conséquent, il ne s'agit sans doute pas d'une modalité pouvant être mise en œuvre immédiatement, mais devant faire au contraire l'objet d'un accompagnement d'un vivier de candidats potentiels pour évoluer à terme vers de telles fonctions. Cependant, comme précédemment évoqué, il nous paraîtrait plus opportun de privilégier une logique ouverte fondée sur les compétences au lieu de proposer un schéma systématique figé dans des statuts particuliers quel qu'ils soient.

483. Une dernière alternative de médicalisation de la décision à l'hôpital, et en cohérence avec le discours présidentiel, serait de transformer le conseil de surveillance en conseil d'administration doté non plus de compétences de contrôle mais de compétences de définition de la stratégie, et d'en confier de plein droit la présidence à un médecin, par exemple au président de la commission médicale d'établissement. Il s'agirait là d'un mode de gouvernance proche de ceux mis en place dans le secteur privé en distinguant une gouvernance non exécutive, le conseil d'administration, d'une gouvernance exécutive, le directeur d'établissement⁶⁵⁴. Nous pourrions même imaginer que le conseil d'administration choisisse le directeur de l'établissement, ce qui nécessiterait d'effectuer un *aggiornamento* des procédures actuelles de recrutement. Ce type d'organisation renverrait cependant à la question de la propriété de l'hôpital territorial dans la mesure où le conseil d'administration doit en théorie représenter, par ses membres avec voix délibérative, les différents propriétaires, au sens capitalistique, de la structure, les parties prenantes internes se voyant généralement confier des mandats de membres avec voix consultative. Contrairement aux cliniques privées, tout du moins avant leur regroupement au sein de groupes internationaux, l'actionnariat de l'hôpital territorial n'est pas détenu par les médecins, mais par l'Assurance-Maladie et l'Etat, ce qui ne conduirait pas forcément à retenir un tel schéma de gouvernance.

⁶⁵³ Nous pouvons citer par exemple le modèle des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), établissement de renommée internationale, regroupant 8 hôpitaux et 2 cliniques. Cet établissement est dirigé par un Directeur Général et un Directeur Général Adjoint, tous deux ayant un profil administratif et managérial. Ceux-ci sont accompagnés d'un Directeur médical et de la qualité étant professeur de médecine, et par ailleurs l'établissement se fonde sur une large délégation de gestion à des départements pilotés par des praticiens. De même, le CHU Karolinska de Stockholm, lui aussi figurant parmi les meilleurs hôpitaux du monde, est dirigé par un conseil d'administration dont le président a un profil de haut fonctionnaire.

⁶⁵⁴ Voir pour illustration : **WIRTZ Peter**, « Les meilleures pratiques de gouvernance d'entreprise », La Découverte, 2008, 128 pages.

484. Aussi, nous proposons, dans le cadre de la création de l'hôpital territorial, que la gouvernance médico-administrative soit renforcée mais sans remettre en question le binôme constitué du chef d'établissement et du président de la commission médicale d'établissement, ce renforcement pouvant passer par plusieurs initiatives. Tout d'abord, le tandem actuel pourrait voir son périmètre s'accroître en élargissant encore davantage les matières reposant sur une codécision entre ses deux composantes, sans que cela ne vienne écorner l'unicité de la responsabilité portée par le chef d'établissement. Cette pratique de codécision est en réalité sur le plan juridique davantage un visa conforme du président de la commission médicale d'établissement à certaines décisions du directeur, celles-ci étant la résultante d'une concertation entre les deux membres du binôme, ce champ pouvant par conséquent être accru. De même, au-delà de la signature des actuelles chartes de gouvernance⁶⁵⁵ s'assurant déjà des moyens mis à disposition et de la représentation interne et externe du président de la commission médicale d'établissement, les relations au sein de ce tandem pourraient être davantage structurées ou formalisées, par exemple en instituant des temps de rencontre a minima hebdomadaires, fondés sur un ordre du jour partagé et faisant l'objet d'un relevé de décisions potentiellement diffusable. Enfin, en complément de l'extension du champ de la codécision, les compétences du directoire, instance à large majorité médicale, pourraient être également renforcées et surtout ne plus relever de la concertation mais du vote formel de ses membres⁶⁵⁶. Bien que nous paraissant opportun et fondant une véritable médicalisation de la décision à l'hôpital, il est certain qu'un tel schéma présente la faiblesse d'un affichage politique s'avérant plus compliqué à présenter dans la mesure où le chef d'établissement resterait un non-médecin dans la plupart des cas.

485. La création de l'hôpital territorial conduirait à repenser la gouvernance mais également les instances hospitalières dans le cadre d'une personnalité juridique unique et inspirée de subsidiarité. Cette évolution entraînerait dans un premier temps la disparition des instances actuelles des groupements hospitaliers de territoire au profit des instances des établissements publics de santé devant connaître une révision de circonstance. En effet, le statut juridique d'établissement public de santé permet tout à fait de relever le défi de la gouvernance territoriale sans qu'il ne soit besoin d'y adjoindre d'autres instances ayant par ailleurs démontré leurs

⁶⁵⁵ Sur la charte de gouvernance, se reporter à la **circulaire n°DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021** relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Professeur Olivier CLARIS.

⁶⁵⁶ Une telle évolution du directoire pose la question de la place accordée ou non dans ce dispositif au comité de direction regroupant les membres de l'équipe de direction et responsables en ce sens des directions fonctionnelles de l'établissement.

limites à l'image du comité territorial des élus locaux. L'hôpital territorial devant ainsi disposer des instances de consultation traditionnelles que sont la commission médicale d'établissement, le comité social d'établissement et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Nul n'est besoin, selon nous, d'amender leur composition, ces instances devant représenter l'ensemble des personnels de l'établissement unique et non pas une juxtaposition des personnels des différents sites hospitaliers constitutifs, sous réserve d'une période transitoire pouvant s'avérer nécessaire afin de s'assurer de l'acceptabilité progressive de la création de l'hôpital territorial et laissant le temps à cette communauté unique de se façonner. Les instances de contrôle et de décision que sont le conseil de surveillance et le directoire pourraient perdurer sous réserve des ajustements suggérés précédemment afin de leur faire mieux remplir leur rôle territorial d'une part et de favoriser la poursuite de la médicalisation de la décision d'autre part. Néanmoins, si les instances classiques d'un établissement public de santé pourraient remplir l'ouvrage de l'hôpital territorial, il serait nécessaire d'assurer une fonction de proximité au sein de chacun des sites hospitaliers constitutifs, ce qui passerait par le maintien d'une formation spécialisée du comité social d'établissement au sein de chaque site, d'une commission des usagers ainsi que d'une commission médicale locale dotée d'un président. Ces instances locales doivent être investies d'une marge de décision qui leur soit propre à travers un mécanisme de délégation obligatoire des instances concernées de l'hôpital territorial vers les sites hospitaliers constitutifs. Le périmètre de ces délégations serait déterminé dans le cadre du projet d'établissement, afin de pouvoir s'adapter aux situations forcément disparates des différents hôpitaux territoriaux, mais devrait être un dispositif obligatoire dans son principe pour chaque instance.

486. A travers ces instances centrales, et de même que l'hôpital territorial doit favoriser la démocratie sanitaire, celui-ci doit aussi être un lieu de dialogue social contrairement aux actuels groupements hospitaliers de territoire non dotés de compétences en la matière à travers leurs conférences territoriales de dialogue social. L'hôpital territorial serait la personnalité juridique unique de ce dispositif et par conséquent les instances représentatives du personnel s'exerceraient à son niveau, même si chaque site hospitalier constitutif doit conserver une formation spécialisée du comité social d'établissement⁶⁵⁷ afin de traiter des changements

⁶⁵⁷ A ce sujet, voir le **décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021** relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médicosociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public. Voir aussi : **COCHEREAU Marie**, « Les compétences des nouvelles instances représentatives du personnel : le nouveau visage du dialogue social », Actualité Juridique Fonctions Publiques, n°01 2023, pages 16 à 20. **LAIGO Laurence**, « Les ambitions d'un dialogue social renouvelé », Actualité Juridique Fonctions Publiques, n°01 2023, pages 33 à 34.

d'organisations du travail, d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail au plus près des réalités quotidiennes. L'hôpital territorial serait ainsi le seul employeur des professionnels exerçant sur les différents sites hospitaliers constitutifs et devrait par conséquent déterminer des règles de gestion des ressources humaines communes pour l'ensemble du territoire. En la matière, les hôpitaux territoriaux disposeraient d'un effet de taille et d'une professionnalisation de leurs équipes administratives leur permettant de mettre en place les dispositions désormais ouvertes dans la fonction publique de négociation collective⁶⁵⁸, cette démarche devant évoluer d'une possibilité vers une obligation faite à l'hôpital territorial. Ainsi, au lieu de scléroser le dialogue social par l'effet d'une massification, un tel fonctionnement permettrait à la fois de maintenir la gestion locale des conditions de travail, tout en favorisant l'émergence d'un véritable dialogue social structuré, ce que ne permettent pas actuellement les groupements hospitaliers de territoire, ni l'option consistant à les doter d'une personnalité juridique se surajoutant à celles de leurs établissements membres.

B) Une intégration poussée des fonctions administratives et de la stratégie médicale

487. Au-delà d'une adaptation du cadre institutionnel des établissements publics de santé à la création des hôpitaux territoriaux, une telle réforme supposerait également une intégration des fonctions administratives et de la stratégie médicale à l'image d'un fonctionnement de groupe. Il est vrai qu'un tel schéma pourrait donner l'image d'une centralisation excessive, néanmoins une telle démarche concernerait les fonctions supports n'offrant aucune plus-value à leur exercice localement, permettant ainsi aux sites constitutifs de se recentrer sur leur fondement, à savoir l'organisation des soins et la prise en charge des patients ; tandis que la stratégie médicale déterminée au niveau du territoire viserait à assurer la gradation des soins et la coordination des différents acteurs sans remettre en cause la gestion opérationnelle des unités de soins, relevant là aussi du niveau local. Nous aborderons en premier lieu notre proposition d'un schéma de mutualisation des services laissant une place à la subsidiarité (a), puis nous définirons les contours d'une stratégie médicale favorisant l'accès aux soins hospitaliers sur le territoire (b).

⁶⁵⁸ Se référer à l'**ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021** relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique, ainsi que le **décret n°2021-904 du 7 juillet 2021** relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique. Voir également : **FORT François-Xavier**, « Négociation collective dans la fonction publique – Année 0 », Droit social, n°07-08 2021, pages 649 à 654.

a. Un schéma de mutualisation des services laissant place à la subsidiarité

488. L'hôpital territorial doit permettre une stratégie de groupe public véritablement intégré tout en respectant le principe de subsidiarité et en favorisant la proximité dans les prises de décision. Or, la création de l'hôpital territorial, seule personnalité morale du territoire, conduit à lui octroyer une compétence générale rendant envisageable que l'ensemble des fonctions administratives et logistiques soit centralisé au niveau de cet hôpital territorial. Une telle configuration pourrait être pertinente pour certaines fonctions et certains hôpitaux territoriaux en fonction du nombre de leurs sites hospitaliers constitutifs. A l'inverse, cela pourrait créer une centralisation peu opportune au sein de certains grands hôpitaux territoriaux, ce qui fait que la différenciation doit être la règle afin de prendre en compte les réalités locales diversifiées. Malgré cette différenciation recherchée, il convient que l'ensemble des hôpitaux territoriaux puissent se saisir de façon objective de cette question fondamentale du bon niveau de la prise de décision. Le législateur pourrait de la sorte modifier le contenu attendu du projet d'établissement afin que celui-ci contienne un volet supplémentaire fondé sur un schéma de mutualisation des services⁶⁵⁹. Un tel schéma déterminerait les fonctions centralisées et les fonctions déconcentrées au niveau de chaque site hospitalier constitutif. Dans ce dernier cas, il serait précisé le cadrage juridique fixé par le niveau central et les marges de délégation possibles au niveau de chaque site, étant entendu que les prises de décision en proximité interviendraient alors dans un cadre de délégation et non de transfert de compétences. Bien que cette réflexion doive intervenir au niveau de chaque hôpital territorial en fonction de sa situation et de ses possibilités techniques, il apparaît indispensable que les fonctions assumées actuellement de façon obligatoire par l'établissement support du groupement hospitalier de territoire puissent être maintenues au niveau central compte tenu de leur importance dans la stratégie globale du groupe. De même, les orientations et règles de gestion en matière de gestion du personnel non médical, ne faisant pas partie des fonctions obligatoires du groupement hospitalier de territoire, doivent être centralisées au niveau de l'hôpital territorial afin de créer les conditions d'un

⁶⁵⁹ Sur cette notion, voir les exemples existant dans le champ de l'intercommunalité, par exemple : **DEFFIGIER Clotilde**, « Les services communs : une optimisation... complexe ! », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°8 2014, notice 2052. **GABORIAU Vincent**, « La mutualisation dans les services publics, nouvel enjeu de coopération », RDSS, n°01 2012, pages 45-55. **GARDERE Anne**, « Mutualisation communes / EPCI : un remède miracle au déficit de rationalisation territoriale ? », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°40 2014, notice 2276. **NEVEU Philippe**, « Contractualisation et mutualisation, outils de l'intercommunalité », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°30-34 2010, notice 2242. **PROOT Philippe**, « Coopération locale et mutualisation de services », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°27 2009, notice 2158.

véritable dialogue social. Enfin, la différenciation entre hôpitaux territoriaux ne doit pas déboucher sur une hétérogénéité excessive au sein de chaque hôpital territorial, la délégation de la prise de décision devant intervenir dans un cadre homogène et commun à l'ensemble des sites hospitaliers constitutifs d'un même hôpital territorial. Le schéma de mutualisation des fonctions supports, une fois déterminé, ne doit pas rester figé mais doit au contraire être évolutif en prévoyant une révision annuelle des processus administratifs afin de déterminer si le maintien de leur gestion au niveau central s'avère ou non pertinent. Ainsi, tout en restant nécessairement dans le cadre d'une délégation de compétences, ce schéma pourrait intégrer une sorte de « clapet anti-retour », garantie d'une forme de subsidiarité, faisant qu'une fois la compétence octroyée aux sites hospitaliers constitutifs, le niveau central de l'hôpital territorial ne pourrait pas récupérer cette compétence en-dehors de l'élaboration du prochain projet d'établissement devant repenser totalement le mode de fonctionnement de la structure, ou de la justification formelle d'un « intérêt territorial »⁶⁶⁰ à une telle recentralisation de la compétence considérée. Malgré cette recherche de subsidiarité, le risque d'une technocratie centrale doit être évité également en orientant la gestion des fonctions supports non pas autour de leur propre fonctionnement, mais en les repositionnant comme de véritables prestataires de services visant à faciliter le travail des sites hospitaliers et de leurs unités de soins. Ainsi, peu importe pour les patients que le contrat et les règles de gestion des professionnels soient élaborés localement ou au niveau central de l'hôpital territorial, cela ne relevant pas d'une tâche à forte valeur ajoutée pour l'organisation des soins à partir du moment où les délais de recrutement ne sont pas rallongés dans le cadre d'une centralisation au niveau territorial.

489. Au-delà des fonctions obligatoirement portées actuellement par le groupement hospitalier de territoire, il convient d'étendre les compétences de l'hôpital territorial de façon obligatoire au domaine financier. L'octroi d'une personnalité morale unique entraîne automatiquement une unicité budgétaire, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et le plan global de financement pluriannuel⁶⁶¹ étant nécessairement uniques et consolidant les résultats de l'ensemble des sites hospitaliers constitutifs. Tant le cycle d'exploitation que le cycle d'investissement relèvent du niveau central de l'hôpital territorial, garantie d'une organisation de l'offre de soins et une mutabilité des sites hospitaliers constitutifs

⁶⁶⁰ Voir dans un autre domaine : **SIBIRIL Katy**, « La notion d'intérêt en droit administratif français », thèse de droit public, sous la direction du Pr Mathieu DOAT, Université de Bretagne Occidentale, décembre 2012, 459 pages. **BORDIER Dominique**, « Les chassés croisés de l'intérêt local et de l'intérêt national », AJDA, n°40 2007, pages 2188-2194. **MONJAL Pierre-Yves**, « Les enjeux de la notion « d'intérêt communautaire » ou les faces cachées d'une réforme constitutionnelle décisive pour les EPCI », AJDA, n°32 2003, pages 1701-1707.

⁶⁶¹ Voir par exemple : **HOLCMAN Robert**, « Hôpital public et redditions de comptes », Revue française d'administration publique, n°04 2016, pages 1109 à 1122.

indépendamment de toute contrainte du mode de financement des activités hospitalières. Il est à noter que le risque existe d'une acceptabilité délicate d'un tel schéma de la part des établissements actuellement à l'équilibre financier, voire en excédent, alors que les établissements déficitaires y verraient au contraire un avantage⁶⁶². De façon générale, les établissements les plus sains financièrement restent les établissements supports de groupement tandis que les plus petits établissements connaissent souvent des difficultés financières importantes, notamment pour assumer des investissements lourds comme des reconstructions immobilières. Aussi, avec un tel mécanisme de solidarité financière, l'offre de soins dans les bassins de vie ne reposerait plus sur des enjeux purement de soutenabilité financière mais bien d'adéquation de l'offre de soins et des moyens spécialisés nécessaires à son exercice en toute sécurité.

490. Cette consolidation des comptes lors de la création de l'hôpital territorial demandera à n'en point douter un travail préparatoire important, mais la normalisation des flux budgétaires de par la présence d'un réseau unique de comptables publics, ainsi que la standardisation des pratiques issues de la certification des comptes, conduiront à faciliter un tel rapprochement comptable. Aussi, l'enjeu principal du fonctionnement de l'hôpital territorial ne relèverait pas de la mise en place de cette consolidation budgétaire, mais se situerait dans le champ de la comptabilité analytique et du suivi de l'activité réalisée au niveau de chacun des sites hospitaliers constitutifs. Or, il est convenu que la prise de décision doit respecter le plus possible le principe de subsidiarité et relever pour un nombre important de matières, à déterminer dans le cadre d'un schéma de mutualisation des services et du projet d'établissement, du site hospitalier constitutif. Confier une prise de décision à un site hospitalier constitutif sans que celui-ci ne doive assumer une responsabilité devant le directeur de l'hôpital territorial relève d'une trop grande facilité, et il conviendrait par conséquent qu'une comptabilité analytique⁶⁶³ détaillée soit une obligation au sein de chaque hôpital territorial, en tant que préalable méthodologique à toute délégation de compétence.

491. La mise en place d'outils de contrôle de gestion interne performants s'avère d'autant plus indispensable au regard des autres implications d'une consolidation des comptes au niveau

⁶⁶² Consulter notamment : **MERIADE Laurent**, « Financement et territorialisation des établissements de santé français : une relation dissymétrique », Revue d'économie financière, n°04 2018, pages 197 à 214.

⁶⁶³ Plus globalement, consulter : **BOULLANGER Hervé**, « L'audit interne dans le secteur public », Revue française d'administration publique, n°04 2013, pages 1029 à 1041. **LARTIGAU Jérôme**, « L'évolution de la fonction contrôle de gestion à l'hôpital », Journal d'économie médicale, N°07-08 2009, pages 371 à 391. **SOMMER Alain, DE KERVASDOUE Jean**, « Quelques suggestions pour améliorer la pratique de la comptabilité hospitalière des établissements publics de santé », Revue d'économie financière, n°03 2021, pages 197 à 211. **BELORGEY Nicolas**, « L'hôpital sous pression - Enquête sur le nouveau management public », La Découverte, 2010, 336 pages.

de l'hôpital territorial. Un budget unique signifie un comptable public, dans l'hypothèse du maintien d'une séparation entre les ordonnateurs et les comptables, et par conséquent un unique compte au Trésor conservant les disponibilités de l'hôpital territorial. Ainsi, les trésoreries aujourd'hui propres à chaque établissement membre au sein d'un groupement hospitalier de territoire deviendraient unique au sein de l'hôpital territorial. Une telle structuration permettrait une solidarité financière entre les différents sites hospitaliers constitutifs, les difficultés de trésorerie d'un site hospitalier constitutif pourraient ainsi être comblées par l'excédent de trésorerie d'autres sites au lieu d'avoir recours à des lignes de trésorerie onéreuses auprès de banques commerciales. Cependant, ce relatif confort de gestion ferait aussi naître un risque qualifiable de « dilemme du prisonnier »⁶⁶⁴ ne poussant pas les acteurs à la vertu du fait que leur propre turpitude serait assumée collectivement. Aussi, les outils de contrôle de gestion internes s'avèrent indispensables pour suivre l'activité de chaque site hospitalier constitutif et juguler de tels comportements déviants.

492. Ainsi, tout en assumant une intégration des fonctions supports, source de facilité pour la réorganisation de l'offre de soins en s'extirpant des contraintes financières, l'hôpital territorial repose sur un schéma de mutualisation des services fondé intrinsèquement sur le principe de subsidiarité et incitant en ce sens aux délégations de compétences afin de contrebalancer tout effet négatif d'une massification des structures hospitalières, et au contraire de maintenir une recherche de proximité.

b. Une stratégie médicale favorisant l'accès aux soins hospitaliers sur le territoire

493. De nombreux sujets préalablement abordés dans la structuration de l'hôpital territorial démontrent l'importance croissante que pourrait revêtir le projet d'établissement, celui-ci étant déjà la pierre angulaire définissant les orientations stratégiques d'un établissement⁶⁶⁵. Il pourrait

⁶⁶⁴ Voir par exemple : **EBER Nicolas**, « Le dilemme du prisonnier », La Découverte, 2006, 128 pages.

⁶⁶⁵ Concernant le contenu du projet d'établissement, se reporter à **l'article L.6143-2 du code de la santé publique** : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet psychologique, un projet social et un projet de gouvernance et de management. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux mentionnés aux articles L. 6327-2 et L. 6327-6 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser*

être avec la création de l'hôpital territorial, un instrument juridique permettant une différenciation territoriale, tout en conservant une homogénéité de la catégorie juridique des hôpitaux territoriaux, et un outil de subsidiarité. Il est à noter que le recours au projet d'établissement représente un élément de démocratie sanitaire étant donné sa validation par les instances de l'établissement, dont le conseil de surveillance composé de l'ensemble des parties prenantes. Au-delà de cette extension du périmètre du projet d'établissement, celui-ci doit également être complété dans ses objectifs. Son cœur est représenté par le projet médical avec lequel devront être en conformité les projets des différents sites hospitaliers constitutifs dans une quasi hiérarchie des normes⁶⁶⁶. Mais, il conviendrait que le projet d'établissement de l'hôpital territorial puisse avoir comme objectif fixé par la législation l'ambition qui a été assigné aux groupements hospitaliers de territoire, à savoir l'organisation d'une offre de soins graduée et sécurisée⁶⁶⁷ et une forme de responsabilité populationnelle. Il s'agirait là, selon nous, d'une garantie face aux craintes légitimes d'un appauvrissement du maillage territorial du fait de la fin de l'autonomie juridique des établissements actuels.

494. Afin de pouvoir mettre en place une telle offre de soins graduée, la structuration des hôpitaux territoriaux doit se fonder sur le caractère systématique des pôles territoriaux communs à plusieurs sites hospitaliers constitutifs. Une telle dynamique peut paraître contradictoire avec la tendance actuelle à la libre organisation interne des établissements publics de santé⁶⁶⁸ et à la réaffirmation de la place centrale accordée aux unités de soins⁶⁶⁹. Cet objectif

ses objectifs. Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. Le projet d'établissement comprend un volet écoresponsable qui définit des objectifs et une trajectoire afin de réduire le bilan carbone de l'établissement. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. ».

⁶⁶⁶ Nous utilisons ce terme afin de démontrer la relation duale mêlant autorité et subsidiarité entre l'hôpital territorial pensé au niveau central et ses sites hospitaliers constitutifs, alors que bien entendu une hiérarchie des normes ne peut s'entendre au sein d'une même entité juridique, n'ayant par ailleurs pas de pouvoir normatif.

⁶⁶⁷ Se référer à l'**article L.6132-1 du code de la santé publique** : « 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. (...) ».

⁶⁶⁸ Consulter en ce sens le **décret n°2022-202 du 17 février 2022** relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements.

⁶⁶⁹ Voir en ce sens : **CLARIS Olivier**, « Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières », juin 2020, 156 pages et notamment pages 3 et 4 : « (...) Le service de soins, qui apparaît comme le niveau de référence pour les équipes soignantes comme pour les patients, a vu sa place progressivement dévalorisée et s'est trouvé écarté de la gouvernance. La reconnaissance réglementaire de la fonction de chef de service et de ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé (recommandation n°14), ainsi que la valorisation de sa responsabilité par une rémunération spécifique (recommandation n°18) concrétiseraient l'importance du service dans la gouvernance. Le développement de l'intéressement collectif des équipes (recommandation n°20) et le renforcement du binôme constitué par le chef de service et le cadre de santé (recommandation n°17) seraient des leviers forts pour réinvestir et revaloriser cet échelon capital. Via les pôles, les chefs de service s'impliqueraient réellement dans la définition de la stratégie médicale et seraient force de proposition auprès des instances de gouvernance. Le rôle

pourrait être conservé avec un équilibre entre une structuration obligatoire des hôpitaux territoriaux en pôles d'activité territoriaux d'une part, et une libre organisation des sites hospitaliers constitutifs d'autre part. Cependant, la mise en place de telles entités transversales poserait nécessairement la question de la place des sites hospitaliers constitutifs, aussi il serait nécessaire de modifier l'attendu législatif concernant la notion de pôle d'activité clinique ou médicotechnique⁶⁷⁰. Ces pôles territoriaux seraient ainsi investis d'une mission de définition et de déploiement d'une stratégie médicale dans le cadre de la discipline considérée, mais à l'inverse, ils ne seraient pas récipiendaires d'une délégation de gestion opérationnelle dont la responsabilité reviendrait à chaque site hospitalier constitutif dans un objectif de proximité.

495. Si le projet d'établissement de l'hôpital territorial doit prévoir une organisation graduée des soins fondée sur une structuration obligatoire en pôles territoriaux, alors l'hôpital territorial doit également avoir une obligation d'organisation des équipes médicales dans un cadre territorial. En cohérence avec la présence d'une unique personnalité morale, les praticiens sont affectés au sein de l'hôpital territorial et non pas d'un site hospitalier constitutif en particulier. Chaque praticien relève de l'équipe médicale de sa discipline et son activité est réalisée dans un ou plusieurs sites hospitaliers constitutifs en fonction de la stratégie médicale élaborée par le pôle territorial considéré. Il va de pair que la gestion administrative de la carrière des praticiens est nécessairement une fonction centralisée de l'hôpital territorial, de façon encore plus marquée que dans le cadre actuel des groupements hospitaliers de territoire n'ayant en la matière que des compétences d'harmonisation et de conseil. Bien entendu, une telle organisation des équipes médicales peut apparaître contraignante et manquant de stabilité, aussi

fondamental joué par l'encadrement paramédical dans le bon fonctionnement hospitalier est souligné par la mission. Ce constat renforce encore la pertinence de faire du binôme chef de service –cadre un attelage managérial central. La place essentielle que doit retrouver le service de soins ne doit pas remettre en cause l'existence des pôles. Leur utilité a été reconnue par la grande majorité des acteurs hospitaliers rencontrés par la mission. Chacun à leur place, services et pôles doivent s'insérer dans une dynamique fluide à trois niveaux : services / pôles / établissement. (...) ».

⁶⁷⁰ Sur les missions des pôles d'activité clinique et médicotechnique, voir l'**article L.6146-1 du code de la santé publique** : « (...) Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médicotechnique met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. (...) ». Voir plus globalement sur ce thème : **DOMY Philippe, FRECHOU Denis, MARTINEAU Frédéric, MÜLLER Christian**, « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé », mars 2014, 32 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », juillet 2010, 124 pages.

il est indispensable d'une part que la stratégie médicale soit claire et cohérente, et que d'autre part ce mode d'exercice médical fasse l'objet d'incitations financières pour les praticiens en renforçant les mécanismes déjà prévus à cet effet⁶⁷¹. Nous pourrions objecter que cette organisation médicale comporte des limites telles que le risque de l'apparition de « praticiens sac à dos » exerçant dans un nombre important de sites hospitaliers, l'absence de lien de ce fait entre des équipes soignantes stables et des équipes médicales éparpillées au sein d'un territoire, et par voie de conséquence une perte de lien avec les patients suivis pouvant aller à une forme de déshumanisation de la médecine⁶⁷². En ce sens, il s'avèrerait nécessaire de limiter à deux sites hospitaliers l'exercice territorial d'un praticien et de prévoir des outils partagés à l'ensemble des unités d'une discipline autour de protocoles, de formations et de staffs communs afin d'aboutir à un même niveau de qualité de prise en charge au sein du territoire.

Section II : Un hôpital territorial doté d'une responsabilité élargie

496. Les spécificités locales étant nombreuses, l'hôpital territorial constitue une catégorie juridique homogène mais reposant aussi sur des mécanismes juridiques, notamment un projet d'établissement reconfiguré, permettant une réelle différenciation entre les structures. En son sein même, un équilibre est à trouver entre d'une part une nécessité de centralisation de la décision stratégique et d'autre part une indispensable subsidiarité basée sur un régime fort de délégations de compétences. Avec de telles évolutions, l'hôpital territorial pourrait être un véritable groupe hospitalier public avec un alignement stratégique et hiérarchique tout en favorisant le maillage territorial sans doute menacé sans une plus grande intégration des acteurs publics, aucun pris isolément ne pouvant faire face aux enjeux actuels.

497. Les objectifs assignés par la législation aux groupements hospitaliers de territoire, en premier lieu la construction d'une offre de soins graduée et sécurisée en tout point du territoire, doivent perdurer et les missions des établissements de santé doivent par conséquent évoluer par rapport à leur définition législative actuelle. Cela conduit à estimer que pour être pilote ou coordonnateur de son territoire de santé, l'hôpital territorial doit ainsi voir son champ de responsabilité élargi. Il s'agirait là encore d'une garantie d'équilibre face aux craintes de la

⁶⁷¹ Se reporter à l'**arrêté du 5 février 2022** modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques.

⁶⁷² Consulter par exemple : **CORRAZE Jacques**, « Déclin de la médecine humaniste », Mardaga, 2015, 176 pages. **CASTEL Patrick**, « Le médecin, son patient et ses pairs - Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », Revue française de sociologie, n°03 2005, pages 443 à 467.

massification, en ce sens que la responsabilité de l'hôpital territorial serait bien globale et non pas limitée à l'offre de soins dans la ville centre. En préalable à une telle évolution, le périmètre fonctionnel de l'hôpital territorial doit être clarifié à l'aune de l'évaluation du fonctionnement actuel des groupements hospitaliers de territoire. Par ailleurs, la mission de coordination territoriale doit être définie afin que l'action de l'hôpital territorial ne soit pas antagoniste, mais complémentaire, de celle des délégations départementales de l'agence régionale de santé⁶⁷³. Enfin, cette coordination territoriale doit avoir comme objet premier l'émergence d'une responsabilité populationnelle⁶⁷⁴, pouvant en soi entraîner un renouveau du service public hospitalier et son ouverture sur les autres acteurs de santé, notamment la médecine de premier recours.

498. Cette nouvelle mission de coordination territoriale reste compatible avec une stratégie de groupe public (paragraphe I), et se fonde sur l'émergence d'une responsabilité populationnelle permettant un renouveau du service public de santé (paragraphe II).

Paragraphe I : Une mission de coordination territoriale compatible avec une stratégie de groupe public

499. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a conduit les groupements hospitaliers de territoire, et notamment leurs établissements supports, à devoir assumer, à la demande des agences régionales de santé, une mission de coordination territoriale. Cette orientation s'avérait pertinente au regard des capacités opérationnelles des groupements et de la difficulté pour les délégations départementales des agences régionales de santé d'assumer un tel rôle. Cependant, cette coordination territoriale pointait une ambiguïté possible dans la finalité des groupements hospitaliers de territoire car si ceux-ci devaient être des coordonnateurs de leur territoire, alors les groupements hospitaliers de territoire ne pouvaient pas être des groupes publics mais au contraire la participation aux groupements des établissements privés de santé devait alors être

⁶⁷³ Nous pouvons noter qu'à l'inverse de notre proposition, il est périodiquement fait référence à l'idée de la création de groupements territoriaux de santé regroupant l'ensemble des acteurs de santé et dotés des compétences des délégations départementales de l'agence régionale de santé, y compris des missions de régulation.

⁶⁷⁴ Sur le concept de responsabilité populationnelle, se référer à : **CHAUVIN Franck**, « Dessiner la santé publique de demain », novembre 2021, 157 pages. **ROY Denis**, « Par-delà la loi, renouveler les pratiques de la santé publique », Sciences sociales et santé, n°04 2014, pages 33 à 41. Pour une illustration internationale, voir par exemple : **TURGEON Jean, JACOB Robert, DENIS Jean-Louis**, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les Tribunes de la santé, n°01 2011, pages 57 à 85. Et plus globalement : **RAIMONDEAU Jacques, BRECHAT Pierre-Henri, HUTEAU Gilles, MARIN Philippe, NATY-DAUFIN Philippe** (sous la direction de), « Manuel de santé publique », Presses de l'EHESP, 2020, 602 pages.

recherchée⁶⁷⁵. Un antagonisme est ainsi né entre l'élaboration d'une stratégie de groupe public d'une part et la coordination territoriale d'autre part. La création de l'hôpital territorial doit permettre de dépasser ce clivage avec une stratégie de groupe public affirmée, en déclinaison de la nature intégrative des actuels groupements hospitaliers de territoire, tout en assumant une mission de coordination territoriale, y compris des autres acteurs de santé quel que soit leur statut juridique. Cela suppose que cette nouvelle mission soit clairement définie et organisée en concertation et en complémentarité avec des délégations départementales des agences régionales de santé investies des compétences régaliennes.

500. Nous commencerons par déterminer la clarification et l'élargissement de la notion de groupe public (A), puis nous verrons que cette responsabilité nouvelle de l'hôpital territorial doit s'exercer dans un cadre lisible (B).

A) La clarification et l'élargissement de la notion de groupe public

501. La notion de groupe public doit être précisée dans son contour et une révision de la législation relative à la composition des groupements hospitaliers de territoire serait opportune en vue de leur évolution vers un hôpital territorial n'ayant sans doute pas vocation à intégrer l'ensemble des parties prenantes actuelles aux groupements. Afin de favoriser une véritable intégration en un groupe public, l'hôpital territorial doit en effet se recentrer sur les établissements publics de santé exerçant des activités de court séjour. Par conséquent, cela conduit à acter définitivement l'absence d'inclusion du secteur privé à l'hôpital territorial (a), et à déterminer de nouvelles relations entre l'hôpital territorial et les hôpitaux de proximité (b).

a. L'absence d'inclusion du secteur privé à l'hôpital territorial

502. La première clarification devant être opérée est celle relative à la place des établissements privés de santé, déterminant ainsi la finalité de l'hôpital territorial. Ce dernier étant investi d'une personnalité morale unique, les établissements privés ne peuvent pas en être

⁶⁷⁵ Voir par exemple : **PASCAL Christophe, CAPGRAS Jean-Baptiste, VERAN Lucile, GARCIA Eric**, « Vers une approche intégrée de la production de soins : des groupements hospitaliers de territoire aux groupements territoriaux de santé » in *Innovations & management des structures de santé en France : accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire*, LEH Edition, 2021, pages 183 à 198.

des sites hospitaliers constitutifs, ce qui conduit à l'élaboration d'une stratégie de groupe public construite entre les seuls établissements publics de santé, à l'instar des stratégies de groupe élaborées par les cliniques privées⁶⁷⁶. Ainsi, il ne saurait y avoir d'association ou de participation au projet médical de l'hôpital territorial dont la responsabilité incombe uniquement au groupe public et, en l'absence de réciprocité, une ouverture aux acteurs privés des instances de l'hôpital territorial n'aurait guère de sens. De cette façon, la construction institutionnelle de l'hôpital territorial ne doit pas être un palliatif aux mécanismes réduits de concertation territoriale et de démocratie sanitaire.

503. Il est à noter en contrepoint que cette clarification pourrait être interprétée comme un repli sur soi du secteur public et donc comme une intensification d'une concurrence public / privé dans un secteur de la santé devant plutôt être tourné en priorité vers la réponse aux besoins de santé de la population. En effet, l'hôpital territorial, tout en définissant une stratégie de groupe public, ne pourra pas répondre seul à l'ensemble des besoins de santé de la population de son bassin. Tout en étant l'acteur majeur de son territoire, l'hôpital territorial, quel que soit son territoire d'implantation, connaîtra indéniablement des faiblesses dans certains domaines du fait de la démographie médicale ou de ses capacités d'investissement. A l'inverse, les établissements privés de santé peuvent disposer d'une offre de soins conséquente dans certaines disciplines, notamment chirurgicales, et ainsi, la coopération entre l'hôpital territorial et les établissements privés de santé doit exister lorsque cela s'avère pertinent pour construire une offre de soins sur un territoire. Pour ce faire, une association à l'hôpital territorial n'est pas nécessaire car les outils juridiques actuels permettent déjà d'arriver à une telle coopération, notamment les groupements de coopération sanitaire, d'autant plus depuis qu'ils peuvent exercer des autorisations sanitaires détenues par leurs membres sans être transformés en établissement de santé⁶⁷⁷, ou encore les dispositifs tels que les plateaux d'imagerie médicale

⁶⁷⁶ Pour illustration, voir notamment : **CLAVERANNE Jean-Pierre, CAPGRAS Jean-Baptiste**, « Les dynamiques de l'hospitalisation privée à but lucratif des années 80 à nos jours : le grand chambardement », RDSS, n°06 2021, pages 968-980. **CORMIER Maxence**, « Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique », RDSS, n°06 2021, pages 981-989. **VIUJAS Vincent**, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », RDSS, n°06 2021, pages 1006-1013.

⁶⁷⁷ Se reporter à l'**article L.6133-1 du code de la santé publique** : « *Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour : (...) 4° Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe les règles de responsabilité à l'égard des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. (...)* ». Voir aussi : **CORMIER Maxence**, « Titularité et exploitation des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 484-493. Ainsi que l'**ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017** relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire. **GEY-COUE Marine**, « Le GCS n'est pas mort, vive le GCS ! », Gestions hospitalières, février 2017, pages 125 à 128.

mutualisés⁶⁷⁸. Ainsi, la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé peut et doit s'organiser, seulement celle-ci ne passe pas par des mécanismes institutionnels de « participations croisées », mais relève bien du champ traditionnel des coopérations hospitalières et de toutes les possibilités existantes de structuration juridique en la matière. En ce sens, l'hôpital territorial s'apparente bien à un hôpital public territorial.

b. Les relations entre l'hôpital territorial et les hôpitaux de proximité

504. Le fonctionnement actuel des groupements hospitaliers de territoire est soumis à la diversité forte des établissements la composant et pourtant bénéficiant tous de la dénomination juridique de centres hospitaliers, en leur qualité d'établissements de santé, c'est-à-dire de structures détentrices d'une autorisation d'activité de soins et non d'activité médico-sociale⁶⁷⁹. La création de la catégorie juridique de l'hôpital territorial ne doit pas embarquer l'ensemble des établissements actuellement qualifiés de centres hospitaliers, seuls les établissements ayant des capacités de court séjour devant être concernés et voir leurs personnalités morales fondues dans la nouvelle personnalité morale unique de l'hôpital territorial. Les autres établissements, anciennement hôpitaux locaux ou labellisés comme hôpitaux de proximité, doivent être exemptés de cette démarche et être maintenus dans une catégorie juridique élargie et requalifiée d'hôpital de proximité. Cette démarche permettrait de lever les contraintes existant sur ces établissements du fait de leur participation aux groupements hospitaliers de territoire et assurerait également un recentrage et une plus grande homogénéité de l'hôpital territorial, favorisant par conséquent sa logique d'intégration. Un droit d'option pourrait cependant être

⁶⁷⁸ Voir en ce sens **l'article L.6122-15 du code de la santé publique** : « Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale. Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels mentionnés au premier alinéa contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé. (...) ». Et également : **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, « GHT – Guide sur l'organisation en commun des activités d'imagerie médicale », 13 pages. **GEY-COUE Marine**, « La coopération en imagerie médicale - Des montages juridiques à foison pour autant de projets... Comment s'y retrouver ? », Gestions hospitalières, décembre 2020, pages 653 à 656.

⁶⁷⁹ Voir notamment : **COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier** (sous la direction de), « La loi HPST - Regards sur la réforme du système de santé », Presses de l'EHESP, janvier 2010, 400 pages. **LAFORE Robert**, « La loi HPST et les établissements et services sociaux et médico-sociaux », RDSS, n°05 2009, pages 858 à 874.

accordé aux établissements de proximité étant en direction commune avec un établissement de court séjour, la création de l'hôpital territorial ne devant en effet pas être un frein aux synergies locales, ni remettre en cause un alignement stratégique et hiérarchique trouvé par le biais de cet outil juridique de coopération. De même que pour les établissements privés de santé, la non-inclusion des établissements de proximité à l'hôpital territorial ne signifie en rien une absence d'interactions et de coopérations car là encore, les outils juridiques existants, y compris de simples conventions de mise à disposition de personnel ou des groupements de commande, permettant d'atteindre cet objectif.

505. La composition de l'hôpital territorial doit ainsi être clarifiée pour n'intégrer que les établissements publics de santé ayant des capacités d'hospitalisation de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de psychiatrie. Cette configuration permettrait une réelle intégration et la définition d'une stratégie de groupe public conduisant à une personnalité morale unique de l'hôpital territorial et à la transformation des établissements membres du groupement hospitalier de territoire en sites hospitaliers constitutifs. Il pourrait être objecté qu'une telle composition de l'hôpital territorial pourrait conduire à un phénomène d'hospitalo-centrisme, c'est-à-dire à un cloisonnement de l'hôpital territorial avec les autres acteurs de santé, notamment non-hospitaliers, ce qui irait à l'encontre de la recherche d'une fluidité des parcours⁶⁸⁰. Les outils juridiques existants peuvent constituer autant de mécanismes adéquats pour construire les coopérations nécessaires à ces parcours des patients. Mais l'hôpital territorial doit aller plus loin et être en capacité de créer et de gérer lui-même des centres de premier recours⁶⁸¹, cette possibilité lui ayant été d'ores et déjà juridiquement ouverte⁶⁸², y compris pour ensuite être partenaire des démarches de constitution des communautés professionnelles territoriales de santé⁶⁸³. En parallèle, les hôpitaux de proximité et les EHPAD

⁶⁸⁰ Se référer notamment à : **BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie**, « Coordination et parcours - La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », Dunod, 2014, 336 pages. **COUR DES COMPTES**, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie », Rapport Sécurité sociale 2013, pages 187 à 218.

⁶⁸¹ Se reporter à l'**article L.6323-1 du code de la santé publique** : « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. (...)* ».

⁶⁸² Voir en ce sens l'**article L.6323-1-3 du code de la santé publique** : « *Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif. (...)* ».

⁶⁸³ Se référer à l'**article L.6323-1-6 du code de la santé publique** : « *Les centres de santé peuvent être membres de communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12.* ».

publics pourraient trouver entre eux une forme de rapprochement pour des matières leur paraissant nécessaire de travailler en commun⁶⁸⁴.

B) Une responsabilité nouvelle devant s'exercer dans un cadre lisible

506. La clarification apportée par l'hôpital territorial est multiple dans la mesure où la révision de sa composition emporte nécessairement une répartition plus stable des missions entre l'hôpital territorial et la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Afin que ces éléments puissent être intelligibles pour les acteurs et la population, il convient cependant de mettre en cohérence les différents périmètres géographiques d'intervention.

507. Nous commencerons par analyser la mise en cohérence des différents découpages administratifs actuels, en privilégiant l'échelon départemental (a), avant de proposer une distinction claire entre les missions de coordination territoriale, pouvant être assumées par l'hôpital territorial, et de régulation, devant relever de l'agence régionale de santé (b).

a. Une mise en cohérence des différents découpages administratifs actuels

508. Le constat actuel est celui d'un foisonnement des acteurs, associé à une multiplicité des niveaux d'intervention. Ainsi, les groupements hospitaliers de territoire se sont constitués selon des principes variables au sein même d'une région, avec des découpages souvent départementaux et parfois ad hoc au regard des flux des patients. Par ailleurs, les délégations des agences régionales de santé sont établies selon un découpage départemental en cohérence avec les administrations déconcentrées de l'Etat⁶⁸⁵ et les conseils territoriaux de santé. De la sorte, les périmètres d'intervention sont variables selon les acteurs, les circuits de concertation et de décision inter mêlés et le cadre général peu compréhensible pour les patients. Pour plus

⁶⁸⁴ Se référer à la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France prévoyant la participation obligatoire de ces établissements à un groupement territorial social et médico-social (GTSMS) dont les modalités envisagées rappellent celles du groupement hospitalier de territoire.

⁶⁸⁵ Ce point est primordial notamment au regard des relations, parfois complexes mais intenses, entre les délégations des agences régionales de santé et les services préfectoraux, en particulier en cas de gestion de crise. Plus globalement, voir : **CARASSUS David, LEBLONG-MASCLET Gwenaël**, « Impact du Covid-19 sur le pilotage des politiques publiques locales : quelles solutions pour quelles problématiques ? », Gestion et management public, n°04 2021, pages 57 à 63. **DUPUIS Jérôme, MARIN Pierre**, « Les collectivités locales face à la crise de la Covid, entre révélation de fragilités et capacité d'agilité organisationnelle et d'innovation territoriale », Gestion et management public, n°04 2021, pages 65 à 72.

de clarté, il apparaîtrait opportun de réviser ce périmètre à l'occasion de la création de l'hôpital territorial en prenant en considération les constats relatifs au périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire. En effet, certains groupements sont trop isolés et infra-départementaux, tandis que d'autres connaissent des tailles limitant leur dynamique d'intégration. En la matière, aucune règle ne peut être parfaite et n'importe quel critère de délimitation d'un périmètre d'intervention peut être soumis à la critique et à la subjectivité. Aussi, l'intelligibilité pour la population⁶⁸⁶ doit prévaloir et nous conduit à préconiser, dans le cadre de la mise en place de l'hôpital territorial, de réviser le périmètre des actuels groupements hospitaliers de territoire afin de les faire coïncider avec le niveau départemental. En effet, celui-ci constitue une réalité vécue pour la population et est l'échelon de base de l'organisation administrative de l'Etat⁶⁸⁷. En cas de situation spécifique, un hôpital territorial pourrait couvrir plusieurs départementaux en raison d'une offre isolée dans ces territoires.

b. Une distinction claire entre missions de coordination territoriale et de régulation

509. Le périmètre de l'hôpital territorial étant affirmé à l'échelon départemental, une clarification doit d'autant plus être établie entre la mission de coordination territoriale⁶⁸⁸ potentiellement confiée à celui-ci, et la mission de régulation⁶⁸⁹ incombant à la délégation

⁶⁸⁶ Dans une optique de favoriser la participation des usagers au regard du constat précédemment effectué de la réalité de la démocratie sanitaire. Voir en ce sens : **RAYMOND Gérard**, « La démocratie en santé : origines, bilan et perspectives », Les Tribunes de la santé, n°04 2021, pages 45 à 56.

⁶⁸⁷ Pour illustration, à l'heure actuelle, de nombreux groupements hospitaliers de territoire ont un périmètre géographique s'étalant en tout en partie sur plusieurs départementaux. Par conséquent, un tel groupement doit avoir comme interlocuteurs plusieurs délégations départementales de l'agence régionale de santé, mais également plusieurs préfetures ou conseils départementaux.

⁶⁸⁸ Alors que la mission de régulation est de décider d'orientations stratégiques afin de s'assurer du fonctionnement du système (en l'occurrence de répondre aux besoins de santé de la population), ce qui suppose une concertation préalable et une légitimité liée à la détention de prérogatives de puissance publique, la mission de coordination territoriale est de « mettre en musique » ces orientations de façon concrète. Pour cela, il est nécessaire de réunir les différents acteurs et de s'assurer de la mise à disposition par chacun des moyens adéquats afin de remplir l'objectif fixé par le régulateur. En soi, la mission de régulation et la mission de coordination territoriale pourraient être assumées par la même entité. Cependant, il nous apparaît plus opportun d'une part de maintenir le régulateur en tant qu'arbitre de dernier ressort en cas de non-réalisation de l'objectif par les acteurs, et d'autre part que les acteurs de santé puissent s'organiser d'eux-mêmes, ce qui participe de leur responsabilisation.

⁶⁸⁹ Pour illustration, voir : **DUCHESNE Victor**, « L'agence, le contrat, l'incitation - Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », Journal de gestion et d'économie médicales, n°04 2018, pages 159 à 180. **BRECHAT Pierre-Henri, LOPEZ Alain**, « Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation », Les Tribunes de la santé, n°02 2017, pages 75 à 87. **TABUTEAU Didier**, « Les pouvoirs de la santé : la complexité d'un système en quête de régulation », Les Tribunes de la santé, n°04 2013, pages 37 à 55.

départementale de l'agence régionale de santé, notamment dans l'hypothèse de leur renforcement et en leur qualité de représentant de l'Etat en matière de politiques de santé. La mission de régulation ne saurait être déléguée à un des acteurs, en l'occurrence l'hôpital territorial, aussi l'agence régionale de santé est en charge de l'élaboration du diagnostic territorial alimentant le projet régional de santé, et de la déclinaison des orientations stratégiques de celui-ci, notamment à travers l'octroi des autorisations sanitaires. L'agence régionale de santé est également en charge de la démocratie sanitaire à travers la constitution du conseil territorial de santé, et représente l'interlocutrice légitime des élus locaux, des services préfectoraux, et du conseil départemental dans le cadre de la cotutelle existant sur les structures sociales et médico-sociales.

510. De façon complémentaire, l'hôpital territorial serait investi d'une mission de coordination territoriale, sous le contrôle de l'agence régionale de santé, l'hôpital territorial agissant en la matière en tant qu'opérateur délégataire de l'agence régionale de santé. L'hôpital territorial n'est pas titulaire de prérogatives de puissance publique lui conférant une autorité à l'endroit des autres acteurs de santé, néanmoins il reste l'opérateur disposant des moyens d'action opérationnelle les plus importants⁶⁹⁰. Au regard de ce constat, l'agence régionale de santé le mandaterait pour assurer la coordination des acteurs, au premier rang desquels les autres établissements de santé, car en effet l'expérience de la gestion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de la Covid-19 a démontré que les groupements hospitaliers de territoire étaient sans doute les acteurs les plus à même de coordonner et de faire avancer de concert l'ensemble des acteurs de santé⁶⁹¹. Néanmoins, la question de l'acceptabilité de cette coordination territoriale par les autres acteurs, et notamment les établissements privés de santé, reste pendante, ce qui appuie la nécessité d'une mission confiée expressément par la législation à l'hôpital territorial.

⁶⁹⁰ Par moyens d'action opérationnels, nous entendons par exemple l'accès à des ressources humaines médicales ou soignantes, la présence d'une pharmacie à usage intérieur pouvant stocker et délivrer des produits pharmaceutiques, l'existence de services logistiques, d'un système d'information permettant de communiquer instantanément des données médicales, et bien évidemment pour certains établissements d'un SAMU Centre 15 permettant de coordonner les différents acteurs en cas de gestion de crise.

⁶⁹¹ Pour illustration, nous pouvons citer la mise en place d'une gestion territorialisée des capacités d'hospitalisation ou encore la mise en place d'actions de prévention au sein des différents quartiers d'habitation. Voir en ce sens : **NOBRE Thierry**, « L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience. Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs », EMS Editions, 2020, 480 pages.

Paragraphe II : L'émergence d'une responsabilité populationnelle, renouveau du service public de santé

511. L'hôpital territorial est ainsi davantage défini dans son pourtour et son objectif. Véritable groupe public, il n'est pas le réceptacle de l'ensemble des acteurs hospitaliers et n'a pas pour mission de supplanter les délégations départementales de l'agence régionale de santé. A l'inverse, l'action de l'hôpital territorial est complémentaire de celle de l'agence régionale de santé et en constitue le relai opérationnel. La création de tels hôpitaux territoriaux doit par ailleurs s'accompagner d'une ambition en faisant un outil permettant d'accélérer la stratégie de santé publique⁶⁹². Avec une responsabilité ainsi élargie à la santé globale de la population, et non plus seulement à son aspect curatif, l'hôpital territorial pourrait même permettre une forme de renouveau du service public de santé.

512. Nous aborderons en premier lieu les contours d'une nouvelle responsabilité populationnelle confiée à l'hôpital territorial (A), puis nous verrons en quoi cette responsabilité élargie pourrait constituer un possible renouveau du service public de santé (B).

A) Les contours de la responsabilité populationnelle

513. En qualité de coordonnateur des acteurs de santé d'un département, l'hôpital territorial doit voir sa responsabilité élargie. La santé publique⁶⁹³ étant une approche globale et fondée sur les déterminants de santé, toutes les politiques publiques sont concernées, et par conséquent le pilotage global de cette démarche doit relever de l'agence régionale de santé en lien avec les

⁶⁹² Se référer notamment à : **HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE**, « La santé des Français », La Découverte, 2002, 128 pages. **BOURDILLON François, BRÜCKER Gilles TABUTEAU Didier**, « Traité de santé publique », Lavoisier, 2016, 728 pages.

⁶⁹³ Voir en ce sens : **CHAUVIN Franck**, « Dessiner la santé publique de demain », novembre 2021, 157 pages et notamment page 11 : « (...) *La santé publique est fondée sur des valeurs propres à chaque pays, en fonction du contrat social de la population autour d'objectifs explicites, et est mise en œuvre à travers des principes d'action. Le terme santé publique est employé pour désigner 3 champs différents : - La santé de la population appréciée par une série d'indicateurs (mortalité, incidence et fardeau des pathologies, espérance de vie, etc.) ; - La spécialité rassemblant des professionnels ayant en commun des principes d'action et des méthodes d'intervention ; - Le système de santé organisant différentes structures, institutions ou collectivités autour de l'objectif de protection de la santé de la population. De ce fait, il apparait nécessaire de préciser la définition employée dans ce rapport. Le terme santé publique fait référence à l'organisation du système de santé concourant dans ses différentes dimensions à la protection et à la promotion de la santé de la population.* ». Et plus largement : **RAIMONDEAU Jacques, BRECHAT Pierre-Henri, HUTEAU Gilles, MARIN Philippe, NATY-DAUFIN Philippe** (sous la direction de), « Manuel de santé publique », Presses de l'EHESP, 2020, 602 pages. **CABANIS Jean-Noël**, « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique », RDSS, n°04 2016, pages 597-611.

collectivités territoriales et les autres administrations de l'Etat. L'hôpital territorial serait ensuite le coordonnateur, selon la distinction effectuée entre la régulation et la coordination territoriale, pour décliner ces orientations stratégiques avec les autres acteurs de santé dans leur champ d'intervention. Cela répondrait par ailleurs à une orientation souhaitée par le Haut Conseil de la Santé Publique dès la création des groupements hospitaliers de territoire⁶⁹⁴, et au souhait formulé de longue date de constitution d'un service public territorial de santé⁶⁹⁵.

514. Nous conviendrons tout d'abord que cette responsabilité élargie suppose l'adaptation des missions traditionnellement dévolues aux établissements de santé (a), et le développement de nouvelles méthodes de promotion de la santé (b).

a. L'adaptation des missions traditionnellement dévolues aux établissements de santé

515. Les missions actuelles des établissements de santé sont portées essentiellement vers la prise en charge curative du patient⁶⁹⁶. Pourtant, le Haut Conseil de la Santé Publique avait bien identifié le potentiel que la création des groupements hospitaliers de territoire pouvait apporter à une stratégie fondée sur la santé publique en cohérence avec les orientations de la stratégie nationale de santé⁶⁹⁷. Le Haut Conseil fonde son analyse sur l'opportunité que représente par exemple la création d'un département d'information médicale à l'échelle des groupements afin d'objectiver les besoins de santé de la population. Par ailleurs, le groupement hospitalier de territoire constitue le passage d'une logique de concurrence entre les établissements à une logique de groupe plus favorable à organiser des parcours de santé si le mode de financement permet ce changement de paradigme. C'est pourquoi, le projet médical partagé du groupement vise l'élaboration d'une offre de soins graduée, c'est-à-dire accessible en tout point du territoire. Le Haut Conseil pointait cependant l'omission de la santé publique dans le champ obligatoire

⁶⁹⁴ **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Groupements hospitaliers de territoire et santé publique – Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé », mars 2017, 50 pages.

⁶⁹⁵ **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) – Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », mars 2014, 209 pages.

⁶⁹⁶ Se reporter à l'**article L. 6111-1 du code de la santé publique**. Et de façon générale à : **TRUCHET Didier**, « Droit de la santé publique », Dalloz, 9ème édition, décembre 2016, 320 pages.

⁶⁹⁷ Consulter : **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages », juin 2013, 147 pages. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Stratégie nationale de santé – Feuille de route », septembre 2013, 32 pages. **TREPRAU Maurice**, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 389-401. **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Avis relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé », mars 2023, 23 pages.

du projet médical partagé des groupements. De même, il considérerait que la structuration institutionnelle des groupements ne permettait pas une assez grande mobilisation des usagers et des élus locaux, acteurs indispensables de toute politique de santé publique. Les préconisations du Haut Conseil corroborent ainsi notre approche distinguant la détermination des orientations stratégiques relevant des autorités politiques et leur déclinaison coordonnée entre les acteurs de santé sous le pilotage de l'hôpital territorial investi d'une responsabilité populationnelle explicite⁶⁹⁸.

516. Cette stratégie territoriale de santé publique s'inspire de l'expérience de la province de Québec ayant systématisé ce concept de responsabilité populationnelle à l'occasion de la réforme dite Couillard de 2003 modifiée ensuite la réforme dite Barrette de 2014⁶⁹⁹. Avec ces réformes, le système de santé est tourné vers sa responsabilité populationnelle et l'action sur les différents déterminants de santé. C'est également l'objet en France de l'élaboration de la stratégie nationale de santé, mais la Province de Québec a organisé les structures composant son système de soins entièrement vers cet objectif de responsabilité populationnelle. Les structures de soins n'ont ainsi plus une responsabilité à l'égard de leurs seuls patients, comme le prévoit le régime actuel de responsabilité des établissements de santé ou des professionnels

⁶⁹⁸ Se reporter à la **loi n°2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé – article 20 : « *Au début de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, il est ajouté un I A ainsi rédigé : I A.- L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.* ». La notion de responsabilité populationnelle partagée par l'ensemble des acteurs de santé est à mettre en lien avec l'émergence parallèle de la notion de « One Health » ou « une seule santé » rappelant l'importance et la diversité des différents déterminants de santé et conduisant à inclure l'ensemble des politiques publiques (habitat, agriculture, environnement, éducation...) dans une approche transversale et systémique de la santé. Voir à ce sujet : **CONSEIL SCIENTIFIQUE COVID-19**, « One Health – Une seule santé - Santé humaine, animale, environnement : les leçons de la crise », février 2022, 24 pages.

⁶⁹⁹ Voir en ce sens : **PROVINCE DU QUEBEC**, Loi sur les services de santé et les services sociaux, version codifiée au 1^{er} novembre 2021 : « *Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. Il vise plus particulièrement à : 1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ; 2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ; 3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ; 4° favoriser la protection de la santé publique ; 5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ; 6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ; 7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.* ». Voir par exemple : **TURGEON Jean, JACOB Robert, DENIS Jean-Louis**, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », Les Tribunes de la santé, n°01 2011, pages 57 à 85. **BRETON Mylène**, « L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS », thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, avril 2009, 335 pages.

de santé libéraux⁷⁰⁰, mais à l'égard de la population dans son entièreté. Bien entendu cette acception ne peut avoir de portée normative au regard des potentiels enjeux contentieux, mais elle doit guider la stratégie des structures de soins. Nous pourrions objecter qu'un tel schéma relève d'un vœu pieu face aux difficultés internes que les hôpitaux ont déjà à solutionner et à leur évolution en faisant avant tout des plateaux techniques ne gérant que la phase la plus aigüe de la prise en charge. En réponse à ces limites, il conviendrait par conséquent que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens soient axés prioritairement sur l'amélioration des indicateurs épidémiologiques de la population desservie.

b. Le développement de nouvelles méthodes de promotion de la santé

517. La santé publique, et la responsabilité populationnelle en découlant, est un concept global et relevant par conséquent de multiples acteurs. Elle vise à identifier les déterminants de santé, c'est-à-dire l'environnement, l'action collective ou le comportement individuel favorisant la santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé et du concept « One Health »⁷⁰¹. Aussi, l'hôpital territorial ne saurait en être l'initiateur ou l'unique acteur, néanmoins, l'hôpital territorial, d'autant plus lorsque celui-ci est hospitalo-universitaire, détient de nombreuses méthodes ou moyens d'action permettant aux autorités d'agir sur ces déterminants de santé. L'hôpital territorial comprend ainsi de nombreux spécialistes et assure de multiples formations initiales et continues pouvant être davantage ouvertes à la population générale. Les établissements pourraient aussi mettre en place des ateliers d'éducation à la santé en complément de leurs programmes d'éducation thérapeutique du patient, et surtout, la communauté scientifique de l'hôpital territorial pourrait être le garant méthodologique des

⁷⁰⁰ Consulter par exemple : **TURPIN Dominique**, « La responsabilité sanitaire et sociale : évolutions et tendances », RDSS, n°01 2015, pages 5 à 13. **BARGES-BERTOCCHIO Marie-Hélène**, « L'hôpital public confronté au juge pénal », thèse de doctorat en droit, sous la direction du Professeur Louis DUBOIS, Université Aix-Marseille III, 2005.

⁷⁰¹ Voir en ce sens : **CONSEIL SCIENTIFIQUE COVID-19**, « One Health – Une seule santé – Santé humaine, animale, environnement : les leçons de la crise », février 2022, 24 pages et notamment page 5 : « (...) Le concept « One Health » vise à mettre en lumière les relations entre la santé humaine, la santé animale et les écosystèmes et à faire le lien entre l'écologie et la médecine humaine et vétérinaire. L'approche « One Health » se concentre principalement sur les maladies infectieuses, qu'elles se transmettent des animaux aux humains ou inversement, leur émergence en lien avec les changements globaux, la résistance aux antimicrobiens, et la sécurité sanitaire des aliments. (...) ».

mesures prises par les autorités locales en validant les protocoles fondant les actions d'« aller vers »⁷⁰².

518. Une telle démarche correspondrait à une étape supplémentaire par rapport aux actions d'expérience patient⁷⁰³ mises en place actuellement par de nombreux établissements de santé. Cela retrace une évolution notable, y compris au niveau juridique, de l'appréciation portée sur l'individu par le système hospitalier. Originellement, l'individu était un objet de soin devant se soumettre en raison de l'asymétrie de connaissances avec son médecin même si cette vision était cependant nuancée par la présence de règles déontologiques. Avec l'apparition des droits individuels et collectifs des usagers⁷⁰⁴, l'individu est devenu un sujet de soin devant être informé en vue de son consentement ou de l'exercice d'autres droits qui lui sont propres. Il existe toujours un colloque singulier entre le patient et le médecin mais un certain rééquilibrage des pouvoirs est apparu. L'expérience patient, dérivée de l'expérience client d'autres secteurs d'activité, tente d'appréhender l'individu dans son entièreté et non pas seulement par le seul prisme de la qualité technique des soins prodigués. Cette conception holistique de l'individu trouve ainsi sa conclusion logique dans la reconnaissance d'une responsabilité populationnelle portée collectivement par les acteurs de santé.

519. Bien que cette responsabilité populationnelle soit sans doute purement théorique dans un premier temps, au regard des enjeux de structuration de l'offre de soins, sa reconnaissance nous apparaît susceptible de redonner une vision plus humaniste à la stratégie hospitalière,

⁷⁰² Voir par exemple : **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Place des offreurs de soins dans la prévention », juillet 2018, 84 pages. **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Evaluation ex-post du Plan national de santé publique », mars 2022, 77 pages.

⁷⁰³ **HAUTE AUTORITE DE SANTE**, « Mesure de l'expérience du patient - Analyse des initiatives internationales », avril 2011, 43 pages et particulièrement page 3 : « (...) Ces constats ont conduit au développement d'enquêtes fondées sur des critères issus des expériences des patients, en complément ou indépendamment d'enquêtes de satisfaction. Cela consiste à demander aux patients d'évaluer des aspects objectifs de leur prise en charge, par exemple en utilisant la question « Les médecins ont-ils parlé devant vous comme si vous n'étiez pas là ? » au lieu de demander s'ils sont satisfaits ou non de la relation médecin-malade. Une autre approche consiste à interroger les patients sur une prestation de soin, en leur demandant par exemple « Combien de temps avez-vous attendu dans la salle d'attente ? ». Enfin, une méthode couramment utilisée est de demander aux utilisateurs quant à leurs intentions de recommander ou de revenir dans le service. ». Se référer également aux actions menées par l'Institut Français de l'Expérience Patient (IFEP) dont l'objectif est de diffuser ce concept provenant de l'approche anglo-saxonne des soins.

⁷⁰⁴ Se reporter par exemple à : **BRECHAT Pierre-Henri**, « La participation des usagers : une réussite française reconnue au niveau international », JDSAM, n°15 2017, pages 3-7. **TABUTEAU Didier**, « La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades 20 ans après – La genèse d'un texte fondateur », JDSAM, n°34 2022, pages 11-15. **TRUCHET Didier**, « La loi du 4 mars 2002 vingt ans après : en guise de conclusion... provisoire », RDSS, n°02 2022, pages 271-276. **TRUCHET Didier**, « La décision médicale et le droit », AJDA, n°09 1995, p. 611. Sur les questions de responsabilité médicale pouvant en découler, voir par exemple : **TRUCHET Didier**, « La responsabilité juridique du fait de l'imagerie médicale », Recherches en psychanalyse, n°02 2009, pages 174-181.

fortement marquée par la transformation de l'hôpital en plateau technique et par conséquent par sa recherche de performance.

B) Un possible renouveau du service public de santé

520. L'hôpital territorial en tant que coordonnateur de son territoire se voit confier une responsabilité populationnelle, assumée conjointement avec les autres acteurs de santé, ce qui pourrait être une opportunité pour redéfinir les contours du service public hospitalier sur lequel les modifications législatives des quinze dernières années ont pu jeter un flou, avec une oscillation entre une définition organique et une définition matérielle. Originellement, la définition organique prévalait avec un service public hospitalier assimilé aux établissements publics de santé⁷⁰⁵ tout en définissant le contenu attendu de celui-ci⁷⁰⁶. Sous l'influence du droit communautaire, une définition matérialiste du service public hospitalier a fait son apparition en 2009⁷⁰⁷ autour de quatorze missions pouvant être exercées indifféremment et non plus en bloc. En 2016⁷⁰⁸, une approche intermédiaire a finalement été choisie en rétablissant le service public

⁷⁰⁵ Voir en ce sens la **loi n°70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière, **Article 3** : « *Le service public hospitalier est assuré : 1° Par les établissements publics de santé ; 2° Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi. Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur. (...)* ».

⁷⁰⁶ Se référer à la **loi n°70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière, **Article 2** : « *Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement - notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel. De plus, le service public hospitalier : Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ; Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ; Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire. Concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente. Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.* ».

⁷⁰⁷ Voir la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, **Article 1**. Voir également : **DEVICTOR Bernadette, DUBOSQ Christian, FENOLL Bertrand, CASTEL Paul**, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le service public hospitalier », février 2013, 143 pages. **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », mars 2014, 209 pages. **CABANIS Jean-Noël**, « Faut-il réinscrire dans la loi la notion de service public hospitalier ? », RDSS, n°01 2013, pages 58-66.

⁷⁰⁸ Se référer à la **loi n°2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, **Article 99** : « (...) *Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services : 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ; 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou,*

hospitalier comme un bloc non plus de missions mais d'obligations, ce changement de paradigme ayant par ailleurs été jugé conforme aux règles constitutionnelles⁷⁰⁹.

521. Nous verrons qu'au-delà de ces modifications successives, l'élargissement des missions de l'hôpital territorial à la responsabilité populationnelle pourrait être un renouveau du service public de santé, grâce à un dépassement de l'hospitalo-centrisme traditionnel lui rendant sa légitimité (a), y compris en étant un élément de différenciation assumé entre l'hôpital territorial et le secteur privé (b).

a. Un dépassement de l'hospitalo-centrisme traditionnel lui rendant sa légitimité

522. L'élargissement de la responsabilité de l'hôpital territorial conduirait à repenser la notion même de service public hospitalier dans la mesure où malgré les modifications successives au cours des quinze dernières années, une critique récurrente reste celle de l'hospitalo-centrisme des établissements publics de santé. Or, le paradigme a évolué en passant d'une médecine purement aigüe à une approche de santé publique conduisant à penser non plus un parcours de soins mais un parcours de santé. Les établissements publics de santé en sont un acteur majeur mais non unique et il leur faut par conséquent dialoguer et interagir avec les autres acteurs de santé publique. Cependant, la notion de service public hospitalier renvoie à la prise en charge aigüe, et à ses modalités notamment en termes d'égalité d'accès ou de non-dépassement d'honoraires dans le cadre de l'aide médicale urgente. Le service public hospitalier n'est pas une notion pouvant être utilisée pour dépasser cet hospitalo-centrisme alors qu'elle en est elle-même largement entachée⁷¹⁰.

à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ; 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ; 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. ». Consulter aussi : **APOLLIS Benoît**, « La nouvelle définition du service public hospitalier », Les Cahiers de la fonction publique, n°369, septembre 2016, pages 29-31. **BOUSSARD Sabine**, « Les vicissitudes du service public hospitalier », RFDA, n°03 2016, pages 565-576. **CRISTOL Danièle**, « Les habits neufs du service public hospitalier », RDSS, n°04 2016, pages 643-657.

⁷⁰⁹ Voir la **décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC** du 21 janvier 2016 « Loi de modernisation de notre système de santé ».

⁷¹⁰ Voir par exemple : **ROCHE Régine**, « GHT et service public - Le défi de la territorialisation », Gestions hospitalières, n° 577 2018, pages 362 à 367. **CAUMES Grégory**, « Service public hospitalier : un retour aux sources ou une notion juridique inapplicable », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 83-91. Ce sujet renvoie par ailleurs à la nature juridique même de l'hôpital public faisant périodiquement débat, voir pour illustration : **DE KERVASDOUE Jean**, « Hôpital public, hôpital à but non lucratif : quel est aujourd'hui le plus adapté ? », Les

523. Les modifications apportées aux missions des établissements de santé, et en premier lieu de l'hôpital territorial, doivent conduire à passer du service public hospitalier au service public de santé⁷¹¹. Ainsi, l'égal accès à des activités de prévention prévu par la définition actuelle du service public hospitalier devrait se transformer en obligation des établissements de proposer des actions de promotion et de prévention de la santé fondées sur un diagnostic des comportements de la population locale et en coopération avec les autres acteurs de santé du territoire. Au-delà d'une simple incantation tenant à un changement lexical, cette obligation du service public de santé pourrait être suivie annuellement par l'agence régionale de santé à travers le dialogue de gestion basé sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'hôpital territorial. Il existerait ainsi une congruence entre l'émergence d'une responsabilité populationnelle, la clarification des missions de coordination territoriale et de régulation, et la mise en place d'un service public de santé permettant un décroisement et une responsabilisation des acteurs de santé d'un territoire⁷¹².

524. Une telle structuration d'un service public de santé présenterait selon nous plusieurs avantages. Cela élargirait le périmètre du service public, en passant d'un service public hospitalier à un service public de santé. Surtout, celui-ci étant un bloc d'obligations pouvant être assumé par des acteurs de différents statuts juridiques, il pourrait se trouver appliqué par l'ensemble des acteurs, notamment ceux de la médecine de premier recours, tout en redonnant une place primordiale à l'hôpital public qui en assurerait la coordination territoriale sous le contrôle des autorités de régulation.

Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 39-48. **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Etablissements de santé publics et privés, l'esquisse d'une silhouette commune ? », Gestions hospitalières, n°554, mars 2016, pages 189-191.

⁷¹¹ Se reporter à : **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », mars 2014, 209 pages. **SAISON Johanne**, « Service public hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé », RDSS, n°04 2017, pages 634-643. **SAISON Johanne**, « Ma santé 2022 : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé », RDSS, n°1 2019, pages 25-34.

⁷¹² Voir en ce sens : **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », mars 2014, 209 pages et particulièrement page 10 : « (...) *Le projet de service public territorial de santé (SPTS) rencontre l'assentiment de tous les acteurs (même si la dénomination et les modalités de déploiement du SPTS sont sujettes à appréciations diverses), car il vient répondre aux attentes fortement exprimées par les usagers et les professionnels. Il permet de développer à la fois un choc de coopération au sein de notre système de santé (ainsi qu'avec les autres secteurs dont, prioritairement, le social), et un choc de responsabilisation des acteurs de santé. Ces derniers apparaissent tous prêts pour s'engager dans de nouvelles formes d'organisation si les règles sont stabilisées et clairement définies contractuellement avec et entre eux. (...) Les acteurs de santé s'organisent selon une approche en responsabilité populationnelle c'est-à-dire dans la préoccupation que chaque personne sur le territoire de proximité trouve a minima une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. (...)* ».

b. Une différenciation assumée entre l'hôpital territorial et le secteur privé

525. La seconde critique pouvant être apportée au service public hospitalier actuel relève d'une complexité, du fait de sa construction autour d'un bloc d'obligations, ayant gommé sa définition organique en raison des impératifs de conformité au droit de la concurrence⁷¹³. Sa définition initiale confondait le service public hospitalier et les établissements publics de santé, tandis que sa définition matérielle ne détaillait que les missions du service public hospitalier sans même faire des établissements publics de santé les détenteurs exclusifs ou privilégiés de celles-ci. La définition actuelle est intermédiaire car elle ne liste plus des missions mais des obligations pouvant être assumées de plein droit par les établissements publics de santé, mais également par les établissements privés à but lucratif sous certaines conditions. Ce mécanisme peut semer la confusion dans la mesure où un patient peut au sein d'un même établissement, public ou privé, relever d'une prise en charge dans le cadre du service public ou d'un séjour sous statut libéral, ce qui fait que la différenciation entre établissements publics et privés tend progressivement à s'effacer symboliquement⁷¹⁴.

526. La création d'un tel service public de santé reposant certes sur tous les acteurs de santé mais mis en mouvement par la coordination territoriale exercée par l'hôpital territorial dans le cadre de la responsabilité populationnelle permettrait de rappeler le rôle premier des établissements publics de santé. Bien évidemment, l'obligation de non dépassement d'honoraires et l'égalité d'accès continueraient de s'appliquer de plein droit, quel que soit le

⁷¹³ Se référer par exemple à : **CHAVRIER Géraldine**, « Etablissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence », RDSS, n°2 2006, pages 274-287. **DESCOURS-ALFANDARI Nathalie**, **VORMS Bertrand**, « Le service d'intérêt économique général : chronique d'une mort annoncée de l'hospitalisation privée ou du système de santé ? », Revue Droit et Santé, n°67 2015, pages 651-664. **GUINARD Dorian**, « Aides d'Etat et financement des hôpitaux – Note sous TPIUE, 7 novembre 2012, CBI c/ Commission », RDSS, n°03 2013, pages 431-438. **GUINARD Dorian**, « Services sociaux et services de santé dans le droit de l'Union Européenne – Note sous CJUE, 11 juillet 2013, Fédération des maisons de repos privées de Belgique », RDSS, n°05 2013, pages 835-842. **HENNION Sylvie**, « Services d'intérêt général, santé et droit de l'Union européenne », RDSS, n°6 2010, pages 993-1003. **HENNION Sylvie**, « Service public de santé et droit européen », RDSS, n°01 2013, pages 45-57. **ILIOPOULOU-PENOT Anastasia**, « Service public hospitalier et droit de l'Union », RDSS, n°04 2017, pages 626-633.

⁷¹⁴ Nous devons néanmoins noter que la « pureté » du modèle organique n'est que théorique dans la mesure où les praticiens hospitaliers titulaires des hôpitaux publics peuvent, sous certaines conditions, exercer une activité libérale en leur sein et avec leurs moyens. Cette pratique a encore récemment été réaffirmée dans le cadre de la nouvelle définition du service public hospitalier, voir en ce sens : **MOQUET-ANGER Marie-Laure**, « Sur la conformité à la Constitution du droit à dépassement d'honoraires réservé à l'activité libérale à l'hôpital – Note sous Conseil Constitutionnel, décision n°2019-792 QPC du 21 juin 2019, Clinique Saint-Cœur et autres », RDSS, n°06 2019, pages 1043 à 1053. De même, la réglementation permet désormais à l'hôpital public de recruter un praticien sous le statut de praticien libéral exerçant des missions de service public conformément à l'**article L.6146-2 du code de la santé publique**.

statut juridique de l'établissement, dès lors que celui-ci serait titulaire d'une autorisation de médecine d'urgence.

527. Afin de conforter un tel modèle, il conviendrait néanmoins de pousser la réflexion jusqu'à la question éminemment sensible des dépassements d'honoraires à l'hôpital public en-dehors des prises en charge en urgence. Cette activité libérale tend en effet à s'accroître et à réduire la spécificité du service public. Celle-ci est le symptôme d'une part d'un mode de financement à l'activité, qu'il conviendrait d'amender sans l'abandonner totalement, et surtout d'un accroissement de l'écart salarial des praticiens entre le secteur public et le secteur privé.

Conclusion de chapitre

528. En faisant évoluer les groupements hospitaliers de territoire vers un hôpital territorial, deux objectifs complémentaires, mais trop souvent perçus comme antinomiques, pourraient être atteints, en l'occurrence la définition d'une stratégie de groupe public et la coordination du territoire par ce même hôpital territorial.

529. Le premier objectif relatif à une stratégie de groupe public reviendrait à prendre acte de la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire⁷¹⁵ en les transformant en un hôpital territorial devenant la personnalité juridique unique à l'échelon départemental dans le champ de l'hospitalisation publique. Une telle évolution supposerait au préalable de revoir leur composition pour favoriser l'homogénéité de leurs sites hospitaliers constitutifs, mais surtout nécessiterait de trouver un équilibre entre l'intégration, supposant une forme de centralisation de la décision, et la recherche de la proximité, afin de ne pas conduire aux errements possibles de la massification d'une structure⁷¹⁶. Cet équilibre se fonderait sur la subsidiarité du fonctionnement de l'hôpital territorial en prévoyant un large champ de délégations de compétences. Tout en assurant l'unicité de la nouvelle catégorie juridique de l'hôpital territorial, les modalités de cette subsidiarité ne seraient pas figées dans la réglementation, pour pouvoir favoriser la différenciation parfois nécessaire au regard des situations locales, mais reposeraient sur un droit processuel créant les processus juridiques conduisant à leur définition.

530. Un hôpital territorial regroupant les actuels établissements publics de santé dotés d'activités de court séjour deviendrait alors un interlocuteur unique, et de ce fait légitime et opérationnel, pour les autres acteurs de santé. Ces qualités lui permettraient d'assumer une mission de coordination territoriale, par délégation des agences régionales de santé détenant les pouvoirs de régulation, afin de mettre en œuvre une responsabilité populationnelle devenant collective à tous les acteurs du territoire. Ainsi, tout en favorisant l'intégration des structures, l'émergence de l'hôpital territorial permettrait de dépasser l'hospitalo-centrisme souvent reproché à l'hôpital public et conduirait à un renouveau salutaire d'un service public de santé au sein de chaque territoire.

⁷¹⁵ Se reporter à : **DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain**, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 77-87.

⁷¹⁶ Voir pour illustration : **CORMIER Maxence, APOLLIS Benoît**, « Réflexions sur les causes et les effets de la concentration du secteur hospitalier français », *Revue générale de droit médical*, n° 73 2019, pages 51 à 70.

Chapitre II : Une évolution devant s'accompagner de réformes complémentaires du système hospitalier

531. L'hôpital territorial serait la personnalité morale unique d'un territoire revu selon le périmètre départemental et incluant de façon automatique les seuls établissements publics de court séjour. Cette clarification ne signifierait cependant pas un recentrage de l'hôpital sur lui-même, mais d'une part le constat que son intégration suppose l'homogénéité des sites hospitaliers le constituant, et d'autre part la reconnaissance que les outils juridiques de coopération existant⁷¹⁷ sont suffisants pour structurer les filières avec les établissements de proximité et les établissements privés de santé. La création de l'hôpital territorial ne doit pas conduire non plus à la constitution d'assistances publiques départementales et pour ce faire, son modèle de fonctionnement interne doit être fondé sur la subsidiarité et la délégation favorisant ainsi la proximité. De même, son fonctionnement devant relever en priorité du projet d'établissement, une différenciation entre les hôpitaux territoriaux pourrait être possible tout en conservant un cadre juridique national unique. Loin d'un hospitalo-centrisme⁷¹⁸, l'hôpital territorial doit être l'occasion d'une ouverture, et notamment en étant un acteur majeur de la responsabilité populationnelle, cette responsabilité élargie pouvant par ailleurs être une source de refondation du service public hospitalier en un service public de santé.

532. L'établissement public de santé territorial a ainsi un cadre juridique précisé et devant permettre de concilier deux démarches potentiellement antagonistes, l'intégration des structures hospitalières de court-séjour d'une part et l'ouverture vers les autres acteurs de santé pour porter

⁷¹⁷ Nous pensons ici tout particulièrement au recours d'une part à la convention de coopération pour structurer les filières de prise en charge, et d'autre part au groupement de coopération sanitaire (GCS) pour mettre en place des coopérations structurelles visant à partager des coûts de fonctionnement, notamment dans le domaine logistique, ou en ayant recours au GCS de l'article 108 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 exerçant une activité de soins pour le compte de ses membres.

⁷¹⁸ Voir en ce sens : **LORIOU Marc**, « Grandeur et remise en cause de l'hospitalo-centrisme », in *L'impossible politique de santé publique en France*, Erès, 2002, 168 pages et notamment pages 85 à 102. Nous pouvons en déduire que l'hospitalo-centrisme est un phénomène de construction du système de santé autour de l'hôpital et en faisant un acteur « disproportionné » par rapport aux autres acteurs de santé. L'hospitalo-centrisme a pu apparaître de façon parallèle à l'évolution de la médecine faisant des hôpitaux des plateaux techniques concentrant l'essentiel des moyens. La chronicisation des pathologies conduit à repenser le système de santé autour du parcours du patient, l'hôpital devenant un maillon essentiel mais non pas majeur de celui-ci. Il est toutefois à noter que l'hospitalo-centrisme est également une conséquence de l'absence de structuration des autres acteurs de santé conduisant à faire peser sur l'hôpital des missions ne relevant pas de lui, comme le constat est régulièrement fait concernant le recours aux urgences. Ainsi, la fin de l'hospitalo-centrisme nécessiterait aussi que l'hôpital soit structuré de façon à interagir davantage avec les autres acteurs de santé, par exemple à travers la télémédecine.

une politique de santé publique de proximité d'autre part. La création de l'hôpital territorial supposerait la mise en œuvre de réformes complémentaires telles que celles du mode de financement des établissements de santé, de la territorialisation du droit des autorisations sanitaires ou encore de l'évolution réglementaire des corps médicaux et dirigeants des établissements. De telles évolutions paraissent nécessaires pour que l'hôpital territorial puisse pleinement jouer son rôle, celui-ci ne pouvant régler seul les enjeux que le système hospitalier rencontre actuellement. Son action doit par ailleurs s'effectuer en parallèle d'une réforme plus globale de la médecine de premier recours et des modes de régulation.

533. L'hôpital territorial nécessite ainsi un dépassement des règles hospitalières actuelles (section I), tout en s'inscrivant plus largement dans un système de santé à refonder (section II).

Section I : L'hôpital territorial, un dépassement des règles hospitalières actuelles

534. Le cadre juridique de l'établissement public de santé territorial doit faciliter son action en prévoyant une intelligibilité de ses missions, notamment dans le cadre de la coordination territoriale en complémentarité des délégations départementales des agences régionales de santé. L'octroi d'une personnalité morale unique permettrait un alignement stratégique des différents sites hospitaliers constitutifs. Mais, l'action de l'hôpital territorial doit pouvoir bénéficier des outils de gestion pertinents au regard de sa responsabilité élargie. Ces outils de gestion font appel à des thèmes de recherche relevant de l'économie de la santé⁷¹⁹ ou de la théorie des organisations⁷²⁰ mais certains reposent aussi sur des bases juridiques qu'il conviendrait de modifier en conséquence. Ces évolutions juridiques facilitant l'action de l'hôpital territorial doivent concerner tout d'abord les mécanismes de régulation que sont le mode de financement des établissements de santé et le droit des autorisations sanitaires, pour en faire des outils intégrant l'approche territoriale et la responsabilité populationnelle, au lieu

⁷¹⁹ Consulter pour illustration : **AUBERT Isabelle**, « Mutations du système de santé et logique de parcours : enjeux de complexité, de coordination et d'action publique », thèse de doctorat en sciences de gestion, sous la direction de du Professeur Jean-Claude SARDAS et du Professeur Frédéric KLETZ, Université Paris sciences et lettres, décembre 2021.

⁷²⁰ Pour exemple, consulter notamment : **MAKHOLOUFI Imane, SAADI Janad, EL HIKI Lahcen, EL HASSANI Amine**, « Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid », Santé Publique, n°06 2012, pages 573 à 585.

d'être des outils de concurrence⁷²¹ entre les acteurs de santé d'un territoire. Ensuite, les acteurs internes de l'hôpital territorial devraient voir leurs statuts évoluer au regard de leur exercice transformé par la création de l'hôpital territorial. Ce constat est déjà en partie valable depuis la création des groupements hospitaliers de territoire mais l'accroissement de cette dynamique devrait entraîner une révision statutaire.

535. Nous aborderons tout d'abord la réforme des mécanismes de régulation devant permettre d'agir sur la gradation des soins (paragraphe I), avant de proposer la prise en compte de la territorialisation des métiers de dirigeants hospitaliers (paragraphe II).

Paragraphe I : Des mécanismes de régulation permettant d'agir sur la gradation des soins

536. L'organisation graduée de l'offre de soins d'un territoire pâtit de deux contraintes conduisant à des comportements opportunistes et individualistes des établissements de santé, y compris des établissements publics entre eux. Il s'agit tout d'abord du mode de financement des établissements de santé, fondé en grande partie sur un mécanisme d'allocation des ressources, appelé tarification à l'activité, dans le cadre global de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie. L'autre contrainte majeure provient du droit des autorisations sanitaires encore basé sur un octroi par entité géographique de façon contradictoire avec l'objectif d'organisation graduée de l'offre de soins à travers l'élaboration du projet médical partagé. Ainsi, les deux mécanismes de régulation, que sont le mode de financement et le droit des autorisations sanitaires, sont restés sensiblement dans le même paradigme malgré la création des groupements hospitaliers de territoire. La mise en place de l'hôpital territorial supposerait par conséquent que ceux-ci soient également réformés afin de permettre la réussite de cet établissement public de santé territorial et de sa responsabilité élargie.

537. Nous analyserons en premier lieu les modalités de la réforme du modèle de financement des hôpitaux (A), puis nous expliciterons une proposition de territorialisation du portage des autorisations sanitaires (B).

⁷²¹ Voir par exemple : **APOLLIS Benoît**, « Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier », RDSS, n°03 2020, pages 433-441. **VIUJAS Vincent**, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », RDSS, n°06 2021, pages 1006-1013.

A) Une réforme du modèle de financement des hôpitaux

538. Le financement des établissements de santé relève du Parlement à travers l'adoption annuelle de la loi de financement de la Sécurité sociale⁷²² et de son objectif national des dépenses d'assurance maladie⁷²³ (ONDAM). Ce budget annuel consacré à l'Assurance-maladie, et dont une sous-enveloppe concerne plus spécifiquement les établissements de santé, peut être réparti selon des méthodes comptables très diverses. Le mode de financement actuel des établissements repose pour une grande partie sur la notion du financement à l'activité⁷²⁴, c'est-à-dire sur la fixation de tarifs ou prix par type de prises en charge réalisées et dont les établissements obtiennent le remboursement en fonction du volume d'activité réalisé. Ce mode d'allocation des ressources présente, comme tout modèle, des avantages indéniables et des limites intrinsèques. Sans détailler ce mécanisme, il est à noter que celui-ci conduit les établissements de santé à vouloir maximiser leur volume d'activité pour obtenir le plus de recettes possible, cela n'incitant bien évidemment pas à la coopération avec d'autres établissements, ni à réviser son offre de soins dans une optique de gradation. De même, la prise

⁷²² Cette détermination parlementaire du « budget de la santé » a été prévue par la **loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996** instituant les lois de financement de la sécurité sociale. Voir plus globalement : **BRAS Pierre-Louis, DE POUVOURVILLE Gérard, TABUTEAU Didier** (sous la direction de), « Traité d'économie et de gestion de la santé », Presses de Sciences Po, 2009, 562 pages. **PIERRU Frédéric**, « Le grand chaudron du PLFSS », Les Tribunes de la santé, n°01 2021, pages 69 à 79. **DUFOUR Anne-Claire**, « Le bilan des lois de financement de la sécurité sociale dans le domaine de la santé », Les Tribunes de la santé, n°03 2011, pages 69 à 76.

⁷²³ En ce qui concerne plus particulièrement l'ONDAM, se référer à l'**article L.O.111-3 du code de la sécurité sociale** : « (...) B.- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale : 1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ; 2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ; (...) ». Consulter également : **BRAS Pierre-Louis**, « L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », Les Tribunes de la santé, n°01 2019, pages 109 à 117. **FERRAS Benjamin, PLANEL Maurice-Pierre**, « L'assurance maladie en question(s) », Presses de l'EHESP, 2019, 128 pages.

⁷²⁴ Se référer à l'**article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale** : « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants : a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique (...) 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ; 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. ». Voir aussi : **BURNEL Philippe**, « L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé », Journal de gestion et d'économie médicales, n°02-03 2017, pages 67 à 79. **MOISDON Jean-Claude**, « L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A », RFAS, n°01-02 2010, pages 213 à 226. **MOISON Jean-Claude**, « PMSI, T2A et gestion interne », Journal de gestion et d'économie médicales, n°02-03 2017, pages 51 à 66. **GRIMALDI André**, « Crise de l'hôpital public, la T2A pas si innocente », Les Tribunes de la santé, n°04 2022, pages 91 à 94. **CASH Roland**, « La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ? », Les Tribunes de la santé, n°04 2017, pages 35 à 55.

en charge globale du patient, et notamment les aspects de prévention et de promotion de la santé, n'est pas suffisamment développée par les établissements, ce mode de financement n'étant fondé que sur la valorisation financière des actes techniques. Aussi, il conviendrait de réviser ce mécanisme d'allocation des ressources, sans toutefois le remettre entièrement en cause, et de l'inscrire dans un cadre pluriannuel, comme le prévoit désormais la législation⁷²⁵, et plus global en fusionnant les sous-enveloppes de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie afin de décloisonner les prises en charge entre la médecine de premier recours, l'hospitalisation aigüe et les soins médicaux et de réadaptation⁷²⁶.

539. Nous proposerons la mise en place d'un financement fondé sur le parcours de soins et leur pertinence (a), tout en prévoyant une refonte du financement des activités spécifiques de service public (b).

a. La mise en place d'un financement au parcours de soins et à la pertinence

540. Pour réduire la concurrence entretenue par la tarification à l'activité, la première évolution du mode de financement pourrait être de prendre en considération le parcours de santé du patient avec d'une part une valorisation de la coordination des acteurs de santé entre eux au bénéfice du patient, et d'autre part le développement d'actions de prévention et de santé publique. Un tel changement serait d'autant plus nécessaire dans un contexte de transition épidémiologique⁷²⁷ et de vieillissement de la population conduisant à un accroissement des pathologies chroniques tandis que la tarification à l'activité n'est conçue principalement que pour la prise en charge de pathologies aiguës. Il conviendrait ainsi de passer en partie d'un paiement à l'acte, que cela concerne les établissements de santé ou la médecine de premier

⁷²⁵ Voir en ce sens la **loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022** relative aux lois de financement de la sécurité sociale : « Art. LO 111-4. - Le projet de loi de financement de l'année est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. (...) ».

⁷²⁶ Voir par exemple : **AUBERT Jean-Marc**, « Rapport final – Modes de financement et régulation », janvier 2019, 15 pages.

⁷²⁷ Consulter par exemple : **GIROUX Elodie**, « Contribution à l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », Revue d'histoire des sciences, n°02 2011, pages 219 à 224. **ROBINE Jean-Marie**, « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie - Le cas de la France », Population, n°01-02 2001, pages 199 à 221. **BORGES DA SILVA Georges**, « Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins », Santé Publique, n°HS 2015, pages 9 à 11.

recours, à un paiement intégré et au parcours⁷²⁸. Pour certains types de prise en charge, comme la psychiatrie, ce financement au parcours peut prendre la forme d'une dotation populationnelle⁷²⁹, c'est-à-dire d'un budget basé sur des indicateurs liés aux caractéristiques de la population desservie par un établissement.

541. De même, la tarification à l'activité conduit rationnellement à privilégier le rendement, c'est-à-dire le volume, parfois au dépit de la qualité et la sécurité des soins réalisés. Pour corriger cette tendance, une incitation financière à la qualité⁷³⁰ a été progressivement mise en place et permet un abondement financier complémentaire pour les établissements de santé les plus vertueux. Ce mécanisme complémentaire est fondé sur l'atteinte de résultats pour des indicateurs obligatoires de qualité⁷³¹, dont les établissements doivent par ailleurs prévoir la publicité auprès de la population. D'incitative pour les établissements vertueux, cette dotation complémentaire a évolué vers un dispositif comprenant aussi des pénalités financières pour les établissements n'atteignant pas des seuils minimaux de résultats de leurs indicateurs de qualité. Le financement à la qualité voit par ailleurs son montant augmenter chaque année pour devenir une part croissante du budget des établissements de santé et l'étape suivante serait de penser les mécanismes permettant de passer de la qualité à la pertinence des soins⁷³² afin que des actes, réalisés avec qualité mais non indispensables à la prise en charge, ne puissent pas être valorisés.

⁷²⁸ Voir en ce sens : **VERAN Olivier**, « L'évolution des modes de financements des établissements de santé – Une nouvelle échelle de valeur », avril 2017, 133 pages. **VIUJAS Vincent**, « La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche », RDSS, n°03 2020, pages 524 à 536. **APOLLIS Benoît**, « Vers une transformation financière du système de santé ? », RDSS, n°01 2019, pages 35 à 45.

⁷²⁹ Une telle modalité est en effet prévue pour cette activité par le **décret n°2021-1255 du 29 septembre 2021** relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie. Il en est de même pour la médecine d'urgence, ainsi que pour les soins médicaux et de réadaptation.

⁷³⁰ Se référer au **décret n°2021-1613 du 9 décembre 2021** portant modification de dispositions réglementaires du code de la sécurité sociale relatives à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Voir plus globalement : **BRAS Pierre-Louis**, « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins », Journal de gestion et d'économie médicales, n°06 2017, pages 245 à 263. **GOURIEUX Bénédicte, DUVERNOY Thomas, TISSIER Frédérique, GARASSUS Paul**, « Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions », Journal de gestion et d'économie médicales, n°06 2017, pages 287 à 304.

⁷³¹ Ces indicateurs sont fixés par l'**arrêté du 13 juillet 2021** fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-23-15, la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé. Voir aussi : **LESCHER CLUZEL Myriam**, « La diffusion de l'information sur la qualité des hôpitaux en France », Journal de gestion et d'économie de la santé, n°04 2020, pages 253 à 274.

⁷³² Se référer à ce sujet à : **GINON Anne-Sophie**, « La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 428-436. **POLTON Dominique**, « La pertinence : trop ou trop peu de soins ? », Revue française des affaires sociales, n°03 2019, pages 139 à 148. Et pour illustration : **SAILLOUR-GLENISSON Florence, JOUHET Vianney, BERDAÏ Driss, NOIZE Pernelle, FLOCCIA Marie, ZAMARON Sophie, CHENE Geneviève, SALMI Louis-Rachid**, « Programme d'évaluation et d'accompagnement à la pertinence des soins au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux : vers un modèle opérationnel de déploiement de la pertinence en établissement de santé », Revue française des affaires sociales, n°03 2019, pages 91 à 112. **OR Zeynep, VERBOUX**

b. Une refonte du financement des activités spécifiques de service public

542. En complément de la tarification à l'activité, d'autres modes d'allocation des ressources existent, notamment pour le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation⁷³³ que nous pourrions plus ou moins assimilées aux missions de service public et qui ne sauraient répondre à une conception fondée seulement sur le volume d'activité réalisé. Cette sous-enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie ne doit pas être concernée par le processus de fusion des autres sous-objectifs visant à réduire le cloisonnement des différents secteurs d'activité. Néanmoins, si ce financement doit nécessairement perdurer, il conviendrait également de le faire évoluer par exemple dans son mécanisme de contractualisation des missions avec les établissements concernés, celui-ci datant de près de dix ans⁷³⁴.

543. De plus, le mode de financement actuel des établissements de santé devrait davantage prendre en compte les besoins de financement de l'investissement et de l'innovation⁷³⁵. Ainsi, la tarification à l'activité permet de prendre en charge l'investissement courant, c'est-à-dire le renouvellement des équipements, mais les investissements majeurs⁷³⁶, et notamment immobiliers, ainsi que l'innovation thérapeutique dans les centres hospitaliers universitaires sont trop onéreux pour être soutenus par un tel mode de financement pouvant varier fortement d'une année à l'autre en fonction de l'activité réalisée et des tarifs des actes fixés par les autorités nationales. Le taux de vétusté des immobilisations des établissements publics de santé

Dorian, « La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies », *Revue économique*, n°02 2016, pages 337 à 354.

⁷³³ Se référer à l'**article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale** : « Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. (...) Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation. ».

⁷³⁴ Voir en ce sens la **circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013** relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général. Se référer plus globalement à : **BATIFOULIER Philippe, CASTIEL Didier, BRECHAT Pierre-Henri**, « La tarification à l'activité : une complexité contre-productive pour la santé des populations », *Les Tribunes de la santé*, n°01 2017, pages 61 à 78.

⁷³⁵ Consulter notamment : **DIEBOLT Vincent, MISSE Christophe**, « Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital - Enjeux, réglementation, organisation et financement », Dunod, 2014, 286 pages.

⁷³⁶ Cette contrainte pèse essentiellement sur les établissements publics de santé qui en-dehors des plans d'investissements nationaux (Hôpital 2007, Hôpital 2012 et Ségur de la santé) doivent recourir de ce fait à l'endettement alors que les cliniques privées peuvent mobiliser les fonds mutualisés au niveau de leur groupe. Ce constat conduit à nécessairement avoir des différences de financement entre les deux secteurs. Voir par exemple : **DOMIN Jean-Paul**, « La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire », *RFAP*, n°02 2020, pages 475 à 486.

étant très dégradé, les pouvoirs publics ont initié un vaste plan de soutien dans le cadre des accords du Ségur de la santé et des financements spécifiques et massifs⁷³⁷ devraient permettre la réalisation de tels investissements immobiliers dans les années à venir, y compris par le biais d'une compensation partielle des frais financiers liés à l'endettement⁷³⁸ des établissements.

544. La création de l'hôpital territorial devrait accompagner une telle sécurisation du financement de l'investissement majeur. Son unicité stratégique permettrait de prioriser les choix d'investissement à l'échelle départementale, alors que trop souvent les projets immobiliers d'établissements proches s'avèrent être en concurrence pour la recherche de financements nationaux sans même avoir cherché à définir une stratégie médicale commune.

B) Une territorialisation du portage des autorisations sanitaires

545. L'hôpital territorial suppose la fin de la concurrence entre établissements publics de santé du fait de l'octroi d'une personnalité morale unique et par conséquent d'un budget commun des différents sites hospitaliers constitutifs. La réforme du mode d'allocation des ressources conforterait cette approche avec un financement davantage fondé sur le parcours du patient et non plus exclusivement sur les actes techniques. La réforme du droit des autorisations sanitaires doit procéder de la même dynamique, à travers sa territorialisation, alors que leur octroi par site géographique limite les possibilités de réorganisation de l'offre de soins que l'hôpital territorial serait amené à mettre en place dans la suite des travaux déjà initiés en la matière par les groupements hospitaliers de territoire.

546. Nous verrons que le droit des autorisations sanitaires devrait en ce sens se territorialiser, notamment en reconnaissant davantage la notion d'équipe de soins (a), et que de ce fait la régulation régionale devrait évoluer vers une fongibilité territoriale des autorisations délivrées dans le cadre d'un droit à expérimentation (b).

⁷³⁷ Voir le **décret n°2021-779 du 17 juin 2021** modifiant le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé. Et également **l'instruction n°DGOS/PF1/2022/90 du 30 mars 2022** relative au déploiement des programmations régionales de projets d'investissement dans le cadre du plan de relance issu du Ségur de la santé.

⁷³⁸ Consulter le **décret n°2021-868 du 30 juin 2021** organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l'article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

a. Un droit des autorisations devant se territorialiser et reconnaître la notion d'équipe de soins

547. Le droit des autorisations sanitaires fait l'objet d'une réforme juridique d'ampleur, concernant l'ensemble des activités de soins et des équipements lourds, notamment par la révision complète des décrets relatifs à leurs conditions d'implantation et à leurs conditions techniques de fonctionnement afin que ce nouveau corpus juridique soit pris en compte dès l'élaboration des prochains schémas régionaux de santé prévus au second semestre de l'année 2023⁷³⁹. Cette réforme du droit des autorisations sanitaires comprend également un aspect plus global visant à simplifier les démarches administratives⁷⁴⁰ et à créer de nouveaux modes de régulation entrant en considération dans l'évaluation des dossiers, par exemple avec des indicateurs de vigilance quant à la qualité et à la sécurité des soins⁷⁴¹. Néanmoins, la gradation de l'offre de soins attendue de cette réforme n'a pas été totale car si les conditions d'implantation des activités de soins font apparaître pour certaines d'entre elles des labellisations graduées, par exemple entre mentions de neuroradiologie interventionnelle⁷⁴², elles fixent rarement des seuils d'activité minimaux garantissant une réelle recomposition de l'offre de soins et la sécurité des soins. L'introduction de seuils d'activité apparaîtrait nécessaire à une véritable gradation des soins comme cela est le cas par exemple dans le domaine de la cancérologie⁷⁴³.

⁷³⁹ Une telle réforme s'avérerait nécessaire au regard de l'évolution des prises en charge alors que les textes réglementaires les encadrant n'avaient pas été révisés depuis de nombreuses années. Nous pouvons de la sorte citer les activités de périnatalité dont les conditions techniques de fonctionnement dataient de 1998 ou encore la médecine d'urgence régie par des textes de 2007.

⁷⁴⁰ Se référer à l'**ordonnance n°2018-4 du 3 janvier 2018** relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds. Voir par exemple : **CRISTOL Danièle**, « Régime des autorisations sanitaires : simplification et modernisation sur ordonnance », RDSS, n°02 2018, pages 271-285. **FRANCIA Yannick**, « L'évolution des conditions d'octroi des autorisations sanitaires », RDSS, n°03 2020, pages 451-459.

⁷⁴¹ Voir en ce sens l'**ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021** portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds : « (...) Lorsque des indicateurs de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins, définis par arrêté du ministre de la santé sur proposition de la Haute Autorité de santé, font apparaître un niveau d'alerte à analyser, le maintien ou le renouvellement de l'autorisation peut être subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'agence régionale de santé compétente, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices. (...) ».

⁷⁴² Voir le **décret n°2022-21 du 10 janvier 2022** relatif aux conditions d'implantation de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie. Ainsi, il est désormais distinguer une mention A relative à la réalisation des actes de thrombectomie mécanique dans le cadre de la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, et une mention B pour les autres actes diagnostiques et thérapeutiques de neuroradiologie.

⁷⁴³ Se référer à l'**arrêté du 26 avril 2022** portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Voir pour illustration : **FELLINGER Francis**, **GARRIGUES Bernard**, « Quels seuils d'activité en cancérologie ? », Revue hospitalière de France, n°512 2006, pages 72 à 73. Et plus globalement : **CASTEL Patrick**, **JUVEN Pierre-André**, **VEZIAN Audrey** (sous la direction de), « Les politiques de lutte contre le cancer en France », Presses de l'EHESP, 2019, 216 pages.

548. Il pourrait être objecté que la recherche de la sécurité des soins par des seuils d'activité conduirait nécessairement à une réduction des sites autorisés. La conséquence en serait alors une perte de la proximité et un appauvrissement du maillage territorial pouvant impacter l'accessibilité aux soins. Afin d'éviter de tels effets, une organisation de la gradation des soins fondée sur le concept de site associé, mis en place pour les activités de cancérologie, pourrait être étendue aux activités pour lesquelles la proximité doit rester un élément majeur de l'organisation de l'offre de soins.

549. L'octroi des autorisations sanitaires reste ainsi fondé sur une approche de site géographique, y compris au sein d'une même entité juridique comme le serait l'hôpital territorial, ce qui rend impossible de transférer une activité de soins d'un site hospitalier à un autre sans validation préalable de l'agence régionale de santé. Au niveau régional, une telle contrainte s'entend pour des impératifs d'aménagement du territoire et de planification hospitalière, mais au sein d'un territoire défini, et sous réserve de maintenir au global une offre de soins répondant aux besoins de santé de la population, l'octroi d'autorisations par site géographique représente une contrainte lourde pour la recomposition de l'offre de soins. En termes de conditions techniques de fonctionnement telles que fixées par la réglementation pour chaque activité de soins, l'approche par site géographique s'argumente par la nécessaire vérification de la conformité des locaux et des équipements à disposition pour réaliser l'activité considérée. Cependant, l'élément le plus instruit par les agences régionales de santé, et de façon légitime, reste la conformité des compétences de l'équipe médicale au regard des textes réglementaires⁷⁴⁴. Or, avec les groupements hospitaliers de territoire, et encore plus avec l'hôpital territorial, l'organisation médicale serait structurée dans le cadre d'équipes médicales de territoire et de pôles inter-établissements. Une équipe pourrait ainsi être compétente lorsqu'elle exerce au sein d'un site autorisé pour une activité de soins, mais ne plus pouvoir réaliser cette même activité sur un autre site géographique. Il serait ainsi nécessaire de reconnaître comme fondement premier des conditions techniques de fonctionnement les

⁷⁴⁴ Pour illustration, voir le **décret n°2022-22 du 10 janvier 2022** relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie : « Art. D. 6124-149.- I.- Le personnel médical nécessaire à l'activité interventionnelle en neuroradiologie comprend : 1° Des médecins justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie attestées selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et dont le nombre permet d'assurer les exigences de permanence et de continuité des soins mentionnées à l'article L. 1110-1 ; 2° Au moins un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation, sur la base d'une organisation formalisée dans un document décrivant les modalités d'intervention de ce ou ces médecins en lien avec les médecins de l'équipe médicale interventionnelle ; 3° en tant que de besoin, un ou plusieurs médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation et en gériatrie. En dehors de la réalisation de l'acte interventionnel, sont associés aux personnels mentionnés au 1° à 3° des médecins spécialisés dans d'autres disciplines, en fonction des besoins de prise en charge des patients relevant de l'activité interventionnelle en neuroradiologie. (...) ».

compétences de l'équipe médicale à travers la notion d'équipe de soins, les autres paramètres étant des éléments subsidiaires pouvant faire l'objet d'une simple déclaration. Dans ce cadre, l'octroi des autorisations sanitaires pourrait alors être territorialisé au lieu d'être morcelé par entité géographique comme cela est le cas actuellement. En ce sens, la massification de l'organisation médicale aurait pu être perçue comme un risque de centralisation de l'activité à la faveur du site hospitalier de la ville centre, mais la territorialisation des autorisations permettrait à l'inverse de sécuriser l'offre de certains sites qui pris isolément n'auraient peut-être pas pu la maintenir durablement au regard de leurs difficultés de recrutement médical.

b. Une régulation régionale et une fongibilité territoriale des autorisations dans le cadre d'un droit à expérimentation

550. Le modèle d'une future réforme du droit des autorisations pourrait par conséquent prendre les formes suivantes. Tout d'abord, la planification hospitalière effectuée par l'agence régionale de santé, en sa qualité de régulateur, n'aurait pas à être modifiée. En ce sens, le schéma régional de santé devrait toujours déterminer des objectifs quantifiés d'implantation des activités de soins et des équipements lourds par territoire, selon une notion de territoire devant être mise en cohérence avec le nouveau périmètre départemental des hôpitaux territoriaux. Ces derniers et les établissements privés de santé devraient également toujours déposer une demande d'autorisation devant faire l'objet d'un avis consultatif de la sous-commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Cependant, cette régulation régionale inchangée pourrait s'accompagner d'une plus grande souplesse pour les acteurs locaux par une simplification des demandes d'autorisation et par conséquent des conditions techniques de fonctionnement. Le promoteur de l'autorisation prouverait sa capacité à disposer d'une équipe médicale en nombre et en compétence correspondant à l'attendu des textes réglementaires, mais les autres conditions, telles que les locaux ou les équipements, feraient l'objet d'une simple déclaration. En cas d'octroi de l'autorisation, le détenteur pourrait l'exercer en n'importe quel site géographique lui appartenant au sein du territoire, à partir du moment où l'activité serait réalisée par l'équipe médicale déclarée auprès de l'agence régionale de santé, créant en ce sens une fongibilité territoriale de l'autorisation sanitaire. Enfin, chaque activité de soins se verrait assortie de seuils minimaux d'activité fixés par arrêté ministériel et dont le détenteur de l'autorisation et l'agence régionale de santé vérifieraient conjointement et annuellement l'atteinte. En cas de non-réalisation deux années de suite, l'autorisation devrait

être retirée au détenteur hormis situations dérogatoires liées à l'isolement de l'offre de soins⁷⁴⁵. Il est vrai qu'un tel dispositif découle d'une situation actuelle, et peut-être conjoncturelle, de tension sur la démographie médicale. Aussi, en cas d'amélioration en ce domaine, la suppression partielle du numerus clausus⁷⁴⁶ devant produire ses effets d'ici une dizaine d'années, une territorialisation des autorisations sanitaires, telle que définie précédemment, pourrait conduire à une multiplication non contrôlée des sites exerçant des activités de court séjour.

551. Ce nouveau cadrage juridique du droit des autorisations sanitaires permettrait plus de souplesse pour l'hôpital territorial, disposant ainsi des leviers de recomposition de l'offre de soins, tout en assurant la compétence médicale et le volume d'activité, premières garanties de la sécurité des soins prodigués. Loin d'être un outil à façon pour l'hôpital territorial, cette territorialisation des autorisations sanitaires pourrait également être un outil juridique intéressant pour les établissements privés de santé disposant de plus en plus souvent de plusieurs sites au sein d'un même département, essentiellement les plus urbanisés⁷⁴⁷. Sans que cela ne constitue un outil à ce jour indispensable pour la stratégie de l'hôpital territorial, cette réforme du droit des autorisations sanitaires pourrait de même prévoir un droit à l'expérimentation concernant l'équipe médicale réalisant l'activité de soins. L'objectif serait d'étudier la délégation de tâches au bénéfice de professionnels paramédicaux, ces derniers étant limités

⁷⁴⁵ En ce sens, il est à noter la récente publication du **décret n°2023-260 du 7 avril 2023** relatif au droit de dérogation du directeur général de l'agence régionale de santé. Ce texte fait suite à une expérimentation initiée en 2017 dans quatre régions (Ile-de-France, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur) et s'avère similaire aux dispositions prévues pour les préfets par le **décret n° 2020-412 du 8 avril 2020** relatif au droit de dérogation reconnu au préfet. Le décret fixe les sept domaines dans lesquels le directeur général de l'agence régionale de santé dispose d'un tel pouvoir et précise les conditions auxquelles la dérogation doit répondre. Il est par ailleurs prévu que la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le conseil d'administration de l'agence régionale de santé soient informés chaque semestre des décisions dérogatoires ayant été prises sur ce fondement. Voir pour exemple : **BRICAULT Jean-Michel**, « Dévolution d'un droit de dérogation des préfets aux normes réglementaires », AJDA n°26 2020, pages 1478 à 1482. **PRADINES Dorothée**, **JANICOT Thomas**, « Pouvoir de dérogation des préfets : beaucoup de bruit pour rien ? », AJDA n°17 2022, pages 962 à 969. **JOBART Jean-Charles**, « Dérogation aux normes réglementaires : un pouvoir préfectoral », AJCT n°02 2022, pages 72 à 76.

⁷⁴⁶ Voir sur ce thème : **COLLET Lionel**, « Numerus clausus et accès aux études de médecine : bases juridiques », Les Tribunes de la santé, n°01 2019, pages 47 à 61. **DEPLAUDE Marc-Olivier**, « Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68 », Revue d'histoire de la protection sociale, n°01 2009, pages 79 à 100. **TOUZE Emmanuel**, **BOCOGNANO Agnès**, **BOURGUEIL Yann**, « Former plus de médecins pour demain ? », Les Tribunes de la santé, n°01 2023, pages 71 à 89.

⁷⁴⁷ Pour illustration, nous pouvons citer le Pôle Lyon du groupe RAMSAY constitué de 6 établissements localisés sur 8 sites, à savoir : Médipôle Hôpital Privé (Villeurbanne), Hôpital Privé Jean Mermod (Lyon 8^{ème}), Hôpital Privé de l'Est Lyonnais (Saint-Priest), Clinique de la Sauvegarde (Lyon 9^{ème}), Clinique IRIS (Lyon 8^{ème}, Saint-Priest-, Marcy-L'Étoile), Polyclinique du Beaujolais (Arnas).

actuellement dans leurs actes par le contenu de leur décret de compétences⁷⁴⁸. En cas de délégation de tâches, celle-ci doit s'opérer actuellement dans le cadre d'un protocole complexe validé par la Haute Autorité de Santé⁷⁴⁹, mais sans que ce dispositif ne permette de valider par ailleurs les conditions techniques de fonctionnement d'une activité⁷⁵⁰.

Paragraphe II : La prise en compte de la territorialisation des métiers de dirigeants hospitaliers

552. Les groupements hospitaliers de territoire aujourd'hui et potentiellement les hôpitaux territoriaux demain constituent des réformes systémiques de l'organisation de l'hospitalisation publique, entraînant par conséquent des changements de pratiques et d'organisation du travail pour les principaux acteurs concernés, à savoir les équipes médicales et les équipes dirigeantes⁷⁵¹. Comme toute conduite du changement⁷⁵², la réussite de ces dispositifs repose pour partie sur l'adhésion des acteurs et la convergence avec leurs intérêts individuels. Ces

⁷⁴⁸ Voir en ce sens l'article **R.4311-5 du code de la santé publique**. Plus globalement : **POIROT-MAZERES Isabelle**, « Pratiques avancées et médecine de parcours », RDSS, n°03 2021, pages 425-434. **MARIE Romain**, « A la recherche d'une plus grande transversalité des formations et des métiers de la santé », RDSS, n°01 2019, pages 74 à 84. **RIOU Bruno**, « Qui a peur des infirmier(ère)s en pratique avancée ? », Les Tribunes de la santé, n°03 2022, pages 55 à 62. **RAMSAY Karen**, « Pratique avancée : quelle articulation en équipe ? », Les Tribunes de la santé, n°01 2020, pages 57 à 64.

⁷⁴⁹ Consulter l'article **L.4011-2 du code de la santé publique** : « *Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre.* ». Voir aussi : **GRALL Jean-Yves**, **LE MOIGN Raymond**, **PIRIOU Vincent**, « Évolutions des médecins hospitaliers, conséquences des surspécialités sur l'organisation des soins », Les Tribunes de la santé, n°03 2022, pages 29 à 37.

⁷⁵⁰ Par exemple, les conditions techniques de fonctionnement se limitent à lister les compétences attendues du personnel médical d'une part et du personnel soignant d'autre part, sans prendre en compte l'évolution notable des métiers et tout particulièrement l'apparition des infirmières de pratiques avancées, dont la mise en place vise à pallier la démographie médicale actuelle en recentrant l'exercice médical sur les missions à plus forte valeur ajoutée. Voir à ce sujet : **RIOU Bruno**, « Qui a peur des infirmier(ère)s en pratique avancée ? », Les Tribunes de la santé, n°03 2022, pages 55 à 62. **RAMSAY Karen**, « Pratique avancée : quelle articulation en équipe ? », Les Tribunes de la santé, n°01 2020, pages 57 à 64. Et pour illustration : **AGUILARD Stephan**, **COLSON Sébastien**, **INTHAVONG Karen**, « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », Santé Publique, n°02 2017, pages 241 à 254.

⁷⁵¹ Contrairement aux équipes médicales et dirigeantes, les équipes soignantes sont moins concernées directement par la territorialisation. Cependant, il existe les concernant une véritable problématique d'attractivité ayant conduit au Ségur de la santé. Voir en ce sens : **LAFORTUNE Gaétan**, **BALESTAT Gaëlle**, « Médecins et infirmiers : leur nombre et leur rémunération en France et dans les autres pays de l'OCDE avant la pandémie », Les Tribunes de la santé, n°02 2022, pages 25 à 38.

⁷⁵² Par exemple, consulter : **AUTISSIER David**, **JOHNSON Kevin**, **METAIS-WIERSCH Emily**, « Du changement à la transformation - Stratégie et pilotage de transformation », Dunod, 2018, 256 pages. Et sur l'application de ces techniques au secteur public : **IENTILE-YALENIOS Jocelyne**, **THIVANT Eric**, **ROGER Alain**, « Le Nouveau Management Public conduit-il à un rapprochement public-privé ? Une analyse à partir des procédures d'évaluation du personnel », Gestion et management public, n°02 2016, pages 121 à 137.

ressorts individuels sont par nature multiples, mais le prisme juridique peut déjà apporter un premier niveau de réponse à travers la gestion de leurs régimes statutaires et indiciaries. Ainsi, une réforme prenant en compte la territorialisation de ces métiers apparaîtrait nécessaire à la réussite de l'hôpital territorial.

553. Nous aborderons en premier lieu la réforme nécessaire des statuts médicaux et soignants (A), avant de voir la refonte impérative du statut des directeurs d'hôpital (B).

A) La réforme nécessaire des statuts médicaux et soignants

554. A la suite des accords du Ségur de la santé, les équipes médicales⁷⁵³ et soignantes ont vu leurs statuts et leurs régimes indiciaries évoluer vers une plus grande reconnaissance financière. Ces mesures n'ont cependant pas totalement intégré le nouveau paradigme d'exercice territorial de ces fonctions même si des dispositifs ont été progressivement mis en place ces dernières années pour les seules professions médicales. La nouvelle procédure de publication des postes de praticiens hospitaliers⁷⁵⁴ ne prévoit par exemple aucune concertation préalable au niveau du groupement hospitalier de territoire de rattachement de l'établissement, ce qui s'avère peu cohérent avec les évolutions en termes de création de postes de praticiens hospitaliers par le directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire⁷⁵⁵. La création de l'hôpital territorial nécessiterait sans doute d'aller au-delà des dispositions actuelles afin de favoriser la mise en place de véritables équipes médicales de territoire.

555. La carrière médicale doit finir de s'adapter à ce nouveau cadre territorial (a), tout comme les métiers soignants oscilleront entre territorialisation et délégation par le biais des pratiques avancées (b).

⁷⁵³ Voir le **décret n°2022-134 du 5 février 2022** relatif au statut de praticien hospitalier.

⁷⁵⁴ Se référer à l'**arrêté du 5 février 2022** fixant les modalités de publication des vacances de postes et les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier.

⁷⁵⁵ Se référer à la **loi n°2021-502 du 26 avril 2021** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification - Article 18 : « (...) À compter de la publication de la présente loi, pour une durée de trois ans, le directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, sur proposition conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement de l'établissement partie et après avis de la commission médicale de groupement, peut décider de la création de postes de praticien hospitalier au sein de cet établissement partie. L'avis de la commission médicale de groupement évalue la conformité de cette création de postes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. (...) ».

a. Une carrière médicale devant finir de s'adapter à ce cadre territorial

556. Au-delà de la fusion des premiers échelons du statut de praticien hospitalier établie par la dernière réforme de ce statut, des incitatifs financiers ont pu être créés afin de favoriser l'exercice public des praticiens et ainsi tenter de réduire le différentiel salarial existant avec les rémunérations potentielles en établissement privé de santé⁷⁵⁶. Ainsi, un jeune praticien peut contractualiser son maintien à l'hôpital public contre le versement d'une indemnité mensuelle d'engagement de service public exclusif⁷⁵⁷, pouvant même être cumulée avec une prime d'engagement dans la carrière hospitalière⁷⁵⁸ octroyée aux praticiens exerçant une discipline considérée, au niveau régional ou au niveau de l'établissement, comme étant particulièrement en tension au regard de la démographie médicale. A cette logique première d'attractivité du secteur public a été ajoutée une logique d'incitation financière à l'exercice territorial en temps partagé entre plusieurs établissements d'un groupement hospitalier de territoire avec le versement d'une prime d'exercice territorial⁷⁵⁹. Mais, un tel dispositif peut également être utilisé dans le cadre de remplacements plus ponctuels, avec une prime de solidarité territoriale⁷⁶⁰, afin de juguler le recours à l'intérim médical dont l'encadrement s'est renforcé⁷⁶¹.

⁷⁵⁶ Consulter par exemple : **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES**, « Les rémunérations dans les établissements de santé publics et privés de 1999 à 2002 », février 2005, 12 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers », janvier 2009, 188 pages. Mais un biais d'analyse existe du fait de la possibilité d'activité libérale à l'hôpital public, voir ainsi : **APOLLIS Benoît**, « L'activité libérale des praticiens hospitaliers : une mise en perspective historique et juridique », *Les Tribunes de la santé*, n°03 2021, pages 101 à 109.

⁷⁵⁷ Voir **l'arrêté du 5 février 2022** portant diverses dispositions relatives à l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

⁷⁵⁸ Consulter **l'arrêté du 14 mars 2017** fixant les modalités d'application des dispositions relatives à la prime d'engagement de carrière hospitalière des assistants des hôpitaux et des praticiens contractuels exerçant leur activité dans les établissements publics de santé.

⁷⁵⁹ A ce sujet, consulter **l'arrêté du 5 février 2022** modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques.

⁷⁶⁰ Voir **l'arrêté du 5 février 2022** modifiant l'arrêté du 15 décembre 2021 relatif à la prime de solidarité territoriale des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

⁷⁶¹ Sur l'encadrement de l'intérim médical, voir **la loi n°2021-502 du 26 avril 2021** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification - Article 33 : « I.- L'article L. 6146-4 du code de la santé publique est ainsi rétabli : Art. L. 6146-4.-Le directeur général de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est informé par le comptable public de l'irrégularité d'actes juridiques conclus par un établissement public de santé avec une entreprise de travail temporaire, en application de l'article L. 6146-3, ou avec un praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1, défère ces actes au tribunal administratif compétent. Il en avise alors sans délai le directeur de l'établissement concerné ainsi que le comptable public. Lorsque le comptable public constate, lors du contrôle qu'il exerce sur la rémunération du praticien ou sur la rémunération facturée par l'entreprise de travail temporaire, que leur montant excède les plafonds réglementaires, il procède au rejet du paiement des rémunérations irrégulières. Dans ce cas, il en informe le directeur de l'établissement public de santé, qui procède à la régularisation de ces dernières dans les conditions fixées par la réglementation. II.- Le I entre en vigueur six mois après la publication de la présente loi. ». Sur ce thème, voir aussi : **VERAN Olivier**, « Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », décembre 2013, 28 pages. Pour illustration, voir : **CORIAT Pierre, PONTONE Silvia**, « Les hôpitaux face

557. La création de l'hôpital territorial devrait par ailleurs se structurer autour de la mise en place d'équipes médicales de territoire pour toutes les disciplines de façon obligatoire et non plus facultative comme cela est le cas actuellement au sein des groupements hospitaliers de territoire. Cet exercice territorial pourrait ainsi être prévu au sein même du statut de praticien hospitalier, ce qui ne signifierait pas qu'un praticien devrait nécessairement avoir un temps d'exercice partagé entre plusieurs établissements, mais que l'organisation territoriale des équipes médicales deviendrait la norme et non pas une organisation sujette à l'accord individuel de chaque praticien⁷⁶². Forcément, une telle contrainte d'exercice ne pourrait s'envisager que dans le cadre de contreparties notamment indemnitaires selon une logique commençant d'ores et déjà à s'appliquer, par exemple pour l'octroi des postes de consultants aux praticiens hospitaliers – professeurs des universités avec un exercice territorial désormais requis⁷⁶³.

558. Au niveau des centres hospitaliers universitaires, les statuts des personnels enseignants et hospitaliers ont fait l'objet d'une récente réforme⁷⁶⁴ dans la lignée des évolutions statutaires des carrières médicales à l'issue des accords du Ségur de la santé. Il est à noter que désormais ce statut particulier prévoit explicitement la possibilité d'un exercice hospitalier territorial des personnels enseignants et hospitaliers au sein d'un groupement hospitalier de territoire⁷⁶⁵. Néanmoins, ce statut révisé prévoit toujours une triple mission de soins, d'enseignement et de

aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs », Les Tribunes de la santé, n°03 2013, pages 37 à 44.

⁷⁶² En effet, l'objectif n'est pas de donner cours aux craintes exprimées, notamment dans : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire », 15 décembre 2021, 119 pages et notamment page 81 : « (...) *Tous les personnels médicaux des GHT ont d'ailleurs exprimé leur crainte que le spectre du « praticien hospitalier sac à dos » ne devienne une réalité dans les GHT. Dans cette situation, l'exercice territorial ne serait plus mis en œuvre pour ce qu'il a de valorisant pour les praticiens, mais uniquement pour « boucher les trous ». (...) ».*

⁷⁶³ Se référer au **décret n°2020-517 du 4 mai 2020** relatif aux fonctions de consultant : « (...) *En application de l'article L. 6151-3, les consultants réalisent au moins, au titre de leur activité hospitalière, deux demi-journées en moyenne par semaine hors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement, en priorité, selon les spécificités de leur spécialité, dans un ou plusieurs établissements publics de santé, établissements sociaux ou médico-sociaux publics. Ces missions sont inscrites dans le projet contractualisé mentionné à l'alinéa précédent, après avoir été concertées avec la structure d'accueil. (...) ».*

⁷⁶⁴ Voir le **décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021** relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires. Consulter également : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE**, « Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution », juillet 2018, 156 pages.

⁷⁶⁵ Se référer au **décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021** relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires : « Art. 13. – *Les membres du personnel enseignant et hospitalier peuvent exercer leur activité hospitalière dans plusieurs établissements, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires mentionnés à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique ou pour favoriser le développement de la mise en réseau d'établissements de santé mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et les actions de coopération mentionnées à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique. (...) ».*

recherche assurée concomitamment par ces personnels⁷⁶⁶, qui doivent le plus souvent également assumer une mission de management d'un service ou d'un pôle d'activité clinique au sein de leur centre hospitalier universitaire. La création de l'hôpital territorial, lorsque celui-ci bénéficiera d'un statut hospitalo-universitaire, les conduira sans aucun doute à devoir s'investir encore davantage dans un exercice territorial. Aussi, sans remettre en cause cette quadruple mission, il pourrait être opportun de réformer ce statut particulier en permettant un exercice dissocié de chacune de ces missions au cours de la carrière du personnel enseignant et hospitalier⁷⁶⁷. Ainsi, un praticien pourrait s'investir préférentiellement dans la recherche en début de carrière et éventuellement avoir un exercice plus hospitalier et de management vers la fin de sa carrière.

b. Des métiers soignants entre territorialisation et délégation de pratiques avancées

559. Au-delà de la communauté médicale, le fonctionnement de l'hôpital territorial reposerait en grande partie sur les cadres de santé, véritables binômes des chefs de service et qui organisent l'unité de soins au quotidien. Leur rôle a évolué dans le temps passant ainsi du rôle de « surveillant », selon leur ancienne appellation, à celui de cadre voire de manager, cet intitulé étant de plus en plus usité, et nécessite pour ce faire une formation spécifique dans un institut de formation des cadres de santé (IFCS)⁷⁶⁸. Les missions des cadres de santé sont clairement

⁷⁶⁶ Voir le **décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021** relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires : « Art. 8. – Les obligations de service des membres du personnel enseignant et hospitalier comprennent l'ensemble des activités d'enseignement médical, odontologique, pharmaceutique universitaire et postuniversitaire, ainsi que les activités de recherche, mentionnées aux articles 1er et 4. Elles comprennent également les activités hospitalières mentionnées à l'article R. 6152-28 du code de la santé publique. (...) ». Pour illustration, voir : **CRICKX Béatrice**, « Regards sur une carrière hospitalo-universitaire (1973-2018) », Les Tribunes de la santé, n°01 2019, pages 69 à 76.

⁷⁶⁷ Cette possibilité est en cours d'ouverture suite au Ségur de la santé – volet hospitalo-universitaire (mesure n°17) à travers une contractualisation à l'échelle de l'équipe hospitalo-universitaire dans le cadre d'un projet de service. Elle a été récemment traduite dans l'**instruction ministérielle n°DGOS/RH5/DGRH/2023/83 du 24 juillet 2023** relative à la mise en œuvre, par les centres hospitaliers et universitaires, de mesures tendant à l'accompagnement des candidats à une carrière hospitalo-universitaire et à une démarche de formalisation du cadre d'exercice des missions et des équipes hospitalo-universitaires.

⁷⁶⁸ Consulter par exemple : **DUMAS Marc, RUIILLER Caroline**, « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? », Revue de gestion des ressources humaines, n°01 2013, pages 42 à 58. **DIVAY Sophie**, « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation », Sciences sociales et santé, n°01 2018, pages 39 à 64.

définies⁷⁶⁹ et ils bénéficient d'un régime indiciaire qui leur est propre. Cependant, les cadres de santé font face à un double changement lié d'une part à la territorialisation croissante nécessitant de créer de nouveaux partenariats extérieurs afin d'organiser les parcours des patients, et d'autre part au rythme effréné des réorganisations internes aux établissements de santé⁷⁷⁰. Or, le rôle de l'encadrement de proximité est indispensable auprès des équipes et en relai de la gouvernance de l'établissement. Il est certain que la mise en place de l'hôpital territorial serait une réforme d'ampleur rendant important leur bonne participation. Aussi, il apparaîtrait opportun de revaloriser les grilles indiciaires de ce corps afin de créer une plus grande différence entre celles-ci et les grilles d'infirmiers de soins généraux. De plus, en complément de leur formation spécifique, les cadres de santé pourraient bénéficier d'un accompagnement en conduite du changement, commun avec les médecins exerçant des responsabilités managériales.

560. L'organisation médicale suggérée par la mise en place des hôpitaux territoriaux conduirait à accroître le travail collectif entre les équipes médicales et soignantes, et à construire de nouveaux modes de prise en charge. Dans ce cadre, le sujet de la démographie médicale constitue un facteur particulièrement contraignant⁷⁷¹. Au-delà des mesures pouvant être prises concernant le nombre de places accordées aux facultés de médecine⁷⁷², des initiatives pourraient être développées concernant les professions paramédicales dans la lignée des réformes déjà entreprises. Cela serait premièrement le cas concernant l'universitarisation des professions paramédicales afin de favoriser les échanges avec les autres professions de santé, une convention entre les actuels instituts de formation et les unités de formation et de recherche de médecine permettant d'initier cette démarche⁷⁷³. Un deuxième axe serait la poursuite du travail

⁷⁶⁹ Consulter le **décret n°2012-1466 du 26 décembre 2012** portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. Voir aussi : **FERONI Isabelle**, « Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle », *Sciences sociales et santé*, n°01 2018, pages 65 à 70.

⁷⁷⁰ Voir : **DE SINGLY Chantal**, « Rapport de la mission cadres hospitaliers », septembre 2009, 125 pages. Et également : **DUMAS Marc, RUIILLER Caroline** « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? », *Revue de gestion des ressources humaines*, n°01 2013, pages 42 à 58.

⁷⁷¹ A ce sujet, voir par exemple : **SAINT-ANDRE Jean-Paul, RICHARD Isabelle**, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit*, n°01 2007, pages 65 à 75. **OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE**, « Les flux d'internes de médecine - Suivi de la filiarisation 2013 – 2018 », 2021, 27 pages.

⁷⁷² Voir l'**arrêté du 5 mai 2021** fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022. Les contingents d'étudiants par faculté de médecine se sont accrus, et de nouvelles structures sont en cours d'ouverture comme la transformation du CHR d'Orléans en CHU. Néanmoins, cela pose aussi la question du nombre d'enseignants hospitalo-universitaires, dont le nombre n'a que marginalement évolué, pour assurer la formation de ces futurs praticiens.

⁷⁷³ Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la formation des professions paramédicales », juin 2021, 51 pages. **BERLAND Yvon, BOURGUEIL Yann**, « Rapport - Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé », juin 2006, 135 pages.

engagé pour la reconnaissance des infirmières de pratiques avancées⁷⁷⁴, autorisées uniquement pour les champs des pathologies chroniques stabilisées, de l'oncologie / hématologie, de la maladie rénale chronique, de la santé mentale⁷⁷⁵ et des urgences⁷⁷⁶. Il est à noter que ce dispositif permet que des professionnels paramédicaux formés à cet effet disposent de compétences élargies, et non plus de délégations dans le cadre d'un protocole. Ce dispositif aurait par ailleurs vocation à se développer bien au-delà des seuls établissements de santé⁷⁷⁷ et de la filière infirmière⁷⁷⁸. Il est à objecter cependant qu'une telle évolution ne retient pas l'assentiment plein et entier des professions médicales⁷⁷⁹.

B) La refonte impérative du statut des directeurs d'hôpital

561. La réussite de la mise en œuvre de l'hôpital territorial tiendrait également dans l'appropriation et le portage d'une telle réforme par les directeurs des établissements publics de santé eux-mêmes. En effet, la territorialisation conduit à la remise en cause de situations individuelles en réduisant le nombre de postes de chefs d'établissements. En leur qualité de fonctionnaires, ils devront appliquer la réglementation et les consignes de l'autorité hiérarchique, notamment des agences régionales de santé. Néanmoins, leur conviction et leur conduite du changement seraient nécessaires à l'implémentation d'une telle réforme alors que

VIOUJAS Vincent, « La formation des infirmiers : les voies de l'universitarisation », RDSS n°01 2019, pages 111 à 121. Plus récemment, Mme le Pr Christine AMMIRATI s'est vue confier une mission portant sur l'universitarisation des professions paramédicales.

⁷⁷⁴ Se référer au **décret n°2018-629 du 18 juillet 2018** relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

⁷⁷⁵ Voir le **décret n°2019-836 du 12 août 2019** relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

⁷⁷⁶ Voir le **décret n°2021-1384 du 25 octobre 2021** relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences.

⁷⁷⁷ Une telle évolution est prévue par la **loi n°2023-379 du 19 mai 2023** portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, portée par la Députée Stéphanie RIST, qui ouvre l'accès direct des patients auprès des infirmiers de pratiques avancées hors établissement de santé, mais dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné.

⁷⁷⁸ Consulter : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation des professions de santé : quelle vision dans dix ans et comment y parvenir ? », juillet 2021, 98 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, INSPECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE**, « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé », juin 2017, 219 pages. **BERLAND Yvon**, « Vingt ans après, quid des propositions du rapport Berland ? », Les Tribunes de la santé, n°03 2022, pages 63 à 73.

⁷⁷⁹ Se référer à : **SCHWINGROUBER Jocelyn, LOSCHI Alain, GENTILE Stéphanie, COLSON Sébastien**, « Étude exploratoire de la perception des parties prenantes hospitalières vis-à-vis de l'implantation des infirmiers en pratique avancée », Recherche en soins infirmiers, n°02 2021, pages 104 à 121.

la création des groupements hospitaliers de territoire a déjà modifié en profondeur ce corps administratif nécessitant désormais une refonte.

562. Nous affirmerons de la sorte qu'il s'agit d'une profession à repenser au prisme du territoire (a), en vue de favoriser l'émergence d'un management territorial (b).

a. Une profession à repenser au prisme du territoire

563. Le parcours de formation des directeurs d'hôpital est clairement exposé par la réglementation⁷⁸⁰, aussi bien lors d'une intégration dans le corps à l'issue d'un concours entraînant une période de scolarité à l'Ecole des hautes études en santé publique de Rennes⁷⁸¹, que d'une intégration en cours de carrière et conduisant à une formation d'adaptation à l'emploi⁷⁸². Cette formation initiale a par ailleurs récemment fait l'objet d'une réflexion plus globale dans le cadre de la réforme de la haute fonction publique⁷⁸³, avec l'introduction d'un tronc commun aux différentes écoles de service public. Même si les unités d'enseignement de la formation initiale de directeur d'hôpital ne sont pas fixées réglementairement, il conviendrait d'accroître les cours dispensés concernant les coopérations et le management territorial, ainsi qu'en formation continue. Les pouvoirs publics ont lancé en ce sens un processus d'accompagnement lors de la création des groupements hospitaliers de territoire, notamment en mobilisant l'Ecole des hautes études en santé publique, le Centre national de gestion et l'Agence nationale d'appui à la performance. Cette démarche serait à réactiver avec la mise en place de l'hôpital territorial, et sans doute à organiser conjointement avec les responsables médicaux,

⁷⁸⁰ Voir le **décret n°2005-921 du 2 août 2005** portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Pour illustration, voir aussi : **GUIBERT Grégory, DE MONTALEMBERT Pierre, VERDIER Fabien**, « Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession », Presses de l'EHESP, 2011, 160 pages. **SCHWEYER François-Xavier**, « Les carrières des directeurs d'hôpital », RFAP, n°04 2005, pages 623 à 638.

⁷⁸¹ Se référer à l'**arrêté du 15 avril 2003** fixant les modalités du cycle de formation théorique et pratique des élèves directeurs pour l'accès aux emplois du personnel de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁷⁸² Consulter l'**arrêté du 4 juillet 2008** déterminant les modalités des travaux de formation théorique et pratique organisés par l'Ecole des hautes études en santé publique pour les fonctionnaires de catégorie A accédant directement au corps des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1o et 7o) de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁷⁸³ Voir en ce sens : **THIRIEZ Frédéric, MEAUX Florence, LAGNEAU Catherine**, « Mission « Haute fonction publique » - Propositions », janvier 2020, 96 pages. **ROUSSEAU Aurélien**, « Rapport final - Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière », 27 pages.

une telle action pouvant être prévue de façon obligatoire dans le volet managérial du projet d'établissement de l'hôpital territorial.

564. Au-delà de l'accompagnement par la formation, la territorialisation des établissements publics de santé conduirait à un effet très concret concernant le statut particulier de directeur d'hôpital. Celui-ci est classiquement composé de plusieurs grades ayant des conditions de promotion spécifiques, mais si le corps de directeur d'hôpital est homogène dans sa formation et son statut, il est aussi diversifié en comprenant aussi bien les directeurs adjoints que les chefs d'établissements⁷⁸⁴. La plupart des postes de chefs d'établissements sont classés en emplois fonctionnels, dont l'autorité de nomination peut varier, conduisant à placer le directeur d'hôpital dans une position statutaire de détachement pour une durée de quatre ans. Or, les coopérations hospitalières sous la forme d'une direction commune, croissantes dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, ont comme effet de réduire ce nombre d'emplois fonctionnels par l'apparition d'une direction unique. Malgré tout, ces établissements en direction commune doivent être administrés au quotidien et pour ce faire, des directeurs délégués sont nommés et assument une fonction non identique, notamment en termes de responsabilité⁷⁸⁵, mais proche de celle de chefs d'établissements autonomes, sans aucune valorisation financière par rapport aux autres directeurs adjoints. Par ailleurs, la réduction du nombre d'emplois fonctionnels crée une problématique de gestion du corps en limitant les évolutions de carrière, situation appelée à s'accroître encore dans le cadre d'un hôpital territorial doté d'une personnalité morale unique. Dans ce cas de figure, en application de la réglementation actuelle, il ne pourrait plus y avoir qu'un seul emploi fonctionnel par département, hormis dans les centres hospitaliers universitaires détenteurs de plusieurs emplois fonctionnels en fonction de leur taille, alors que les textes en vigueur prévoient la possibilité d'avoir 355 emplois fonctionnels⁷⁸⁶. Afin d'éviter ces conséquences de la réforme de l'hôpital territorial, il est proposé de maintenir le contingent actuel d'emplois fonctionnels, qui serait ventilé par département en fonction de la taille de l'hôpital territorial. La nomination sur ces emplois fonctionnels, hormis celui de chef d'établissement relevant du Centre National de

⁷⁸⁴ Consulter : **CENTRE NATIONAL DE GESTION**, « Eléments statistiques sur les directeurs d'hôpital statutaires au 1^{er} janvier 2021 », 2021, 5 pages. A cette date, il y avait 2 928 directeurs en position d'activité, dont 2 415 en établissements de santé, soit une diminution de 13,3% en dix ans. Les chefs d'établissement représentaient alors 14,5% des effectifs en activité contre 85,5% pour les directeurs adjoints.

⁷⁸⁵ Il est cependant à noter l'élargissement de la responsabilité du chef d'établissement mais aussi des directeurs adjoints du fait de l'**ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022** relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics.

⁷⁸⁶ Voir en ce sens l'**arrêté du 14 octobre 2020** fixant le nombre d'emplois fonctionnels par groupe énuméré à l'article 24 du décret n° 2020-959 du 31 juillet 2020 relatif aux emplois supérieurs de la fonction publique hospitalière.

Gestion ou du Président de la République pour les centres hospitaliers universitaires, ferait l'objet d'une gestion déconcentrée. De la sorte, le directeur de l'hôpital territorial disposerait d'un nombre d'emplois fonctionnels à disposition qu'il pourrait répartir au sein de son équipe de direction en fonction des responsabilités réellement exercées. Bien entendu, cette répartition serait communiquée au Centre National de Gestion afin de maintenir une gestion nationale du corps des directeurs d'hôpital. Enfin, la réforme de l'hôpital territorial devrait, en complément du précédent point, conduire à une révision du mode de rémunération à la performance des directeurs d'hôpital en reconnaissant davantage l'exercice de responsabilités territoriales⁷⁸⁷.

565. Il pourrait être objecté qu'il serait délicat politiquement d'effectuer une révision statutaire du corps des directeurs d'hôpital⁷⁸⁸ du fait d'une acceptabilité relative au regard de la situation financière de la grande majorité des agents de la fonction publique hospitalière. Bien évidemment, l'évolution du corps des directeurs d'hôpital n'exclut en rien, bien au contraire, une revalorisation similaire des autres professions dans les suites du Ségur de la santé, mais qui par contre relèverait d'autres facteurs et justifications que la territorialisation des fonctions occupant nos présentes considérations.

b. L'émergence d'un management territorial

566. La création de l'hôpital territorial devrait nécessairement conduire à des modifications dans le management des établissements de santé. Dans un nouveau modèle juridique fondé sur une personnalité morale unique, et par conséquent doté d'un seul responsable, combiné avec un niveau important de délégation et de subsidiarité, les lignes hiérarchiques resteraient claires mais seraient plus distendues car le directeur de l'hôpital territorial devrait encore davantage se situer à un niveau stratégique et non plus opérationnel contrairement aux responsables des sites hospitaliers constitutifs. Le nouveau management territorial⁷⁸⁹ devrait sans doute ressembler

⁷⁸⁷ A ce sujet, consulter le **décret n°2012-749 du 9 mai 2012** relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

⁷⁸⁸ Un tel horizon est d'ailleurs en cours de concertation du fait de l'équivalence existant entre les corps de la haute fonction publique et de la transposition pour les deux autres fonctions publiques de la réforme liée à la création d'un corps d'administrateur de l'Etat par le **décret n° 2021-1550 du 1er décembre 2021** portant statut particulier du corps des administrateurs de l'Etat. A ce sujet, voir également : **BASSERES Jean**, « Préfiguration de l'Institut national du service public (INSP) », novembre 2021, 115 pages.

⁷⁸⁹ Consulter : **BARTOLI Annie, TREBUCQ Stéphane**, « Le territoire, entre dynamiques locales, processus organisationnels et logiques d'acteurs », *Gestion et management public*, n°02 2021, pages 6 à 8. **PUPION Pierre-Charles**, « Territoire, gestion publique et pilotage territorial », *Gestion et management public*, n°01 2017, pages

dans son principe à celui mis en place par l'administration préfectorale au niveau régional⁷⁹⁰ avec l'instauration d'une sorte de comité de l'administration régionale autour du directeur de l'hôpital territorial et réunissant les directeurs opérationnels des sites hospitaliers constitutifs et les directeurs fonctionnels des grandes directions métiers telles que les ressources humaines ou les finances, ceux-ci n'étant plus dans une organisation pyramidale entre eux mais au contraire matricielle.

567. Ce management territorial reposerait en grande partie sur les cadres administratifs et techniques que sont les attachés d'administration hospitalière⁷⁹¹ et les ingénieurs hospitaliers⁷⁹². En effet, l'hôpital territorial aurait vocation à prendre acte de la nature intégrative des actuels groupements hospitaliers de territoire, et se traduirait en premier lieu par une centralisation des fonctions supports, conduisant à un repositionnement des cadres travaillant en central et ceux restant au sein des sites hospitaliers constitutifs. Le travail des premiers s'en trouverait complexifié et encore davantage technique, une telle expertise nécessitant une révision statutaire permettant à la fonction publique hospitalière de pouvoir attirer les personnes compétentes et les intégrer dans un cadre statutaire⁷⁹³. Un deuxième mouvement lié à la création de l'hôpital territorial serait le repositionnement des équipes de direction, avec des postes de directeur d'hôpital se concentrant essentiellement à la direction générale de l'hôpital territorial et à la tête de chacune des directions fonctionnelles ou de sites. A l'inverse, la gestion opérationnelle des sites hospitaliers reposerait davantage sur les cadres administratifs et techniques qui verraient s'accroître leur niveau de responsabilité. De telles évolutions ne

1 à 3. **BATAC Julien, LAMARQUE Eric, MAYMO Vincent** (coordonnée par), « Management et territoire - Mélanges en l'honneur de Julien Batac », EMS Editions, 2022, 236 pages.

⁷⁹⁰ Voir à ce sujet : **CHAUVIN Francis**, « La nouvelle administration régionale de l'Etat », AJDA n°15 2010, pages 825 à 830. **LE CLAINCHE Michel**, « Le changement dans l'administration territoriale de l'État », Gestion & Finances Publiques, n°03 2019, pages 110 à 117.

⁷⁹¹ Voir le **décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001** portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière. Il est à noter une revalorisation récente intervenue par l'**arrêté du 14 avril 2023** revalorisant le montant des indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées aux attachés d'administration hospitalière.

⁷⁹² Se référer au **décret n°91-868 du 5 septembre 1991** portant statut particulier du corps des ingénieurs de la fonction publique hospitalière et du corps des ingénieurs de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Pour illustration, voir aussi : **SCHWEYER François-Xavier, METZGER Jean-Luc**, « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », RFAS, n°01 2005, pages 183 à 205. **SCHWEYER François-Xavier**, « Médecins, pharmaciens, ingénieurs - Les corps techniques de l'État en santé publique », Santé Publique, n°HS 2007, pages 37 à 51.

⁷⁹³ En effet, du fait d'un statut n'étant pas suffisamment attractif en termes de rémunération, de nombreux attachés et ingénieurs sont recrutés en tant que contractuels afin de les positionner sur des échelons permettant une cohérence par rapport aux rémunérations du secteur privé. Cela est particulièrement le cas pour les informaticiens, les ingénieurs biomédicaux ou encore les contrôleurs de gestion. La conséquence en est une déconnexion entre l'échelon retenu et l'ancienneté, après reprise des services effectués, et ainsi une impossibilité d'intégration statutaire en l'absence de déroulé de carrière envisageable.

pourraient s'envisager qu'en ouvrant le chantier de la refonte de ces statuts particuliers, comme cela a été partiellement effectué pour l'encadrement soignant.

568. Une telle recomposition du management territorial permettrait une adéquation entre les besoins des unités de soins en termes de réactivité, la technicité des postes devant apporter des réponses opérationnelles à de tels besoins, et les compétences des cadres administratifs et techniques. Cela ne doit cependant pas avoir comme effet de distancier encore davantage les directeurs d'hôpital des réalités de terrain, aussi un parcours professionnel pourrait être organisé afin que ces derniers commencent leur exercice sur des fonctions en sites hospitaliers constitutifs avant éventuellement de rejoindre une fonction centrale de l'hôpital territorial.

Section II : Un hôpital territorial s'inscrivant plus largement dans un système de santé à refonder

569. L'ambition de l'hôpital territorial nécessiterait une réforme plus large que son simple modèle juridique, devant par ailleurs être novateur. Le fonctionnement même de l'hôpital territorial supposerait une réflexion concernant les modalités de financement des établissements de santé afin de favoriser davantage la coordination des parcours de soins et le développement des actions de prévention dans le cadre d'une responsabilité populationnelle. L'organisation graduée que l'hôpital territorial devrait poser, supposerait également une révision du droit des autorisations sanitaires reconnaissant leur territorialité et se fondant sur une équipe médicale de territoire et non plus un site géographique. Au-delà de ces réformes systémiques, la réforme de l'hôpital territorial aurait besoin de l'engagement des acteurs principalement concernés pour s'assurer du succès de sa mise en œuvre, ce qui supposerait par exemple une refonte assez profonde des différents statuts particuliers. Toutes ces réformes toucheraient plus ou moins directement l'hôpital territorial et viseraient conjointement à s'assurer de son bon fonctionnement et de l'atteinte de ses objectifs.

570. Néanmoins, l'hôpital territorial ne serait pas le seul acteur de santé de son territoire, même s'il disposerait sans doute des moyens opérationnels les plus importants. Aussi, l'action de l'hôpital territorial devrait être complétée d'une réflexion concernant la structuration de ces autres acteurs. En premier lieu, les autorités de tutelle reverraient leur organisation au regard notamment des recommandations issues du retour d'expérience de la gestion de la crise

sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19⁷⁹⁴. Les collectivités territoriales pourraient aussi être un soutien non négligeable des politiques de santé en allant encore plus loin que les récentes évolutions législatives⁷⁹⁵ concernant leurs interventions en ce domaine. Les autres acteurs, essentiellement du premier recours, devraient enfin aboutir à une structuration permettant davantage de coordination avec l'hôpital territorial et débouchant sur une contractualisation territoriale.

571. La réorganisation des autorités de contrôle et de tutelle (paragraphe I) conduirait ainsi à une coordination accrue des autres acteurs de santé (paragraphe II).

Paragraphe I : Une réorganisation des autorités de contrôle et de tutelle

572. La réforme de l'hôpital territorial devrait s'effectuer dans le cadre plus global d'une refonte de l'administration de la santé au niveau local et régional. L'hôpital territorial pourrait être utilement le coordonnateur des acteurs de santé de son territoire, mais il ne saurait être un régulateur et dicter les orientations stratégiques à suivre. Les autorités de tutelle et de contrôle, et en premier lieu les agences régionales de santé, pourraient être réorganisées en fonction des remarques leur étant adressées ces dernières années⁷⁹⁶ et la place des collectivités territoriales devrait être enfin reconnue tout en ne remettant pas en cause l'unicité de la politique de santé.

573. Nous aborderons en premier lieu la révision de l'organisation des services déconcentrés de l'Etat (A), avant de proposer une implication reconnue des collectivités territoriales (B).

A) La révision de l'organisation des services déconcentrés de l'Etat

574. L'Etat, en tant qu'autorité de tutelle et de contrôle des établissements publics de santé, pourrait réorganiser ses services déconcentrés en vue de simplifier le fonctionnement de

⁷⁹⁴ Se référer à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de COVID-19 par le ministère des solidarités et de la santé », novembre 2020, 205 pages. **MISSION INDEPENDANTE NATIONALE SUR L'EVALUATION DE LA GESTION DE LA CRISE COVID-19 ET SUR L'ANTICIPATION DES RISQUES PANDEMIQUES**, « Rapport final », mars 2021, 179 pages.

⁷⁹⁵ Voir en ce sens la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

⁷⁹⁶ Voir en ce sens : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé », juin 2021, 174 pages. **PIERRU Frédéric**, « Agences régionales de santé : mission impossible », RFAP, n°02 2020, pages 385 à 403.

l'hôpital territorial, par exemple en aménageant le principe de la séparation entre l'ordonnateur et le comptable ou en repositionnant les agences régionales de santé, notamment à l'échelon départemental, afin qu'elles puissent être des interlocutrices plus efficaces pour les acteurs de santé. Nous proposerons ainsi la mise en place d'agences comptables de territoire (a), avant d'aborder la question du renforcement de la présence territoriale des agences régionales de santé (b).

a. La mise en place d'agences comptables de territoire

575. La réforme des autorités de tutelle et de contrôle pourrait avoir un effet très immédiat sur le fonctionnement interne de l'hôpital territorial dans le domaine financier. Les établissements publics de santé sont inclus⁷⁹⁷ dans le périmètre de la séparation traditionnelle entre l'ordonnateur et le comptable public, ces deux fonctions étant distinctes et exercées respectivement par le directeur d'hôpital d'une part et un comptable de la direction départementale des finances publiques d'autre part. Les seules confusions de rôles interviennent dans le cas spécifique de l'ordre de réquisition du comptable par l'ordonnateur⁷⁹⁸, ce qui reste une situation d'exception. Pour autant, les comptes financiers de la plupart des établissements publics de santé doivent également faire l'objet d'une certification par un commissaire aux

⁷⁹⁷ Se référer au **décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012** relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, et son évolution récente à travers l'**ordonnance n°2022-408 du 23 mars 2022** relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics. Plus globalement, voir aussi : **ADANS Bernard**, « Le comptable public : renaître ou disparaître », RFAP, n°03 2022, pages 789 à 801. **SOMMER Alain, DE KERVASDOUE Jean**, « Quelques suggestions pour améliorer la pratique de la comptabilité hospitalière des établissements publics de santé », Revue d'économie financière, n°03 2021, pages 197 à 211. **ADANS Bernard**, « La comptabilité d'entreprise aura-t-elle raison de la comptabilité publique ? », Gestion & Finances Publiques, n°01 2018, pages 76 à 83. **LEVEQUE Franck, DUMAS Camille**, « La transformation du partenariat entre ordonnateur et comptable au service de la performance des hôpitaux publics », Gestion & Finances Publiques, n°02 2019, pages 39 à 44.

⁷⁹⁸ Sur la réquisition du comptable, voir l'**article L.6145-8 du code de la santé publique** : « *Les comptables des établissements publics de santé sont des comptables publics de l'Etat ayant qualité de comptable principal. Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas : 1° D'insuffisance de fonds disponibles ; 2° De mauvaise imputation comptable des dépenses ; 3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement ; 4° De dépenses mandatées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants lorsque ces crédits ont un caractère limitatif. L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié à l'autorité compétente de l'Etat qui le transmet à la chambre régionale des comptes. En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité. Le comptable assiste avec voix consultative au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence. A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur.* ».

comptes⁷⁹⁹, la réglementation ayant fixé un seuil de cent millions d'euros du total des produits de leur compte de résultat principal⁸⁰⁰. Les établissements ne dépassant pas ce seuil effectuent cependant une démarche similaire de fiabilisation des comptes.

576. La création de l'hôpital territorial aurait comme conséquence l'octroi d'une personnalité morale unique et par conséquent un budget unique de l'ensemble des sites hospitaliers constitutifs. En l'occurrence, étant donné la configuration départementale de l'hôpital territorial, aucun n'aurait de budget principal inférieur au seuil fixé par la réglementation pour l'obligation de certification des comptes. Aussi, la question du maintien de la séparation entre l'ordonnateur et le comptable peut légitimement se poser, alors même qu'un contrôle externe est effectué comme cela est d'usage pour les autres établissements de santé. Dans tous les cas, une remise en cause ou non de cette séparation ne devrait pas avoir pour effet de renoncer à la nomenclature de la comptabilité publique, nécessaire à la consolidation des comptes de l'Etat, ou au respect du code de la commande publique, indispensable au bon usage des deniers publics. L'objectif serait avant tout d'éviter une certaine redondance de tâches entre les services de l'ordonnateur et ceux du comptable, ainsi qu'entre les contrôles effectués par le comptable et le commissaire aux comptes, sans même aborder ceux réalisés par les services de l'ordonnateur dans le cadre du contrôle interne. Une nouvelle organisation pourrait se matérialiser par la mise en place d'une agence comptable de territoire intégrée à la direction des affaires financières de l'hôpital territorial, tout en restant hiérarchiquement liée à la direction départementale des finances publiques, ce qui serait dans la lignée du nouveau régime de responsabilité des ordonnateurs⁸⁰¹ et permettrait une moindre redondance de contrôles. Un tel modèle est d'ores et déjà en place à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

577. Bien que louable, nous pourrions pointer les critiques découlant de cette proposition, à savoir une problématique de périmètre avec l'amoindrissement de la séparation entre l'ordonnateur et le comptable dans le cadre de l'hôpital territorial tout en maintenant cette dichotomie stricte pour les autres versants de la fonction publique ; et une problématique de

⁷⁹⁹ Voir en ce sens l'article L.6145-16 du code de la santé publique : « Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés. Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont fixées par voie réglementaire. ». Voir aussi : **BOURRET Rodolphe, MARTINEZ Eric, VERT Maxime, VERNHET Alexandre, NARO Gérard**, « La certification des comptes des hôpitaux publics à l'horizon 2014 un état de l'art au travers du témoignage du CHRU de Montpellier », Politiques et Management Public, n°04 2013, pages 571 à 581.

⁸⁰⁰ Se référer au décret n°2013-1239 du 23 décembre 2013 définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes.

⁸⁰¹ Consulter par exemple : **LE CLAINCHE Michel, GAULLIER-CAMUS Florent**, « La responsabilité des gestionnaires publics : quelles réformes ? », Gestion & Finances Publiques, n°03 2020, pages 46 à 53. **VANDENDRIESSCHE Xavier**, « L'insondable responsabilité des gestionnaires publics locaux », RFDA, n°06 2020, pages 1013 à 1018.

faisabilité au regard d'une part de l'acceptabilité sans doute non acquise du ministère en charge des comptes publics, et d'autre part de la difficulté de gestion d'une telle organisation avec des agents issus d'administrations et de statuts différents.

b. Le renforcement de la présence territoriale des agences régionales de santé

578. La création des agences régionales de santé en 2010 fût l'une des plus grandes réformes administratives du début des années 2000 et découlait du constat que malgré l'instauration des agences régionales de l'hospitalisation en 1996, un éclatement des administrations en charge de la santé et un manque de responsabilité des acteurs ne pouvaient plus perdurer⁸⁰². Le choix a alors été la mise en place d'un pilote unique investi d'un large champ de compétences visant à décloisonner les différents pans de la santé. Les agences régionales de santé ont par conséquent été investies de l'organisation de l'offre de soins de ville, hospitalière, médico-sociale, mais aussi des politiques de prévention et de la veille et sécurité sanitaire. Ce large champ d'intervention est porté par un exécutif fort en la personne d'un Directeur Général disposant de larges compétences ; et dans une optique de responsabilisation, le choix de l'établissement public a été retenu pour porter juridiquement cette réforme, et être le réceptacle de personnels de statuts divers notamment issus de l'Etat mais aussi de l'Assurance-maladie. Cette ambition forte a cependant rapidement fait l'objet de remarques⁸⁰³ car si l'objet de la réforme était de décliner régionalement la politique de santé, il n'était pas envisagé d'aboutir à une politique régionale de santé. Aussi, l'administration centrale a maintenu une habitude de prescription à l'égard des agences régionales de santé plutôt que de définition d'orientations stratégiques comme le Conseil national de pilotage⁸⁰⁴ aurait dû le prévoir. A l'inverse, les

⁸⁰² Voir en particulier : **RITTER Philippe**, « Rapport sur la création des agences régionales de santé », janvier 2008, 63 pages. **CHAMBAZ Florent**, **RYMER Roland**, **BRECHAT Pierre-Henri**, « Pour des agences régionales ayant la possibilité de pérenniser les offres de santé », Santé Publique, n°03 2008, pages 269 à 274. **COUR DES COMPTES**, « La mise en place des agences régionales de santé », in Rapport Sécurité Sociale 2012, pages 232-260.

⁸⁰³ Se référer à : **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé », février 2014, 292 pages. **MORO François**, « L'administration du système de santé. Les effets de la création de l'agence régionale de santé », thèse de droit public, sous la direction du Professeur Emmanuelle MARC, Université Montpellier I, janvier 2014, 620 pages. **CASTAING Cécile**, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion rénovée ou simple relais du pouvoir central ? », AJDA, n°40 2009, pages 2212-2218.

⁸⁰⁴ Consulter l'article **D.1433-8 du code de la santé publique** précisant que : « *Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé définit les modalités de son fonctionnement et arrête le programme de ses travaux. Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé peut se réunir par tout moyen approprié permettant l'identification et la participation effective de ses membres à une délibération collégiale. Les travaux*

collectivités territoriales et les représentants des usagers ne se sont pas sentis incorporés aux agences régionales de santé en raison des faibles compétences du conseil de surveillance et du rôle majeur du Directeur Général. Au-delà de leur structuration juridique, les agences régionales de santé ont pu être critiquées concernant leur action, en lien avec l'érosion de leurs moyens opérationnels⁸⁰⁵, ce qui fût mis en lumière lors de la gestion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Leur périmètre d'intervention ne constitue plus un motif de remise en cause, au risque de recloisonner le système de santé, mais les agences régionales de santé doivent par contre s'investir plus fortement dans le domaine de la santé publique alors que leur action reste encore trop portée sur la régulation de l'offre de soins du fait d'une culture encore trop présente du contrôle a priori. Cependant, les critiques relatives à leur gouvernance et à leur ancrage local restent marquées⁸⁰⁶, ce point ayant récemment fait l'objet d'évolutions avec la transformation du conseil de surveillance en conseil d'administration dont les compétences sont rééquilibrées avec celles du Directeur Général de l'agence régionale de santé⁸⁰⁷. Concernant l'ancrage local

du conseil national de pilotage sont préparés par un comité permanent, présidé par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales ou son représentant, réunissant l'ensemble des membres du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé ou leurs représentants. Le ministère de la défense participe à ces travaux lorsqu'il est traité de la participation du service de santé des armées à la mise en œuvre de la politique nationale de santé et de la prise en compte des besoins spécifiques de la défense. En tant que de besoin, un ou plusieurs directeurs généraux d'agence régionale de santé peuvent y participer. Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales réunit périodiquement, pour le compte du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé, l'ensemble des directeurs généraux des agences régionales de santé. Il associe à ces réunions les membres du Conseil national de pilotage des agences régionales de santé ou leurs représentants. ». Et également : **FANTINO Bruno** (sous la direction de), « ARS : mode d'emploi », Dunod, 2014, 320 pages. **VIDANA Jean-Louis**, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », RDSS n°02 2012, pages 267-279.

⁸⁰⁵ Voir notamment : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS – Tome I », novembre 2018, 88 pages. **DUCHESNE Victor**, « L'agence, le contrat, l'incitation - les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », Journal de gestion et d'économie médicales, n°04 2018, pages 159 à 180. **ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric**, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », Santé Publique, n°04 2013, pages 411 à 419. **PIERRU Frédéric**, « Agences régionales de santé : mission impossible », RFAP, n°02 2020, pages 385 à 403.

⁸⁰⁶ **ASSEMBLEE NATIONALE**, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé », juin 2021, 174 pages.

⁸⁰⁷ Voir en ce sens la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale - Article 119 : « (...) *Le conseil d'administration émet un avis motivé sur le projet régional de santé. Il émet un avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence et, au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence. En période d'état d'urgence sanitaire déclaré sur le fondement du chapitre Ier bis du titre III du livre Ier de la troisième partie, il se réunit au moins une fois par mois pour se tenir informé de l'évolution de la situation et des décisions prises par la direction de l'agence. (...) Le conseil d'administration fixe, sur proposition du directeur général, les grandes orientations de la politique menée par l'agence en ce qui concerne la conclusion et l'exécution de conventions avec les collectivités territoriales et leurs groupements pour la mise en œuvre du projet régional de santé. Le directeur général lui transmet chaque année un rapport sur ces conventions. Le conseil d'administration procède régulièrement, en lien avec les délégations départementales de l'agence et les élus locaux, à un état des lieux de la désertification médicale dans la région et formule, le cas échéant, des propositions afin de lutter contre cette situation. ».*

des agences régionales de santé, celles-ci sont désormais dans l'obligation de se saisir de cette question et de rendre des comptes aux collectivités territoriales⁸⁰⁸. Aussi, les missions de leurs délégations départementales devront être fixées réglementairement, et un rééquilibrage des moyens humains entre le niveau régional et le niveau départemental sera nécessaire à leur exercice. Il s'agit là d'une réorganisation nécessaire pour que les agences régionales de santé jouent pleinement leur rôle de régulateur au niveau départemental. Ainsi, les délégations indues de cette mission de régulation vers les groupements hospitaliers de territoire n'auront plus cours et l'hôpital territorial aurait vocation à être le coordonnateur du territoire au niveau opérationnel mais sous le contrôle de l'agence régionale de santé et de sa délégation départementale.

579. Une autre évolution possible aurait été de réduire la place de l'agence régionale de santé à un rôle de régulateur au niveau régional tout en confiant une position plus marquée aux collectivités territoriales, qui assument d'autres politiques complémentaires des actions en matière de santé, en lieu et place des délégations départementales de l'agence régionale de santé. Une telle organisation aurait plusieurs avantages, notamment une plus grande transversalité et articulation entre les différentes politiques publiques participant à la santé. Des financements complémentaires pourraient aussi être mobilisés pour financer les acteurs de santé d'un territoire. Surtout, il s'agirait là d'une évolution matérialisant la démocratie sanitaire. Le risque, selon nous, de différenciation trop marquée et d'inégalité d'accès aux soins selon les territoires, bien que cette réalité existe d'ores et déjà, ne nous conduit cependant pas à retenir une telle évolution même si nous proposons d'accroître la place des collectivités territoriales dans le pilotage des politiques de santé.

B) Une implication reconnue des collectivités territoriales

580. La création de l'hôpital territorial devrait conduire à une réforme parallèle des autorités de tutelle et de contrôle de l'Etat, mais la question de la place des collectivités territoriales en matière de santé ne doit cependant pas être éludée. Celle-ci devient de plus en plus nécessaire dans le cadre d'une responsabilité populationnelle et d'une transition du soin vers la santé

⁸⁰⁸ Se référer à l'article L.1432-1 du code de la santé publique : « (...) Les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales. Leurs missions sont déterminées par décret, après consultation des associations représentatives d'élus locaux. Chaque année, le directeur départemental présente au président du conseil départemental le bilan de l'action de l'agence dans le département. ».

publique. Mais, toute dynamique territoriale, voire différenciation⁸⁰⁹, ne peut s'envisager que dans le respect des orientations stratégiques fixées par l'Etat, qui en reste le garant.

581. Des objectifs de santé fixés uniformément par l'Etat (a) doivent néanmoins ouvrir des possibilités d'action élargies pour les collectivités territoriales (b).

a. Des objectifs de santé fixés uniformément par l'Etat

582. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat, en conformité avec l'objectif à valeur constitutionnelle de protection de la santé⁸¹⁰, et se matérialise par onze thématiques définies par la législation et se déclinant à travers une stratégie nationale de santé au caractère pluriannuel⁸¹¹ actuellement établie pour la période allant de 2018 à 2022⁸¹². Il est à noter que la stratégie nationale de santé intègre des dispositions particulières pour la Corse et l'outre-mer⁸¹³. Une déclinaison régionale a ensuite lieu à travers le projet régional de santé arrêté par chaque agence régionale de santé, mais toujours en conformité avec les orientations fixées par la stratégie nationale de santé⁸¹⁴. Ce cadrage national doit être maintenu en l'état car si les

⁸⁰⁹ Se référer à la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale – Article 1^{er} : « Art. L. 1111-3-1. – Dans le respect du principe d'égalité, les règles relatives à l'attribution et à l'exercice des compétences applicables à une catégorie de collectivités territoriales peuvent être différenciées pour tenir compte des différences objectives de situations dans lesquelles se trouvent les collectivités territoriales relevant de la même catégorie, pourvu que la différence de traitement qui en résulte soit proportionnée et en rapport avec l'objet de la loi qui l'établit. ». Et également : **DONIER Virginie**, « Loi 3DS - La santé et la cohésion sociale », RFDA, n°03 2022, pages 432 à 440.

⁸¹⁰ Voir en ce sens : **BIOY Xavier**, « L'objectif de protection de la santé publique sort renforcé de l'examen constitutionnel de la loi Touraine », Constitutions, n°01 2016, pages 125-138. **BORGETTO Michel**, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », RDSS, n°HS 2013, pages 9-30. **BYK Christian**, « La place du droit à la santé au regard du droit constitutionnel », Gazette du Palais, n°331 2001, pages 3-17. **EGEA Pierre**, « Les formes constitutionnelles de la santé », RDSS n°HS 2013, pages 31-44.

⁸¹¹ Consulter l'**article L.1411-1-1 du code de la santé publique**. Et également : **TREPRAU Maurice**, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 389-401. **MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, « Stratégie nationale de santé – Feuille de route », septembre 2013, 32 pages. **HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE**, « Avis relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé », mars 2023, 23 pages.

⁸¹² Voir le **décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017** portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022. **TREPRAU Maurice**, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », RDSS, n°03 2018, pages 389-401.

⁸¹³ Se reporter à : **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, « Stratégie nationale de santé 2018-2022 », décembre 2017, 54 pages.

⁸¹⁴ Voir en ce sens l'**article L.1434-1 du code de la santé publique** : « *Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il tient compte notamment des contrats locaux de santé existant sur le territoire régional.* ».

politiques de santé doivent être territorialisées, ce que l'élaboration du projet régional de santé tend à réaliser, la différenciation doit par ailleurs restée strictement proportionnelle et prévue par la législation, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. L'enjeu véritable reste la déclinaison infrarégionale à travers une véritable coordination des acteurs de santé et l'élaboration entre eux d'un projet territorial de santé n'étant pas que théorique. En ce sens, les collectivités territoriales ont sans doute un rôle croissant à jouer, sans remettre en cause la prédominance de l'Etat dans la détermination des objectifs de santé publique et devant garantir l'égalité de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Ce maintien du niveau national dans ses prérogatives s'avère par ailleurs cohérent avec un financement lui aussi essentiellement national des politiques de santé⁸¹⁵. Il pourrait être objecté que d'autres systèmes de santé, sans remettre en cause la place première de l'Etat, accordent un rôle plus conséquent aux autres acteurs publics dans la définition des orientations au niveau régional. La récente réforme de la gouvernance des agences régionales de santé et l'évolution possible du rôle du conseil territorial de santé nous semblent être des premières étapes intéressantes en ce sens.

b. Des possibilités d'action élargies pour les collectivités territoriales

583. Malgré la place historique des communes dans la création et la gestion des établissements de santé, le rôle direct des collectivités territoriales en matière de santé est relativement restreint avec des communes et leurs groupements ayant essentiellement des compétences en matière d'hygiène⁸¹⁶, alors que les conseils départementaux quant à eux gèrent la protection des familles et des enfants, participent à la sécurité sanitaire⁸¹⁷ et peuvent intervenir

⁸¹⁵ Bien que ce financement soit national, il est à noter son dualisme entre l'Assurance-maladie, gérant la grande majorité de celui-ci à travers les cotisations sociales, et l'Etat. Une « étatisation » du budget de la santé reste un sujet récurrent de débat. Voir en ce sens : **PELLET Rémi**, « Pour une budgétisation du financement de l'assurance maladie », Revue d'économie financière, n°03 2021, pages 81 à 93. **BRAS Pierre-Louis**, « Le NHS et le spectre de l'étatisation du système de santé français », Les Tribunes de la santé, n°02 2022, pages 59 à 70.

⁸¹⁶ Consulter l'**article L.1422-1 du code de la santé publique**. Et aussi : **LE GOFF Erwan**, « Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », RFAS, n°04 2011, pages 158 à 177. **MAILLARD DESGREES DU LOÛ Dominique**, « La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements », AJDA, n°08 2006, pages 406-409. **ZACHARIE Clémence**, « Le maire et la santé publique », RDSS, n°03 2021, pages 477 à 485. **TRUCHET Didier**, « La ville dans le droit de la santé », Les Tribunes de la santé, n°03 2017, pages 43 à 47. **EL GHOZI Laurent**, « Les politiques municipales de santé publique », Les Tribunes de la santé, n°01 2012, pages 19 à 33.

⁸¹⁷ Voir la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale – Article 128 : « (...) *Les départements participent à la politique publique de sécurité sanitaire par l'intermédiaire des laboratoires d'analyse départementaux, de l'organisme à vocation sanitaire et de l'organisation vétérinaire à vocation technique mentionnés à l'article L. 201-9 et de leurs sections départementales ainsi que par l'intermédiaire des organismes*

en matière de dépistage du cancer, et qu'enfin la région intervient dans le champ de la formation paramédicale et de l'innovation conformément à ses compétences. En complément, les collectivités territoriales peuvent contractualiser avec l'agence régionale de santé pour la réalisation d'actions de prévention et de promotion de la santé dans le cadre d'un contrat local de santé, le projet régional de santé devant par ailleurs les prendre en compte. Force est de constater que le champ d'intervention des collectivités territoriales en matière de santé s'avère congru même si les récentes évolutions législatives ont permis de leur reconnaître une place plus importante notamment dans la gouvernance des agences régionales de santé⁸¹⁸. Mais surtout, il est désormais possible pour les collectivités territoriales de participer financièrement aux investissements des établissements de santé, quel que soit leur statut juridique, en conformité avec le schéma régional de santé⁸¹⁹, et leur rôle en matière de prévention est également reconnu au même titre que les autres acteurs de santé⁸²⁰. Ces avancées permettront d'accroître la territorialisation des politiques de santé mais il convient de les voir également à l'aune du renforcement des délégations départementales des agences régionales de santé. Ainsi, un vrai pilotage pourra être mis en place entre cet échelon départemental de l'autorité de régulation et les collectivités territoriales. Investies de ces nouvelles compétences, les collectivités territoriales pourront davantage participer au diagnostic territorial et à la détermination des besoins de la population locale tandis que l'hôpital territorial interviendrait ensuite comme coordonnateur des acteurs de santé et bras opérationnel de cette dynamique locale. Bien que souscrivant à de telles évolutions, nous pouvons pointer le risque lié à une plus

de lutte et d'intervention contre les zoonoses. ». Et également : **DONIER Virginie**, « La construction des compétences départementales, ou la porosité de la distinction entre action sanitaire et action sociale », RDSS, n°03 2022, pages 423 à 432. **FAURE Bertrand**, « Le pouvoir réglementaire des départements dans l'exercice de leurs missions sanitaires et sociales », RDSS, n°03 2022, pages 433 à 440.

⁸¹⁸ Se référer à la **loi n°2022-217 du 21 février 2022** relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale - Article 119. En contrepoint historique, voir : **LEVOYER Loïc**, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », AJDA, n°40 2009, pages 2219-2223.

⁸¹⁹ Voir l'**article L.1422-3 du code de la santé publique** : « *Les communes et leurs groupements peuvent concourir volontairement au financement du programme d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés. Les opérations financées dans le cadre du programme d'investissement respectent les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé. Les opérations mentionnées au deuxième alinéa peuvent néanmoins être réalisées en cas de décision des communes concernées ou de leurs groupements de ne pas concourir à leur financement.* ». Mais également : **BOURGUEIL Yann**, « L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? », Sciences sociales et santé, n°01 2017, pages 97 à 108.

⁸²⁰ Se référer à l'**article L.1110 du code de la santé publique** : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* ».

grande participation financière des collectivités territoriales aux investissements réalisés par les établissements de santé. En effet, en l'absence de cadrage clair et négocié, sur le modèle du contrat de plan Etat / Région, cette possibilité ouvre le risque d'une forme de clientélisme ou d'un financement concentré seulement sur quelques grands établissements du fait d'une visibilité politique plus importante⁸²¹.

Paragraphe II : Une coordination accrue des autres opérateurs de santé

584. L'hôpital territorial est ainsi défini juridiquement et son fonctionnement a été explicité, tandis que les réformes complémentaires à son activité ont été précisées et qu'une clarification de sa mission vis-à-vis des autres acteurs a été posée, notamment au décours de préconisations de réformes des autorités de tutelle. Mais, la responsabilité populationnelle, à laquelle l'hôpital territorial participerait, serait collective et si l'hôpital territorial pourrait être le coordonnateur de la démarche, encore faudrait-il que les autres acteurs aient également engagé une démarche de structuration entre eux afin de dépasser leur éclatement intrinsèque.

585. La structuration d'une organisation de la médecine de ville apparaît nécessaire (A), pour permettre la coordination des acteurs spécialisés dans le champ de la santé (B).

A) La structuration nécessaire d'une organisation de la médecine de ville

586. Quel que soit leur secteur d'activité, les acteurs de santé se caractérisent par leur émiettement. L'hôpital territorial apporterait une réponse à ce constat concernant les établissements publics de santé alors que les établissements privés ont eux-mêmes leur logique de regroupement au sein de groupes de cliniques privées. En ce qui concerne les établissements sociaux et médico-sociaux, publics ou privés, des dispositifs tels que le groupement de coopération sanitaire et médico-social semblent être une réponse juridique appropriée pour mutualiser des fonctions tout en maintenant l'autonomie de chaque structure dans un domaine

⁸²¹ Ce phénomène de concentration des financements s'observe d'ores et déjà à travers la pratique croissante du mécénat d'entreprise auprès des établissements de santé. A ce sujet, voir par exemple : **TRUFFINET Nicolas**, « Fondation hospitalière et fonds de dotation : de nouveaux outils pour financer la recherche à l'hôpital », Les Tribunes de la santé, n°03 2020, pages 103 à 110.

où la proximité est primordiale⁸²². La médecine de premier recours et les professions paramédicales associées en ville restent le secteur ayant le moins connu de structuration alors même qu'il s'agit des acteurs premiers de la prévention, du diagnostic primaire et du maintien à domicile. Il apparaît par conséquent indispensable que la démarche de responsabilité populationnelle soit portée avec ces acteurs et pour ce faire, il conviendrait que ceux-ci puissent se doter de représentants ou de structures de coordination. De nombreuses évolutions législatives sont intervenues afin de proposer des solutions juridiques permettant cette coordination des acteurs de ville qui ont par ailleurs vocation à s'articuler avec les hôpitaux de proximité.

587. Le développement des outils juridiques de coordination des acteurs du premier recours (a) doit être mis en perspective avec la réforme des hôpitaux de proximité et l'objectif d'accroissement des liens ville / hôpital (b).

a. Le développement des outils juridiques de coordination des acteurs du premier recours

588. L'évolution des pathologies chroniques et le vieillissement de la population conduisent nécessairement les acteurs à se coordonner pour organiser la prise en charge des patients, chaque professionnel intervenant alors dans la limite de ses compétences réglementaires mais dans un cadre commun autour du patient. Lorsqu'ils établissent un projet de prise en charge, ces professionnels peuvent être reconnus en tant qu'équipe de soins primaires ou spécialisés⁸²³

⁸²² Voir par exemple : **ESPER Claudine**, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale », RDSS, n°5 2006, pages 909-917. Et plus globalement : **ARNAL-CAPDEVIELLE Isabelle**, « Le droit des établissements et services médico-sociaux », Presses de l'EHESP, 2020, 250 pages. Il est à noter également le projet de groupement territorial social et médico-social (GTSMS) présenté par la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France.

⁸²³ Voir en ce sens **l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique** : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé. ». Et également : **MORLET-HAÏDARA Lydia**, « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », RDSS, n°06 2016, pages 1103 à 1115.

et peuvent alors se constituer en centre de santé⁸²⁴ ou en maison de santé⁸²⁵, et ainsi obtenir des financements spécifiques et répondre à des normes particulières relatives à l'information médicale permettant le secret partagé. Cependant, à l'échelle par exemple d'une agglomération, un regroupement en équipes de soins primaires constitue encore un échelon trop fin afin de se coordonner avec les autres acteurs de santé tels que les sites hospitaliers constitutifs de l'hôpital territorial. Les différentes équipes de soins primaires, ainsi que d'autres acteurs par exemple médico-sociaux, peuvent alors constituer une communauté professionnelle territoriale de santé⁸²⁶ sous réserve de la validation du projet de santé par l'agence régionale de santé. La communauté professionnelle territoriale de santé se forme alors en tant qu'association et peut recevoir des financements spécifiques, tout en exerçant des missions de service public sous réserve d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé et l'Assurance-maladie⁸²⁷. Une troisième avancée de coordination concerne enfin la gestion des cas complexes avec la constitution de plateformes territoriales d'appui⁸²⁸. L'ensemble de ces évolutions tend à créer

⁸²⁴ Concernant les centres de santé, se référer à l'article **L.6323-1 du code de la santé publique**. Et aussi : **COLIN Marie-Pierre, ACKER Dominique**, « Les centres de santé : une histoire, un avenir », Santé Publique, n°HS 2009, pages 57 à 65.

⁸²⁵ Sur les maisons de santé, voir l'article **L.6323-3 du code de la santé publique**, et : **ROUSSET Guillaume**, « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », RDSS, n°03 2014, pages 450 à 456. **RAY Marine, BOURGUEIL Yann, SICOTTE Claude**, « Les maisons de santé pluri professionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques », RFAS, n°01 2020, pages 57 à 77.

⁸²⁶ Consulter l'article **L.1434-12 du code de la santé publique**, et aussi : **CORMIER Maxence**, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ? », RDSS, n°01 2019, pages 64-73. **RIST Stéphanie, ROGEZ Raphaël**, « Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale », Les Tribunes de la santé, n°01 2020, pages 51 à 55. **DE FONTGALLAND Charlotte, ROUZAUD-CORNABAS Mylène**, « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », Santé Publique, n°02-03 2020, pages 239 à 246. **SAISON Johanne**, « L'organisation territoriale des soins de premier recours à l'épreuve de la covid-19 : les enseignements d'une crise sanitaire », Droit et Ville, n°01 2021, pages 11 à 23. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - Appui à la DGOS », août 2018, 88 pages.

⁸²⁷ Se reporter à l'article **L.1434-12-2 du code de la santé publique** : « I.- La communauté professionnelle territoriale de santé mentionnée à l'article L. 1434-12 peut être appelée, par une convention conclue avec l'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétentes, à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : 1° L'amélioration de l'accès aux soins ; 2° L'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé ; 3° Le développement d'actions territoriales de prévention ; 4° Le développement de la qualité et de la pertinence des soins ; 5° L'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire ; 6° La participation à la réponse aux crises sanitaires. ».

⁸²⁸ Sur les plateformes territoriales d'appui, se référer à l'article **D.6327-5 du code de la santé publique** : « La plate-forme territoriale d'appui est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, une priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces acteurs élaborent le projet de plate-forme mentionné à l'article D. 6327-6, désignent l'opérateur en charge de la mise en œuvre des missions décrites à l'article D. 6327-1 et assurent le suivi des actions. ». Et également : **SEBAI Jihane**, « Les plateformes territoriales d'appui : une réforme partielle de plus pour répondre au défi de la prise en charge ambulatoire des patients complexes ? », Les Tribunes de la santé, n°01 2018, pages 103 à 113. **BOREL Laëtitia, CENARD Laurent**, « X Réseau de santé + Y MAIA = 1 Dispositif d'Appui à la Coordination. Une addition contre-nature ? », Gestion et management public, n°03 2022, pages 57 à 77.

une coordination des acteurs de premier recours, aussi il ne semble pas nécessaire de mettre en place d'autres outils en la matière mais de leur donner un caractère obligatoire⁸²⁹ à travers la législation et sous l'égide de l'agence régionale de santé afin de s'assurer du maillage complet des territoires. Il s'agirait là d'un moyen de concilier d'une part l'objectif de coordination des acteurs, tout en ne remettant pas en cause d'autre part la liberté d'installation reconnue aux professions médicales.

589. Il pourrait être pointé que d'autres modes de représentation des professions de santé existent déjà à travers les Ordres professionnels et les unions régionales des professionnels de santé (URPS)⁸³⁰. Nous constatons néanmoins que les premiers concernent l'ensemble des professionnels, quel que soit leur lieu d'exercice, ne les rendant pas représentatifs des seuls acteurs de premier recours. De même, tant les Ordres que les unions régionales restent segmentés par profession. En ce sens, ces dispositifs nous paraissent légitimes dans le cadre de concertations régionales, mais ne s'avèrent pas aussi opérationnels qu'une communauté professionnelle territoriale de santé pour mettre en place collectivement une responsabilité populationnelle sur un territoire.

b. La réforme des hôpitaux de proximité et les liens ville / hôpital

590. Les acteurs de premier recours entrant dans une coordination devenue obligatoire, il conviendrait également de structurer leurs liens avec le secteur hospitalier à travers la mission confiée en ce sens aux hôpitaux de proximité. La législation définissant leurs conditions de labellisation et de gouvernance prévoit en effet explicitement un tel rôle de pivot⁸³¹, ainsi qu'un conventionnement spécifique entre l'hôpital de proximité de statut public et le groupement

⁸²⁹ Il est ainsi prévu, dans la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, un rattachement de tous les professionnels de santé à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

⁸³⁰ Sur ces sujets de représentation des médecins, consulter par exemple : **LUCAS Jacques**, « Enjeux éthiques, réflexions déontologiques et recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins », Les Tribunes de la santé, n°01 2019, pages 85 à 97. **HASSENTEUFEL Patrick**, « Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », Les Tribunes de la santé, n°01 2019, pages 21 à 33. En ce qui concerne les autres professions de santé, consulter par exemple : **MORET-BAILLY Joël**, « Les Ordres professionnels des professions d'auxiliaires médicaux », RDSS, 2007, pages 472-483. **MORET-BAILLY Joël**, « L'ostéopathie : profession de santé ou activité de soins ? », RDSS, n°02 2009, pages 290-300. **MORET-BAILLY Joël**, « Les modes de définition des professions de santé, présent et avenir », RDSS, n°03 2008, pages 508-519.

⁸³¹ Se reporter à l'**ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021** relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité, et aussi : **CARPO Youen**, « Quelle place pour les petits hôpitaux et hôpitaux de proximité ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 69-75.

hospitalier de territoire auquel il appartient⁸³². Dans ce cadre, un maillage gradué pourrait être mis en place, les acteurs de ville ayant l'obligation de se coordonner entre eux et l'hôpital de proximité ayant par ailleurs une obligation de se structurer avec ces regroupements tout en les incluant à sa gouvernance. L'hôpital de proximité devrait ensuite organiser ses collaborations avec l'hôpital territorial, et notamment son site hospitalier constitutif le plus proche. La révision de la composition des groupements hospitaliers de territoire en incluant dans leur évolution vers l'hôpital territorial uniquement les établissements détenant des capacités de court séjour prendrait alors forme. Il ne serait pas besoin d'intégrer les hôpitaux de proximité à l'hôpital territorial, d'autres mécanismes juridiques plus souples existant déjà pour formaliser leurs rapports. A l'inverse, cette non-intégration redonnerait de l'autonomie et de la souplesse de gestion aux hôpitaux de proximité qui actuellement ne trouvent pas toujours leur place au sein des groupements hospitaliers de territoire.

591. En contrepoint, nous pourrions considérer qu'une vision intégrée de la santé devrait au contraire conduire à la participation des hôpitaux de proximité à l'hôpital territorial, la filière d'aval de la prise en charge aigüe étant un maillon essentiel du parcours du patient. Tout en souscrivant à cette vision, nous considérons néanmoins que cette participation ne ferait qu'accroître les risques d'effets négatifs liés à un processus de massification, alors même que les hôpitaux de proximité souhaitent plus d'agilité dans leur fonctionnement.

B) La coordination des acteurs spécialisés dans le champ de la santé

592. Dans ce schéma, les établissements publics de santé seraient intégrés dans un hôpital territorial organisant une offre de soins graduée et fondée sur la subsidiarité en faveur de ses sites hospitaliers constitutifs. Il serait le coordonnateur du territoire, sans en être le régulateur qui resterait l'agence régionale de santé en articulation avec des collectivités territoriales ayant

⁸³² Voir en ce sens l'**ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021** relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité : « Art. L. 6111-3-3.-Les hôpitaux de proximité de statut public, ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale et que l'établissement dont ils constituent un site n'est pas l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, concluent avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire auquel il sont parties, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention organisant les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions de proximité. La convention décrit, au regard de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 et du projet médical partagé du groupement, les obligations réciproques des parties et notamment l'appui de l'établissement support et des autres établissements du groupement aux missions de l'hôpital de proximité définies à l'article L. 6111-3-1 et les modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement. (...) ».

davantage de compétences en la matière. A ce titre, l'hôpital territorial serait un acteur majeur de la responsabilité populationnelle qui relèverait collectivement de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Un réseau des acteurs de santé du territoire serait ainsi en place et il resterait maintenant à leur fournir les outils juridiques de leur travail en commun.

593. Les nouvelles modalités d'élaboration du projet territorial de santé (a) doivent conduire en ce sens à une contractualisation entre acteurs dans le cadre de parcours de soins (b).

a. L'élaboration du projet territorial de santé

594. Une nouvelle fois, les outils juridiques existent et il conviendrait de s'en saisir sans avoir à conduire une évolution législative d'ampleur en la matière. L'agence régionale de santé définit des territoires de démocratie sanitaire au sein desquels est installé un conseil territorial de santé regroupant l'ensemble des acteurs de santé, y compris les représentants des usagers⁸³³. Ce conseil territorial de santé et les services de l'agence régionale de santé élaborent un diagnostic territorial concernant les besoins de santé de la population du bassin de vie et il en découle un projet territorial de santé prenant en considération les projets des structures de coordination des acteurs de premier recours et le projet médical partagé des actuels groupements hospitaliers de territoire⁸³⁴, celui-ci devant par ailleurs être en conformité avec les orientations stratégiques du schéma régional de santé.

⁸³³ Sur la composition et les missions du conseil territorial de santé, se reporter à l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « Article L1434-10 I A. - L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9. Le conseil territorial de santé est notamment composé des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que d'un membre du comité de massif concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il garantit en son sein la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale. (...) ». Plus globalement, voir par exemple : **CEPRE Ludovic**, « Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire », Hérodote, n°04 2011, pages 65 à 88.

⁸³⁴ Voir en ce sens l'**article L.1434-10 du code de la santé publique** : « (...) II. - Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. ».

595. A l'égard de la nouvelle organisation que nous proposons, il conviendrait néanmoins de procéder à deux ajustements techniques. Tout d'abord, le périmètre des territoires de démocratie sanitaire définis par l'agence régionale de santé devrait être le département en cohérence avec le ressort géographique de l'hôpital territorial et afin de faciliter l'articulation avec les collectivités territoriales et les autres services déconcentrés de l'Etat. Ensuite, le conseil territorial de santé devrait comprendre obligatoirement un représentant de chaque niveau de l'organisation graduée des prises en charge, à savoir un représentant de l'hôpital territorial, un représentant des hôpitaux de proximité et un représentant des structures d'exercice partagé des acteurs du premier recours, ce qui permettrait au projet territorial de santé de prendre plus en compte les capacités opérationnelles des acteurs pour mettre en œuvre les actions envisagées⁸³⁵.

596. Nous pourrions noter que malgré les évolutions suggérées, le conseil territorial de santé et le projet territorial de santé restent départis de réelles compétences. Ainsi, le projet territorial de santé se voit enserré entre des projets locaux, dont il prend acte, et des orientations régionales qui s'imposent à lui, même si théoriquement celles-ci sont censées découler pour partie des diagnostics élaborés par les différents territoires. Aussi, afin d'être un lieu plus investi par les acteurs, le conseil territorial de santé pourrait par exemple disposer d'un budget d'intervention limité, provenant d'une fraction du fonds d'intervention régional de l'agence régionale de santé et de contributions des collectivités territoriales, pour initier des actions de prévention au sein du territoire.

⁸³⁵ Voir en ce sens **l'article R.1434-33 du code de la santé publique** : « 1.- Les conseils territoriaux de santé sont composés de trente-quatre membres au moins et de cinquante membres au plus, répartis comme suit : 1° Collège des professionnels et offreurs des services de santé, composé d'au moins vingt et d'au plus vingt-huit représentants des établissements, professionnels et structures de santé, des établissements et services médico-sociaux, de la prévention et de la promotion de la santé, et des représentants d'organismes œuvrant dans le champ de la lutte contre la pauvreté et la précarité ; 2° Collège des usagers et associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, composé d'au moins six et d'au plus dix membres ; 3° Collège des collectivités territoriales ou de leurs groupements, du territoire de démocratie sanitaire concerné, composé d'au moins quatre et d'au plus sept membres ; 4° Collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale, composé d'au moins deux et d'au plus trois membres ; 5° Deux personnalités qualifiées. Les membres du collège des professionnels et offreurs des services de santé, du collège des usagers et des associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé et du collège des représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale sont désignés par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé, sur proposition des organisations ou des instances qui les représentent, quand elles existent, ou, dans le cas contraire, à l'issue d'un appel à candidatures. (...) ».

b. Une contractualisation entre acteurs dans le cadre de parcours de soins

597. L'élaboration du projet territorial de santé s'appuierait sur l'expertise technique des acteurs de santé, et en premier lieu de l'hôpital territorial. Cette définition des orientations stratégiques relèverait néanmoins de l'agence régionale de santé en sa qualité de régulateur du système de santé, et en s'assurant de la participation et de l'adhésion de toutes les parties prenantes, notamment des collectivités territoriales et des représentants des usagers. Elle veillerait aussi à la conformité à la réglementation et aux orientations régionales, et prendrait enfin des mesures d'application en termes de soutien financier aux actions proposées ou si besoin dans l'exercice de son pouvoir d'octroi d'autorisations sanitaires. La coordination quotidienne des acteurs de santé en déclinaison du projet territorial de santé ne relèverait cependant pas de l'agence régionale de santé, dépourvue de moyens opérationnels malgré le renforcement prévu de ses délégations départementales. La coordination des acteurs constituerait une mission effectuée par l'hôpital territorial par délégation et sous le contrôle de l'agence régionale de santé, mission devant être inscrite dans la législation afin de conférer la légitimité rationnelle-légale nécessaire à l'hôpital territorial. Une évolution de la réglementation pourrait aussi intervenir afin de prévoir les mécanismes permettant cette coordination et une responsabilisation des différents acteurs. Actuellement, la déclinaison du projet territorial de santé reste en effet limitée aux seuls contrats locaux de santé lorsque les initiatives émergent en ce sens⁸³⁶, et il conviendrait de prévoir une contractualisation obligatoire avec l'agence régionale de santé, chaque acteur de santé devant alors s'engager à la réalisation des actions du projet territorial de santé relevant de son champ d'intervention.

598. L'hôpital territorial aurait ensuite comme mission de coordination d'apporter les moyens opérationnels en vue de la bonne réalisation de ces actions, ce qui pourrait être par exemple la création d'un centre de santé construit et géré par l'hôpital territorial afin de faciliter

⁸³⁶ Se reporter à l'article L.1434-10 du code de la santé publique : « (...) IV. - La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements garantissant la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap et, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social. Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de santé mentale. Ils sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4. Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent. ». Voir aussi : **LERIQUE Florence**, « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé », RDSS, n°05 2013, pages 859 à 867. **JABOT François, LAURENT Anne**, « Les contrats locaux de santé en quête de sens », Santé Publique, n°02 2018, pages 155 à 156. **FLEURET Sébastien**, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? », Sciences sociales et santé, n°02 2016, pages 107 à 115.

l'émergence d'une équipe de soins primaires, ou la mise en place d'un conseil scientifique local afin d'accompagner les collectivités territoriales dans la définition et l'ingénierie de leurs actions de prévention et de promotion de la santé. Dans un autre registre, l'hôpital territorial et les acteurs de premier recours pourraient mettre en place conjointement des actions de dépistage pour certaines pathologies, ou proposer des actions d'information et de sensibilisation au sein des institutions scolaires. Cette coordination de l'hôpital territorial s'avèrerait d'autant plus prégnante pour les hôpitaux territoriaux hospitalo-universitaires mettant en œuvre la mission primordiale de formation initiale et continue des professionnels de santé du territoire.

599. Un tel dispositif fondé sur la contractualisation permettrait de rendre plus concret le projet territorial de santé et de s'assurer de la mise en place réelle de la responsabilité populationnelle des acteurs de santé. Nous faisons ainsi le constat qu'au-delà de son indispensable définition législative, la responsabilité populationnelle des acteurs de santé ne peut relever du seul acte d'autorité, mais doit se fonder sur une contractualisation, certes complexe au regard du nombre d'acteurs concernés, mais sans doute nécessaire dans l'objectif d'une effectivité d'une responsabilité populationnelle sinon vouée à ne rester que théorique en l'absence d'accompagnement opérationnel.

Conclusion de chapitre

600. Du fait de leur bilan contrasté, les groupements hospitaliers de territoire doivent évoluer vers un hôpital territorial prenant acte de leur nature intégrative et permettant de réaliser leur double objectif d'organisation d'une offre de soins graduée et sécurisée et de rationalisation des modes de gestion. Si toute la structuration institutionnelle et juridique de l'hôpital territorial doit être pensée en ce sens, cette seule transformation ne saurait être une condition suffisante et des réformes complémentaires doivent l'accompagner.

601. Ainsi, l'émergence d'un hôpital territorial obligerait à dépasser les règles hospitalières actuelles, tout particulièrement en matière de mode de financement des établissements, afin de l'orienter davantage vers la coordination autour du parcours du patient et moins sur la seule réalisation d'actes techniques, et de droit des autorisations sanitaires pour le territorialiser à travers une fongibilité possible des autorisations entre les sites hospitaliers constitutifs de l'hôpital territorial grâce à la reconnaissance de l'équipe de soins réalisant cette activité de soins. De même, les organisations de travail se territorialisant, les statuts des personnels, que ceux-ci soient médicaux, soignants ou administratifs, devraient évoluer avec ce nouveau paradigme, y compris dans le sens d'une plus grande responsabilisation à travers la reconnaissance du management territorial⁸³⁷.

602. Mais, pour assumer pleinement sa nouvelle mission de coordination territoriale des acteurs de santé investis collectivement d'une responsabilité populationnelle, l'hôpital territorial devrait pouvoir s'appuyer sur des partenaires ou autorités repositionnés, notamment des collectivités territoriales investies de plus de compétences tout en restant dans un cadre fixé par l'Etat, et des outils juridiques repensés pour favoriser la concertation et la contractualisation à ce niveau territorial.

⁸³⁷ Voir par exemple : **BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien**, « GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire », LEH Edition, 2017, 275 pages. **BARBOT Jean-Marie**, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », Les Cahiers de la Fonction Publique n°364, mars 2016, pages 45-49.

CONCLUSION DE TITRE

603. Les groupements hospitaliers de territoire étant « au milieu du gué », trois hypothèses pourraient être envisagées entre un renoncement, un statu quo ou un approfondissement. Le renoncement nous paraît inadapté au regard de l'effet cliquet lié à la création des groupements et ayant profondément modifié les modalités de coopération et de fonctionnement des établissements publics de santé. De même, le statu quo ne nous semble pas envisageable au regard d'une part des enjeux du système hospitalier, notamment en termes de démographie médicale, et d'autre part des limites juridiques des actuels groupements pour y faire face. Aussi, nous préconisons, comme plusieurs autorités d'inspection et de contrôle⁸³⁸, d'opter pour la voie de l'approfondissement faisant des groupements hospitaliers de territoire une étape vers la création d'un hôpital territorial doté de la personnalité juridique unique.

604. Une telle évolution devrait conduire à l'émergence d'un hôpital territorial devenant un véritable pilote de son territoire. Il s'agirait en ce sens de concilier une intégration des établissements publics de santé dans une structure unique permettant un plein alignement tout en assurant une mutualisation des fonctions supports et une territorialisation des organisations médicales ; et les effets potentiellement négatifs de ce mouvement centripète avec une recherche de la proximité par le biais d'une subsidiarité de principe reposant sur une large délégation de compétences dans le cadre d'un droit processuel. Cet équilibre trouvé, l'hôpital territorial serait alors en capacité de voir ses missions élargies à la coordination territoriale dans le cadre d'une responsabilité populationnelle des acteurs de santé d'un territoire, et dans le respect et la distinction de la mission de régulation assumée par l'agence régionale de santé, permettant un renouveau du service public de santé.

605. Cette dynamique supposerait des réformes complémentaires redéfinissant le champ de compétences d'autres acteurs, en premier lieu des collectivités territoriales, ou les structurant davantage, notamment au niveau du premier recours en rendant obligatoires les dispositifs de coordination existants. Une redéfinition des outils juridiques de concertation et de contractualisation des acteurs au sein d'un territoire viendrait parachever ce mouvement de responsabilisation collective sous l'égide de l'hôpital territorial.

⁸³⁸ Voir en ce sens : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages. **PRIBILE Pierre**, **NABET Norbert**, « Repenser l'organisation territoriale des soins », septembre 2018, 22 pages.

CONCLUSION DE PARTIE

606. Les groupements hospitaliers de territoire représentent certes un changement de conception des coopérations hospitalières, mais leur bouleversement se veut plus systémique encore en conduisant au dépassement des coopérations entre établissements publics de santé et en étant finalement les prémices de l'émergence d'un hôpital territorial les confondant dans une personnalité juridique unique.

607. Cette transformation est possible dans la mesure où les groupements hospitaliers de territoire ont créé un effet cliquet dans la coopération et le fonctionnement entre eux des établissements publics de santé, avec la consolidation progressive des groupements et le mouvement complémentaire d'une centralisation de la décision autour de l'établissement support. Surtout, les groupements hospitaliers de territoire ont conduit à une telle interdépendance entre leurs établissements membres, qu'un renoncement à cette dynamique ne paraît pas envisageable sans coûts de sortie disproportionnés. Cet alignement progressif au sein du groupement hospitalier de territoire en a fait un acteur reconnu et privilégié, son périmètre devenant l'échelon de conception des politiques hospitalières tandis que toutes les parties prenantes conçoivent sa portée sans toutefois forcément la soutenir.

608. Mais, ce positionnement de plus en plus affirmé du groupement hospitalier de territoire ne peut écarter le fait que d'une part celui-ci s'effectue par l'entremise d'une assimilation entre le groupement et son établissement support⁸³⁹, et que d'autre part la construction juridique actuelle des groupements, malgré ses évolutions périodiques, constitue une limite à son action⁸⁴⁰. Aussi, nous soutenons que les groupements hospitaliers de territoire doivent être une étape vers l'hôpital territorial. La structuration juridique de ce dernier représenterait un enjeu majeur afin d'aboutir à un équilibre entre l'intégration recherchée et le maintien de la proximité. L'hôpital territorial se verrait alors chargé d'une mission de coordination territoriale dans le cadre d'une responsabilité populationnelle partagée avec les autres acteurs de santé, et nécessitant de repenser en complément d'autres outils juridiques permettant de mettre en place une véritable contractualisation de territoire.

⁸³⁹ Pour illustration, voir par exemple : **DEWITTE Jean-Pierre**, « Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ? », Les Tribunes de la santé, n°69 2021, pages 89-99.

⁸⁴⁰ Voir notamment : **HARDY Jacques**, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme administrative : Le cas des groupements hospitaliers de territoire », AJDA, n°16 2017, pages 919 à 927.

CONCLUSION GENERALE

609. Véritable « clef de voûte » de l'organisation hospitalière publique, la structuration juridique actuelle des groupements hospitaliers de territoire n'apparaît pas en adéquation avec les objectifs leur étant assignés de rationalisation des modes de gestion et d'organisation d'une offre de soins graduée et sécurisée sur un territoire, ce qui devrait conduire à prendre en compte leur nature intégrative en les faisant évoluer vers un hôpital territorial.

610. L'analyse des groupements hospitaliers de territoire amène à se poser tout d'abord la question de leur origine et des équilibres ayant abouti à leur mise en place selon l'ordonnement juridique que nous connaissons. Ainsi, si les groupements hospitaliers de territoire constituent un changement de conception des coopérations hospitalières, leur émergence découle d'un long processus d'application de la planification au champ hospitalier, tout en l'approfondissant par une approche de territorialisation. Ces deux tendances de fond se sont appuyées sur les coopérations hospitalières afin de traiter un certain nombre d'enjeux issus de la spécialisation de la médecine, de la démographie médicale ou encore du recours à des équipements de plus en plus innovants générant un coût économique notable pour la société. La recherche d'une coopération entre les établissements de santé a permis le développement d'une myriade d'outils juridiques plus ou moins contraignants ou spécialisés. Mais, du fait de recompositions hospitalières restant trop restreintes ou lentes⁸⁴¹, le législateur a souhaité mettre en place un nouveau dispositif de coopération à travers les groupements hospitaliers de territoire, ceux-ci approfondissant et se nourrissant des lacunes des éphémères communautés hospitalières de territoire⁸⁴².

611. Les groupements hospitaliers de territoire avaient alors un double objectif faisant émerger une stratégie de groupe public. Un dispositif ambivalent a ainsi été construit, à la fois obligatoire et fondé sur une démarche conventionnelle⁸⁴³, uniforme dans son cadre juridique

⁸⁴¹ Voir en ce sens : **DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS**, « Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 », juillet 2016, 55 pages. **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ? », mars 2012, 273 pages.

⁸⁴² Consulter notamment : **KELLER Catherine**, « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales, n°28, 13 juillet 2015, notice 2229. **MORO François**, « Le nouveau visage de la coopération : les Communautés Hospitalières de Territoire, à la recherche d'un nouveau modèle d'organisation hospitalière ? », Revue Droit et Santé, n°33 2010, pages 25-33.

⁸⁴³ Se référer à : **HOUDART Laurent**, « Vers une coopération contrainte : les GHT », Revue Droit et Santé, hors-série 2016, pages 103-109.

tout en permettant une grande différenciation selon les territoires, ou encore doté de compétences importantes tout en préservant l'autonomie de ses membres. Au lieu de l'attrait de la modularité, cette ambivalence a suscité de nombreuses interrogations concernant les groupements hospitaliers de territoire. Leur complexité, conférant au « mécano » institutionnel⁸⁴⁴ voire à l'incertitude quant à leur sécurité juridique lorsque les fonctions mutualisées ont été portées sur les fonds baptismaux, a au final engendré un questionnement plus fondamental concernant leur nature intrinsèque. Nous avançons de ce travail de recherche l'hypothèse d'une nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire mais d'une inadéquation de leur construction juridique en regard de cette finalité, ce qui se concrétise par des groupements qualifiés comme étant au « milieu du gué »⁸⁴⁵.

612. Le bilan provisoire des groupements hospitaliers de territoire est tout de même très positif au regard des avancées majeures générées par leur mise en place et ceci en une période relativement courte. Des établissements publics de santé, profondément autonomes au sens juridique du terme, et parfois concurrents, ont réussi à s'aligner stratégiquement, et à faire du groupement hospitalier de territoire un acteur reconnu et naturel y compris pour les autorités de tutelle. De nombreuses évolutions ont également eu lieu tant au niveau des fonctions supports, dont le socle de mutualisation s'est progressivement vu consolidé⁸⁴⁶, qu'au niveau de l'organisation territoriale de l'offre de soins. Cette construction progressive du groupement hospitalier de territoire n'a pas été la résultante d'une coopération traditionnelle entre les établissements membres, mais bien d'une intégration de plus en plus poussée, à travers des transferts de compétences, autour de l'établissement support, les nuances devenant de plus en plus ténues entre celui-ci et le groupement.

613. Face à ce constat de confusion croissante ainsi que de résultats jugés mitigés à ce stade de l'action des groupements, trois scénarii peuvent être esquissés. D'abord, le statu quo, considérant que la création des groupements hospitaliers de territoire est déjà une avancée

⁸⁴⁴ Pour illustration, voir notamment : **DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », *Gestions hospitalières*, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448. **ESCURAT Charles-Edouard**, « Organiser la fonction achat », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 44-46. **TANGUY Hervé, GEY Marine, DE LARD-HUCHET Brigitte**, « Groupements hospitaliers de territoire – Et maintenant, comment sortir de la (con)fusion ? », *Gestions hospitalières*, n°562, janvier 2017, pages 14-17.

⁸⁴⁵ Se reporter à : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages.

⁸⁴⁶ Pour exemple, consulter : **KELLER Catherine**, « L'an II du groupement hospitalier de territoire : un processus intégratif confirmé, une légitimité faiblement renforcée », *Revue générale de droit médical*, n° 72 2019, pages 51 à 64. **DELNATTE Jean-Claude**, « Les mesures réglementaires visant à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire dans le domaine financier », *Finances hospitalières*, n° 159 2021, pages 10 à 13.

suffisante et significative ; ensuite, le renoncement, craignant qu'un dispositif fondé sur une large part de massification ne saurait pas traiter les enjeux actuels d'accès aux soins ; enfin, l'approfondissement, estimant qu'il conviendrait de disposer d'un ordonnancement institutionnel et juridique en capacité de faire face aux contraintes systémiques du système hospitalier que chaque établissement pris isolément ne saurait solutionner. Nous estimons que les avancées liées au groupement hospitalier de territoire et l'interdépendance ainsi générée entre les établissements sont telles qu'il existe désormais un effet cliquet ne permettant pas une stratégie du renoncement. La déstabilisation par le groupement d'un certain nombre de fondements juridiques, comme la notion d'autonomie juridique des établissements publics de santé ou l'équilibre mouvant de la gouvernance hospitalière, ne plaide pas pour un maintien intenable d'un ordonnancement juridique que nous pensons en inadéquation avec leur finalité. Aussi, l'approfondissement nous apparaît être la voie à poursuivre et celle-ci pourrait prendre la forme d'une évolution ambitieuse et structurelle : l'instauration d'un hôpital territorial⁸⁴⁷.

614. L'approfondissement aurait pu être initié en poursuivant la consolidation des compétences transférées au groupement. Cependant, la confusion entre le groupement et son établissement support n'aurait pas rendu cette hypothèse tenable, tant juridiquement avec un caractère quasiment janusien du directeur de l'établissement support, que politiquement au regard de l'effritement progressif des compétences des établissements membres. L'approfondissement aurait aussi pu prendre la forme de l'octroi de la personnalité juridique aux groupements hospitaliers de territoire⁸⁴⁸ selon le modèle de l'intercommunalité qui a précédemment pu être une piste de réflexion pour l'organisation hospitalière⁸⁴⁹. Néanmoins, une telle solution maintiendrait une complexité institutionnelle liée à la création d'un tiers juridique supplémentaire, tout en poursuivant une déstabilisation progressive des établissements membres en l'absence de sécurisation et d'évolution de leur ordonnancement juridique. Bien que sans aucun doute plus acceptable politiquement, cette perspective ne nous semble par conséquent pas satisfaisante. Aussi, nous proposons la création d'un hôpital territorial, établissement public de santé territorial, devenant la personnalité juridique unique

⁸⁴⁷ Une telle évolution s'avère en cohérence dans son principe général avec les constats de trois rapports d'évaluation des groupements hospitaliers de territoire, selon des intensités et des modalités variables, à savoir : **INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES**, « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1 », décembre 2019, 129 pages. **COUR DES COMPTES**, « Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019 », octobre 2020, 182 pages. **PRIBILE Pierre, NABET Norbert**, « Repenser l'organisation territoriale des soins », septembre 2018, 22 pages.

⁸⁴⁸ Il s'agit là de la possibilité prévue sous forme d'un droit d'option par la proposition de loi, présentée par le député Frédéric VALLETOUX, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

⁸⁴⁹ Voir en ce sens : **LARCHER Gérard**, « Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions », avril 2008, 102 pages.

du territoire par fusion des établissements membres du groupement, y compris de son établissement support qui ne deviendrait par conséquent pas le récipiendaire de ce nouveau tiers juridique mais se confondrait en lui comme les autres établissements. Une telle structuration pousserait à son terme la nature intégrative des groupements hospitaliers de territoire, mais cela ne pourrait pas s'effectuer en omettant les effets potentiels d'une massification excessive, d'autant plus dans un domaine d'activité fondé sur la recherche perpétuelle d'un équilibre entre la sécurité des soins, du fait de leur spécialisation, et la proximité au sens de la facilité d'accès aux soins⁸⁵⁰.

615. En ce sens, nous suggérons en premier lieu d'assumer l'objectif d'intégration de l'hôpital territorial en faisant exercer à ce niveau la définition des orientations stratégiques, et notamment médicales, dans le cadre d'une gouvernance médico-administrative renforcée et d'un schéma institutionnel rénové, tout en mutualisant les fonctions supports le nécessitant, particulièrement dans le domaine financier. Néanmoins, tout en disposant d'un cadre juridique homogène, l'hôpital territorial pourrait faire œuvre de différenciation grâce à l'évolution possible de la définition législative du projet d'établissement devant alors définir un schéma de mutualisation des fonctions supports, prévoir des délégations des instances centrales vers les instances devant demeurer au niveau local, et organiser une subsidiarité à travers une large délégation de compétences au profit des sites hospitaliers constitutifs. L'objectif serait d'aboutir à un équilibre entre une nécessaire centralisation de certaines compétences et une indispensable proximité dans la gestion des organisations de soins. Dépassant le cadre traditionnel de la délégation de compétences, cette architecture se fonderait bien sur une subsidiarité en mettant en place une procédure de démonstration d'un intérêt territorial à la recentralisation d'une compétence.

616. Une telle organisation nécessiterait néanmoins à la fois une homogénéité conduisant à recentrer l'hôpital territorial autour des seuls établissements dotés d'activités de court séjour, des mécanismes de coopération plus souples existant déjà pour articuler les prises en charge avec les autres acteurs de santé, tout en le rendant plus intelligible pour la population grâce à une redéfinition de son périmètre en cohérence avec l'échelon départemental. Sur la base de cette structuration proposée de l'hôpital territorial, celui-ci pourrait voir ses missions élargies à une responsabilité populationnelle, assumée collectivement par les acteurs de santé en

⁸⁵⁰ Voir notamment : **CORMIER Maxence, APOLLIS Benoît**, « Réflexions sur les causes et les effets de la concentration du secteur hospitalier français », *Revue générale de droit médical*, n° 73 2019, pages 51 à 70. **CARPO Youen**, « Quelle place pour les petits hôpitaux et hôpitaux de proximité ? », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 69-75.

favorisant l'émergence d'un nouveau service public de santé⁸⁵¹, et dont la coordination territoriale reviendrait à l'hôpital territorial dans le cadre d'un exercice désormais sans confusion avec la régulation assurée par l'agence régionale de santé.

617. Malgré l'ambition ainsi associée à l'évolution des groupements hospitaliers de territoire en hôpitaux territoriaux, ces derniers ne sauraient être un *deus ex machina* solutionnant tous les enjeux actuels du système hospitalier et plus largement du système de santé. Il nous apparaît par conséquent nécessaire que cette évolution puisse être accompagnée d'une territorialisation du droit des autorisations sanitaires, fondées de la sorte sur la notion d'équipe de soins et non plus d'entité géographique, ainsi que d'une refonte du mode de financement des établissements de santé pour l'articuler davantage autour du parcours patient, dans la lignée d'une responsabilité populationnelle des acteurs de santé, et moins sur la réalisation d'actes techniques, et enfin d'une révision des dispositions statutaires régissant les professionnels de santé en reconnaissant plus clairement leur nouveau cadre d'exercice territorial. De même, les autres acteurs de santé, et notamment de premier recours, pourraient être mus par une dynamique similaire les conduisant à se coordonner afin de permettre la mise en place d'une véritable contractualisation territoriale.

618. En définitive, nous pensons que la finalité intrinsèque des groupements hospitaliers de territoire, leur construction juridique non stabilisée et les objectifs leur étant assignés concourent à une stratégie d'approfondissement des avancées déjà réalisées par leur mise en place, à travers leur évolution et leur dépassement par un hôpital territorial, pouvant par ailleurs initié un mouvement d'*aggiornamento* du système de santé au niveau local. Contrairement à une crainte qui serait légitime, l'hôpital territorial ne doit pas être un nouvel « avatar »⁸⁵² d'une massification non raisonnée, mais pourrait au contraire être un nouveau modèle tentant de solutionner le rapport antinomique entre la mutualisation et la proximité, approfondissant et même renouvelant le service public hospitalier.

⁸⁵¹ Se reporter à : **DEVICTOR Bernadette, DUBOSQ Christian, FENOLL Bertrand, CASTEL Paul**, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le service public hospitalier », février 2013, 143 pages. **DEVICTOR Bernadette**, « Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », mars 2014, 209 pages.

⁸⁵² Consulter : **DELANDE Guy**, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », Revue Droit et Santé, n°76 2017, pages 255-257.

BIBLIOGRAPHIE

A) Organisation du système de santé

A.1) *Ouvrages et thèses*

LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (sous la direction de), « *La loi santé, regards sur la modernisation de notre système de santé* », Presses de l'EHESP, 2016, 479 pages.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « *Droit hospitalier* », LGDJ, 2021, 602 pages.

MORO François, « *L'administration du système de santé. Les effets de la création de l'agence régionale de santé* », thèse de droit public, sous la direction du Professeur Emmanuelle MARC, Université Montpellier I, janvier 2014, 620 pages.

PALIER Bruno, « *La réforme des systèmes de santé* », PUF, 8^{ème} édition, février 2017, 128 pages.

TRUCHET Didier, APOLLIS Benoît, « *Droit de la santé publique* », Dalloz, 2022, 340 pages.

A.2) *Rapports et études*

ARCHIMBAUD Aline, « *L'accès aux soins des plus démunis – 40 propositions pour un choc de solidarité* », septembre 2013, 156 pages.

CENTRE NATIONAL D'EXPERTISE HOSPITALIERE, « Spécial Loi de modernisation de notre système de santé – L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches », *L'écho JuriSanté*, n°86, janvier 2016, 72 pages.

COUR DES COMPTES, « La mise en place des agences régionales de santé », in *Rapport Sécurité Sociale 2012*, pages 232-260.

COUR DES COMPTES, « Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel », in *Rapport Sécurité Sociale 2014*, pages 321-347, septembre 2014.

COUR DES COMPTES, « La stratégie et le pilotage central de l'organisation du système de soins : une refonte nécessaire », in *Rapport Sécurité Sociale 2015*, pages 217-244, septembre 2015.

COUR DES COMPTES, « Organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie », in *Rapport Sécurité Sociale 2004*, pages 267-302.

COUTY Edouard, SCOTTON Claire, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des travaux* », mars 2013, 76 pages.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé* », juillet 2010, 125 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages* », juin 2013, 147 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « *Stratégie nationale de santé – Feuille de route* », septembre 2013, 32 pages.

RITTER Philippe, « *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS)* », janvier 2008, 63 pages.

A.3) Articles

ACAR Bruno, « L'Etat départemental au cœur de la gestion de la crise sanitaire », *RDSS*, n°03 2022, pages 403-411.

APOLLIS Benoît, « Les nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire : entre dirigisme et concertation », *Revue Droit et Santé*, n°2 2004, pages 155-158.

APOLLIS Benoît, « La réforme de la planification hospitalière », *AJDA*, n°08 2006, pages 422-428.

APOLLIS Benoît, « La dualité fonctionnelle du directeur général de l'ARS », *Revue Droit et Santé*, n°53 2013, pages 377-381.

APOLLIS Benoît, « L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016 », *RDSS*, n°04 2016, pages 673-682.

APOLLIS Benoît, « Vers une transformation financière du système de santé ? », *RDSS*, n°01 2019, pages 35-45.

APOLLIS Benoît, « Autorisations, coopération et concurrence dans le secteur hospitalier », *RDSS*, n°03 2020, pages 433-441.

AUBY Jean-Marie, « La légitimité de l'intervention publique dans le domaine de la santé », *AJDA*, n°9 1995, pages 588-591.

AUBY Jean-Marie, « Territorialisation : le cas de la santé », *Droit administratif*, n°1 janvier 2012, notice 1.

AUDOUIN Antoine, « Le contentieux des autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 460-467.

BARLET Christophe, « Autorisations, inspection et contrôle des établissements de santé », *RDSS*, n°03 2020, pages 442-450.

BARROCHE Julien, « La subsidiarité – Le principe et l'application », *Etudes*, N°06 2008, pages 777-788.

BENZAKEN Sylvia, GODEAU Thierry, CASSE Daniel, GRUSON David, ARCOS Cédric, MALONE Antoine, « Transformation d'un système de santé, l'expérience québécoise », *Revue Hospitalière de France*, n°574, janvier-février 2017, pages 16-18.

BEZES Philippe, « Morphologie de la RGPP : une mise en perspective historique et comparative », *RFAP*, n°04 2010, pages 775-802.

BEZES Philippe, LE LIDEC Patrick, « L'hybridation du modèle territorial français – RGPP et réorganisations de l'Etat territorial », *RFAP*, n°04 2010, pages 919-942.

BIOY Xavier, « L'objectif de protection de la santé publique sort renforcé de l'examen constitutionnel de la loi Touraine », *Constitutions*, n°01 2016, pages 125-138.

BIROUSTE Nicolas, « L'activité de normalisation dans le secteur de la santé », *JDSAM*, n°04 2015, pages 32-40.

BORGETTO Michel, BERGOIGNAN-ESPER Claudine, « La loi Hôpital, patients, santé et territoires », *RDSS*, n°5 2009, pages 789-790.

BORGETTO Michel, « Le sanitaire et le social à l'épreuve de l'Europe », *RDSS*, n°6 2010, pages 991-992.

BORGETTO Michel, FANTONI-QUINTON Sophie, « Un système de santé unique : une utopie ? », *RDSS*, n°02 2014, pages 215-216.

BORGETTO Michel, « Les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale », *RDSS*, n°03 2016, pages 403-404.

BORGETTO Michel, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », *RDSS*, n°HS 2013, pages 9-30.

BORGETTO Michel, « La loi santé », *RDSS*, n°04 2016, pages 595-596.

BOURDILLON François, « Les territoires de santé : un outil de planification en santé », *RDSS*, n°HS 2009, pages 28-34.

BRECHAT Pierre-Henri, LOPEZ Alain, « Pour une planification en santé adaptée à notre temps », *RDSS*, n°4 2016, pages 612-619.

BRECHAT Pierre-Henri, « La participation des usagers : une réussite française reconnue au niveau international », *JDSAM*, n°15 2017, pages 3-7.

BRISSY Stéphane, « Les évolutions dans l'exercice groupé des professions de santé », *RDSS*, n°04 2013, pages 583-590.

BROSSET Estelle, « Les coordonnées de l'influence du droit de l'Union européenne en matière de soins de santé », *RDSS*, N°6 2013, pages 1050-1063.

BRUN Nicolas, LASCOUMES Pierre, « Une action collective atypique : la loi du 4 mars 2002 », *JDSAM*, n°34 2022, pages 16-22.

BYK Christian, « La place du droit à la santé au regard du droit constitutionnel », *Gazette du Palais*, n°331 2001, pages 3-17.

CABANIS Jean-Noël, « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique », *RDSS*, n°04 2016, pages 597-611.

CALLU Marie-France, « Les recommandations de bonnes pratiques confrontées au droit de la responsabilité médicale », *Revue Droit et Santé*, n°15 2007, pages 29-39.

CASH Roland, « Crise de l'hôpital public ou crise du système de soins ? », *Les Tribunes de la santé*, n°71 2022, pages 47-59.

CASTAING Cécile, « Les agences régionales de santé : outil d'une gestion renouvelée ou simple relais du pouvoir central ? », *AJDA*, n°40 2009, pages 2212-2218.

CHAUVET Clément, « La nature juridique de l'agence régionale de santé », *RDSS*, n°03 2016, pages 405-414.

CHAUVIN Francis, « De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *RDSS*, n°HS 2009, pages 65-76.

CHAVRIER Géraldine, « Quels pouvoirs juridiques pour l'exercice des compétences ? », *RFAP*, n°04 2015, pages 1027-1036.

CLEMENT Jean-Marie, « L'ordonnance du 4 septembre 2003 : bilan et perspective », *Revue Droit et Santé*, n°1 2004, pages 5-11.

CLEMENT Jean-Marie, « La loi HPST : l'Etat maître du jeu hospitalier », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 39-48.

CLEMENT Jean-Marie, « La loi santé 2016 », *Les cahiers de la fonction publique*, n°369, septembre 2016, pages 26-28.

COCQUEBERT Laurent, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, n°01 2012, pages 34-44.

COUTURIER Mathias, « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », *RDSS*, n°04 2016, pages 683-696.

CORMIER Maxence, « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours de demain ? », *RDSS*, n°01 2019, pages 64-73.

CORMIER Maxence, « Déconcentration de la compétence en matière de planification et d'autorisation de certains équipements matériels lourds, notamment en matière d'imagerie », *RDSS*, n°3 2002, pages 520-521.

CORMIER Maxence, « La réforme de la planification sanitaire et médico-sociale », *Les Cahiers de la fonction publique*, n°369, septembre 2016, pages 32-36.

CORMIER Maxence, « Titularité et exploitation des autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 484-493.

CORVEZ Alain, « Les enjeux d'un nouveau pilotage régional (ARS) », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 17-21.

CRISTOL Danièle, « Régime des autorisations sanitaires : simplification et modernisation sur ordonnance », *RDSS*, n°02 2018, pages 271-285.

DE FORGES Jean-Michel, « Le volet hospitalier de la réforme de la protection sociale de 1996 », *RDSS*, n°4 1996, pages 713-742.

DE FORGES Jean-Michel, CORMIER Maxence, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 », *RDSS*, n°1 2004, pages 110-131.

DE LARD Brigitte, TANGUY Hervé, « Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé », *RDSS*, n°5 2009, pages 845-857.

DELANDE Guy, AMIEL Philippe, « Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile », *Revue Droit et Santé*, n°34 2010, pages 194-197.

DIURNI Amalia, « Les systèmes de santé en Italie et en Espagne », *Les Tribunes de la santé*, n°51 2016, pages 23-36.

DONIER Virginie, « Les partenariats entre ARS et départements », *RDSS*, n°03 2016, pages 451-458.

DONIER Virginie, « La construction des compétences départementales, ou la porosité de la distinction entre action sanitaire et action sociale », *RDSS*, n°03 2022, pages 423-432.

DUPONT Marc, « La loi du 4 mars 2002 a-t-elle changé la gestion de nos hôpitaux ? », *RDSS*, n°03 2012, pages 486-500.

DURANTHON Arnaud, « La subsidiarité peut-elle constituer un paradigme utile ? », *Revue française de droit constitutionnel*, n°04 2019, pages 905-927.

EGEA Pierre, « Les formes constitutionnelles de la santé », *RDSS* n°HS 2013, pages 31-44.

EVIN Claude, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *RDSS*, n°1 2017, pages 107-118.

FARGION Valeria, « Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3 2006, pages 285-311.

FRANCIA Yannick, « L'évolution des conditions d'octroi des autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 451-459.

GAREL Pascal, « L'Europe des hôpitaux : diversité et convergences », *Les tribunes de la santé*, n°3-2004, pages 29-36.

GAY Renaud, « La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée – Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010) », *RFAP*, n°02 2020, pages 329-349.

GHEBALI-BAILLY Marguerite, « Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'Etat éclaté », *RDSS*, n°3 1997, pages 571-588.

GINON Anne-Sophie, « La pertinence des soins, nouvelle valeur du système de santé ? », *RDSS*, n°03 2018, pages 428-436.

HAAS Sandrine, « Tarification, qualité et juste soin », *JDSAM*, n°24 2019, pages 27-34.

HARDY Jacques, « Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996 », *Droit social*, n°11 1997, pages 949-960.

HARDY Jacques, « Le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe », *RDSS*, n°02 2014, pages 229-238.

JUAN Stéphanie, « L'objectif à valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé : droit individuel ou collectif ? », *Revue du droit public*, n°2 2006, pages 439-458.

KERLEAU Monique, « Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers ; tendances générales et variations nationales (Etats-Unis, Royaume-Uni, Québec) », *Revue française des affaires sociales*, n°2-2001, pages 59-78.

KOTT Sébastien, « La RGPP et la LOLF : consonances et dissonances », *RFAP*, n°04 2010, pages 881-893.

KRZISCH Delphine, « Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale », *RDSS*, n°6 2014, pages 1087-1100.

LAFARGE François, LE CLAINCHE Michel, « La révision générale des politiques publiques », *RFAP*, n°04 2010, pages 751-754.

LAFARGE François, « La révision générale des politiques publiques : objet, méthode et redevabilité », *RFAP*, n°04 2010, pages 755-774.

LAFORCADE Michel, « Les partenariats entre ARS et régions », *RDSS*, n°03 2016, pages 443-450.

LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand, BIOY Xavier, « Constitutions et santé », *RDSS*, n°HS 2013, pages 5-8.

LELEU Thibault, « Les relations entre ministres et agences régionales de santé précisées par le juge – Note sous Conseil d’Etat, 12 décembre 2012, *Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées (SYNERPA) et Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique (SMISP)* », *RDSS*, n°02 2013, pages 275-282.

LEMOYNE DE FORGES Jean-Michel, « La patrimonialité des actes administratifs en matière de santé », *RFDA*, n°1 2009, pages 32-38.

LEMOYNE DE FORGES Jean-Michel, « 50 ans d’autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 423-432.

LERIQUE Florence, « La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé », *RDSS*, n°5 2013, pages 859-867.

LEVOYER Loïc, « Nouvelle gouvernance de la santé : quelle place pour les collectivités territoriales ? », *AJDA*, n°40 2009, pages 2219-2223.

LONG Martine, « La loi 3DS : la fin du département-providence ? », *RDSS*, n°03 2022, pages 412-422.

MAILLARD DESGREES DU LOÛ Dominique, « La santé publique, les établissements de santé et les collectivités territoriales : derniers développements », *AJDA*, n°08 2006, pages 406-409.

MARIN Philippe, « Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé », *RDSS*, n°03 2021, pages 415-424.

MARKUS Jean-Paul, « Nature juridique des recommandations de bonne pratique médicales », *AJDA*, n°6 2006, pages 308-310.

MARKUS Jean-Paul, « Le Conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins, note sous Conseil de l'Europe, 26 juin 2013, résolution n°1946 », *RDSS*, n°01 2014, pages 63-76.

MARTINEZ Eric, « La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », *Revue Droit et Santé*, n°2 2004, pages 95-107.

MASCRET Caroline, « Les recommandations des autorités sanitaires : quelle valeur juridique ? », *JDSAM*, n°03 2015, pages 17-28.

MAUBLANC Jean-Victor, « La cession des autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 494-501.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé », *La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n°39, 21 septembre 2009, notice 2224.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Santé et Constitution : l'exemple français », *RDSS*, n°HS 2013, pages 127-136.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », *JDSAM*, n°34 2022, pages 27-32.

MOREAU Jacques, « Le droit à la santé », *AJDA*, n°HS 1998, pages 185-190.

MORET-BAILLY Joël, « La loi HPST et l'accès aux soins », *RDSS*, n°5 2009, pages 820-831.

MORLET-HAÏDARA Lydia, « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », *RDSS*, n°04 2016, pages 658-672.

NAITALI Pierre, « Les pouvoirs du directeur général de l'ARS en matière médico-sociale », *RDSS*, n°03 2016, pages 415-424.

NIETO Adrien, « PRS de nouvelle génération et politique territoriale de santé », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 92-98.

PAGES Jacques, « Le projet de loi patient, santé et territoire : le retour de l'Etat ? », *Revue Droit et Santé*, n°30 2009, pages 350-352.

PELJAK Dominique, « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXIème siècle », *Gestion*, n° 03 2002, pages 134-141.

PELLET Rémi, « Assurance maladie et territoires », *RDSS*, n°HS 2009, pages 38-64.

PELLET Rémi, « Les exigences constitutionnelles en matière d'assurance maladie à la lumière du droit de l'Union européenne », *RDSS*, n°HS 2013, pages 85-104.

PELLET Rémi, « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », *Les Tribunes de la santé*, n°51 2016, pages 47-56.

PELLET Rémi, « Les réformes financières : bilan et perspectives », *Les Tribunes de la santé*, n°71 2022, pages 111-122.

PIERRU Frédéric, « Agences régionales de santé : mission impossible », *RFAP*, n°02 2020, pages 385-403.

POIROT-MAZERES Isabelle, « Pratiques avancées et médecine de parcours », *RDSS*, n°03 2021, pages 425-434.

PONTIER Jean-Marie, « La santé, entre centralisation et décentralisation », *RDSS*, n°04 2019, pages 669-679.

PORTE A., « Une déclinaison plurielle de l'outil traditionnel de la planification : le schéma », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 22-24.

RACCA Gabriella, PONZIO Silvia, « La mutualisation des achats dans le secteur de la santé publique : les centrales d'achat et les accords-cadres dans une perspective comparative », *Droit administratif*, n°7, juillet 2011, notice 12.

REGIS Catherine, « Santé et Constitution : l'exemple canadien et québécois », *RDSS*, n°HS 2013, pages 105-114.

RIHAL Hervé, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *RDSS*, n°01 2012, pages 27-33.

ROUSSET Guillaume, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan Ma santé 2022 : entre innovation et timidité », *RDSS*, n°01 2019, pages 5-14.

SAISON Johanne, « Le parcours du patient au cœur de l'évolution du système de santé », *RDSS*, n°03 2021, pages 395-404.

SAVONITTO Florian, « Les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé », *RFDA*, n°3 2012, pages 471-480.

SEGOVIA-KUENY Sandrine, « Soins de premier et de second recours », *RDSS*, n°HS 2009, pages 35-37.

SEUROT Laurent, « Autorisations sanitaires et théorie générale des autorisations sanitaires », *RDSS*, n°03 2020, pages 468-474.

SMALLWOOD Olivier, « Essai d'une qualification juridique des recommandations », *Revue Droit et Santé*, n°15 2007, pages 17-28.

TABUTEAU Didier, « Référentiels, bonnes pratiques et recommandations : nouvelles normes ou quasi normes en santé », *JDSAM*, n°03 2015, pages 7-16.

TABUTEAU Didier, « Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *RDSS*, n°06 2017, pages 1056-1064.

TABUTEAU Didier, « La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades 20 ans après – La genèse d'un texte fondateur », *JDSAM*, n°34 2022, pages 11-15.

TREPRAU Maurice, « La Stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », *RDSS*, n°03 2018, pages 389-401.

TRUCHET Didier, « La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 relative à la réforme hospitalière », *AJDA*, n°02 1992, pages 130-142.

TRUCHET Didier, « La loi du 4 mars 2002 vingt ans après : en guise de conclusion... provisoire », *RDSS*, n°02 2022, pages 271-276.

TURGEAN Jean, JACOB Robert, DENIS Jean-Louis, « Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) », *Les tribunes de la santé*, n°30-2011, pages 57-85.

VIALLA François, « Propos introductifs à une analyse juridique des recommandations de bonnes pratiques – Les recommandations de bonne(s) pratique(s) à l'épreuve du droit », *Revue Droit et Santé*, n°15 2007, pages 9-16.

VIDANA Jean-Louis, « Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire », *RDSS*, n°02 2012, pages 267-279.

VIGNERON Emmanuel, « Les territoires au cœur de la réforme », *Revue Droit et Santé*, n°26 2008, pages 688-694.

VIGOUROUX Christian, « L'intervention publique dans le domaine de la santé : planification, autorisation, schéma », *AJDA*, n°9 1995, pages 592-603.

VILLENEUVE Pierre, « Une nouvelle approche territoriale de l'offre de soins ? A propos de la loi du 21 juillet 2009 », *La semaine juridique Edition générale*, n°37, 7 septembre 2009, notice 210.

VIOUJAS Vincent, « Le renforcement du contrôle sur les établissements de santé », *Les cahiers de la fonction publique*, n°369, septembre 2016, pages 67-69.

VIOUJAS Vincent, « La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche », *RDSS*, n°03 2020, pages 524-536.

B) Groupements hospitaliers de territoire

B.1) Ouvrages et thèses

BARBOT Jean-Marie, ROSSIGNOL Julien, « *GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire* », LEH Edition, 2017, 275 pages.

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, BRINGER Jacques, BUDET Jean-Michel, VIGNERON Emmanuel, « *Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé* », Berger-Levrault, 2019, 196 pages.

ROCHE Régine, « *Piloter la performance globale des GHT* », LEH Édition, 2020, 160 pages.

B.2) Documents bruts

CONSEIL NATIONAL D'ÉVALUATION DES NORMES, délibération n°16-04-19-00841 « Décret relatif aux groupements hospitaliers de territoire », séance du 19 avril 2016, 2 pages.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, « *Trajectoire de mise en œuvre de la certification dans le cadre des GHT* », mai 2016, 4 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « *GHT Mode d'emploi - Vade-mecum* », mai 2016, 76 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, « *GHT Mode d'emploi – Plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT à destination des établissements parties* », octobre 2016, 26 pages.

B.3) Rapports et études

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Enquête sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT* », novembre 2019, 86 pages.

ASSEMBLEE NATIONALE, « *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les groupements hospitaliers de territoire* », 15 décembre 2021, 119 pages.

COUR DES COMPTES, « *Les groupements hospitaliers de territoire – Exercices 2014 à 2019* », octobre 2020, 182 pages.

HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric, « *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire* », mai 2015, 52 pages.

HUBERT Jacqueline, MARTINEAU Frédéric, « *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission* », février 2016, 51 pages.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport – Tome 1* », décembre 2019, 129 pages.

B.4) Articles

ATTANE Cécile, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, TANGUY Hervé, « *Le groupement hospitalier de territoire : et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ?* », *Gestions hospitalières*, n°541, décembre 2014, pages 584-589.

ATTANE Cécile, TANGUY Hervé, « *Le groupement hospitalier de territoire, petit vade-mecum du GHT voté par les députés* », *Gestions hospitalières*, N°545, avril 2015, pages 252-255.

BARBOT Jean-Marie, « Avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), quelles évolutions pour la gestion de ressources humaines (GRH) hospitalière ? », *Les Cahiers de la Fonction Publique* n°364, mars 2016, pages 45-49.

BERTRAND Dominique, MICHOT Francis, RICHARD François, « La construction juridique des groupements hospitaliers de territoire (GHT) », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 4 décembre 2018, pages 1981-1992.

DE LARD-HUCHET Brigitte, « Groupement hospitalier de territoire : et maintenant, comment construire ? », *Gestions hospitalières*, n°558, août-septembre 2016, pages 446-448.

DE LARD-HUCHET Brigitte, SEGUI-SAULNIER Stéphanie, « Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions... Et presque autant de réponses ! », *Gestions hospitalières*, n°551, décembre 2015, pages 634-639.

DE MONTECLER Marie-Christine, « Publication du décret sur les groupements hospitaliers de territoire », in *AJDA*, n°16 2016, page 876.

DAGORN Claude, GIORGIO Dominique, MEUNIER Alain, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 77-87.

DELANDE Guy, « Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière », *Revue Droit et Santé*, n°76 2017, pages 255-257.

DELNATTE Jean-Claude, « Les mesures réglementaires visant à renforcer l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire dans le domaine financier », *Finances hospitalières*, n° 159 2021, pages 10 à 13.

DELPLANQUE Sylvie, « Système d'information et GHT, une chance pour les parcours de soins ? », *Revue Hospitalière de France*, n°574, janvier-février 2017, pages 20-24.

DEWITTE Jean-Pierre, « Réformer l'hôpital : GHT ou fusion d'établissements ? », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 89-99.

DONNY Alexandra, « Piloter la performance de la fonction achat en GHT », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 53-54.

ESCURAT Charles-Edouard, « Organiser la fonction achat », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 44-46.

EVIN Claude et HOUDART Laurent, « Groupements hospitaliers de territoire, état des lieux et feuille de route », *Revue Hospitalière de France*, n°571, juillet-août 2016, pages 32-37.

EVIN Claude, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », *Revue Hospitalière de France*, n°568, janvier-février 2016, pages 36-40.

GEY-COUE Marine, « La place des usagers dans le GHT, une représentation légitime à géométrie variable », *Gestions hospitalières*, n°559, octobre 2016, pages 510-512.

HARDY Jacques, « Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme administrative : Le cas des groupements hospitaliers de territoire », *AJDA*, n°16 2017, pages 919 à 927.

HOUDART Laurent, « Vers une coopération contrainte : les GHT », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 103-109.

IFERGAN Joseph, « GHT et nouvelle gouvernance financière », *Gestions hospitalières*, n°561, décembre 2016, pages 614-620.

KELLER Catherine, « De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales*, n°28, 13 juillet 2015, notice 2229.

KELLER Catherine, « La modernisation de la coopération hospitalière : le groupement hospitalier de territoire », *Les Cahiers de la fonction publique*, n°369, septembre 2016, pages 39-41.

KELLER Catherine, « L'an II du groupement hospitalier de territoire : un processus intégratif confirmé, une légitimité faiblement renforcée », *Revue générale de droit médical*, n° 72 2019, pages 51 à 64.

LEBON Pierre, « Découvrir un outil structurant, le plan d'actions achat territorial », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 51-52.

LEGENTIL Cécile, « Maîtriser les outils juridiques de la fonction achat », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, pages 47-50.

LEGOUGE Dominique, « Construire une fonction achat mutualisée de territoire », *Revue Hospitalière de France*, n°572, septembre-octobre 2016, page 43.

MAZZUCOTELLI Manon, « Un pas de plus dans la coopération imposée des groupements hospitaliers de territoire », *Revue Droit et Santé*, n°102 2022, pages 600 à 601.

MASSE Gérard, « GHT, psychiatrie et santé mentale : Les inquiétudes sont-elles fondées ? », *Gestions hospitalières*, n° 556 2016, pages 265 à 269.

PASCAL Christophe, CAPGRAS Jean-Baptiste, VERAN Lucile, GARCIA Eric, « Vers une approche intégrée de la production de soins : des groupements hospitaliers de territoire aux groupements territoriaux de santé » in *Innovations & management des structures de santé en France : accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire*, LEH Edition, 2021, pages 183 à 198.

PAULIAT Hélène, « Groupements hospitaliers de territoire : une mutualisation raisonnée ? », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales*, n°19, 17 mai 2016, notice 401.

POUILLAUDE Hugo-Bernard, « Les GHT dans les rapports d'octobre de la Cour des comptes : les feuilles mortes », *Finances hospitalières*, n°151 2020, pages 28 à 30.

ROCHE Régine, « GHT et service public - Le défi de la territorialisation », *Gestions hospitalières*, n° 577 2018, pages 362 à 367.

ROMANENS Jean-Louis, « Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 72-83.

SOLIVERI Philippe, « Les investissements et leur financement dans le cadre des GHT », *Finances hospitalières*, n° 119 2017, pages 10 à 15.

TANGUY Hervé, GEY Marine, DE LARD-HUCHET Brigitte, « Groupements hospitaliers de territoire – Et maintenant, comment sortir de la (con)fusion ? », *Gestions hospitaliers*, n°562, janvier 2017, pages 14-17.

TOURMENTE David, « Les groupements hospitaliers de territoire : missions et gouvernance de ces nouvelles structures de coopération », *La Semaine Juridique Administrations et Collectivités Territoriales*, n°50, 19 décembre 2016, notice 2333.

VIGNERON Emmanuel, « Groupements hospitaliers de territoire : l'ouverture à la médecine de ville », *Gestions hospitalières*, n° 571 2017, pages 609 à 611.

VIGNERON Emmanuel, « Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 4 décembre 2018, pages 1967-1979.

C) Coopérations hospitalières

C.1) Ouvrages et thèses

BRECHAT Pierre-Henri, « *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé* », thèse de droit public, sous la direction du Professeur Michel BORGETTO, Université Panthéon-Assas, novembre 2012, 612 pages.

COUTY Edouard, KOUCHNER Camille, LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (sous la direction de), « *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé* », Presses de l'EHESP, décembre 2009, 395 pages.

KELLER Catherine, « *L'établissement de santé à l'épreuve de la coopération inter hospitalière* », sous la direction du Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER, Université de Rennes I, septembre 2020, 512 pages.

VAUTARD Aurélien, « *L'aménagement sanitaire du territoire, stratégie et coordinations* », LEH Edition, septembre 2016, 245 pages.

C.2) Rapports et études

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Guide méthodologique des coopérations territoriales* », janvier 2011, 92 pages.

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Guide méthodologique des coopérations territoriales – Formes juridiques* », janvier 2011, 185 pages.

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Guide méthodologique des coopérations territoriales – Approfondissements thématiques* », janvier 2011, 140 pages.

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, « *Guide méthodologique des coopérations territoriales – Exemples issus du terrain* », janvier 2011, 44 pages.

COUR DES COMPTES, « Les coopérations hospitalières », in *Rapport Sécurité Sociale 2011*, septembre 2011, pages 259-286.

COUR DES COMPTES, « Les restructurations hospitalières », in *Rapport Sécurité Sociale 2008*, pages 263-304.

COUR DES COMPTES, « Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées », in *Rapport public annuel 2013*, février 2013, pages 151-186.

COUR DES COMPTES, « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in *Rapport Sécurité Sociale 2015*, septembre 2015, pages 185-216.

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, « *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014* », juillet 2016, 55 pages.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *Fusions et regroupements hospitaliers ; quel bilan pour les 15 dernières années ?* », mars 2012, 273 pages.

LARCHER Gérard, « *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport final et propositions* », avril 2008, 102 pages.

C.3) Articles

APOLLIS Benoît, « Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 65-72.

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, « Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation », *RDSS*, n°5 2009, pages 806-819.

BUDET Jean-Michel, « Rapport DGOS – Territoire et offre de soins », *Gestions hospitalières*, n°560, novembre 2016, pages 529-535.

CLEMENT Jean-Marie, « Les relations entre établissements de santé publics et privés », *AJDA*, n°9 1995, pages 604-610.

CORMIER Maxence, « Le droit des autorisations hospitalières est-il un frein à la coopération interhospitalière ? », *RDSS*, n°02 2003, pages 250-268.

CORMIER Maxence, « Mutations et enjeux des coopérations hospitalières », *AJDA*, n°08 2006, pages 416-421.

CORMIER Maxence, APOLLIS Benoît, « Réflexions sur les causes et les effets de la concentration du secteur hospitalier français », *Revue générale de droit médical*, n° 73 2019, pages 51 à 70.

DUPONT Marc, « Hôpital public et coopération sanitaire », *RDSS*, n°HS 2015, pages 23-40.

ESPER Claudine, « Le groupement de coopération sanitaire, nouvelle forme juridique de collaboration entre établissements de santé », *Petites affiches*, 24 décembre 1997, n°154, pages 8-16.

ESPER Claudine, « La loi du 4 mars 2002 : le renouveau encore imparfait de la coopération entre acteurs de santé », *Petites affiches*, 19 juin 2002, n°122, pages 58-67.

ESPER Claudine, « Les contrats de partenariat : investir à l'hôpital public par de nouveaux moyens juridiques », *RDSS*, n°3 2004, pages 619-637.

ESPER Claudine, « Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale », *RDSS*, n°5 2006, pages 909-917.

ESPER Claudine, « Le groupement de coopération sanitaire ; actualité et limites », *RDSS*, n°1 2007, pages 117-124.

GALLET Bruno, « Les enjeux de la réforme du groupement de coopération sanitaire », *Revue Droit et Santé*, n°28 2009, pages 114-124.

GALLET Bruno, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », *Gestions hospitalières*, n° 576 2018, pages 305 à 307.

GANDOUET Benjamin, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement », *Revue Droit et Santé*, n°10 2006, pages 117-126.

HIANCE Marie, « Du projet social médical institutionnel au projet médical territorial », *Gestions hospitalières*, n°544, mars 2015, pages 163-167.

INDART Rémi, « La communauté hospitalière de territoire : un remède à la crise financière des hôpitaux ? », *Petites affiches*, 17 septembre 2010, n°186, pages 27-33.

KELLER Catherine, LOUAZEL Michel, MOQUET-ANGER Marie-Laure, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *RDSS*, n°04 2013, pages 687-699.

KELLER Catherine, LOUAZEL Michel, « Coopération hospitalière et territoire », *Les Cahiers de la Fonction Publique* n°363, février 2016, pages 40-43.

MARIN Philippe, « Le territoire de santé : un nouveau cadre en santé pour un exercice coordonné et intégré », *Les Cahiers de la Fonction Publique* n°343, mai 2014, pages 52-55.

MONDIELLI Eric, « La longue marche législative vers les réseaux de santé : l'apport de la loi du 4 mars 2002 », *Petites affiches*, 19 juin 2002, n°122, pages 48-55.

MOREAU Jacques, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », *RDSS*, n°HS 2009, pages 16-27.

MORO François, « Le nouveau visage de la coopération : les Communautés Hospitalières de Territoire, à la recherche d'un nouveau modèle d'organisation hospitalière ? », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 25-33.

MORO François, « Les dernières réformes de la coopération sanitaire – Analyse critique de la tentative de généralisation du GCS », *Revue Droit et Santé*, n°48 2012, pages 467-476.

MORO François, « Les réformes de la coopération sanitaire : retour sur les tentatives de recomposition de l'offre de soins », *Revue Droit et Santé*, n°HS 2013, pages 268-278.

MOZOL Patrick, « La réforme continue du droit de la coopération organique hospitalière », *Petites affiches*, 17 septembre 2010, n°186, pages 18-26.

NAITALI Pierre, « Les GCSMS : un cadre juridique instable », *RDSS*, n°01 2012, pages 56-62.

RAVELET Alain, « La recomposition de l'offre hospitalière publique et privée dans le cadre des réseaux de santé », *RDSS*, n°5 2006, pages 879-894.

TABUTEAU Didier, « Politiques de santé et territoire », *RDSS*, n°HS 2009, pages 7-15.

VALLET Benoît, « CHU : les faire travailler en réseau ? », *Les Tribunes de la santé*, n°63 2020, pages 43-50.

VANDENDRIS Margaux, SMALLWOOD Olivier, « La réforme des GCS : entre nouveautés et retour en arrière », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 99-102.

VARNIER Frédéric, TREPRAU Maurice, « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé », *RDSS*, n°4 2016, pages 620-632.

VIGNERON Emmanuel, « CHU et nouvelles régions... pour ne pas abîmer l'avenir », *Gestions hospitalières*, n°541, décembre 2014 pages 591-596.

VILLENEUVE Pierre, « La coopération hospitalière de territoire, outil de performance ou gestion de la pénurie hospitalière », *La semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n°8, 18 février 2013, notice 2050.

D) Etablissements de santé et service public hospitalier

D.1) Ouvrages et thèses

AUBERT François-Jérôme, « *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?* », thèse de science politique, sous la direction du Professeur Pascal JAN, Université de Bordeaux, novembre 2014, 273 pages.

ROMANENS Jean-Louis, « *Permanences, mutations et renouveau du service public hospitalier* », thèse de droit privé, sous la direction du Professeur François VIALLA, Université Montpellier I, juin 2014, 391 pages.

STINGRE Didier, *Le service public hospitalier*, PUF, 6^{ème} édition, 2016, 126 pages.

D.2) Rapports et études

CAVALIER Monique, DOLLARD Jean-Marie, DUPONT Bernard, MAURY François, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital* », février 2013, 43 pages.

COMPAGNON Claire, GHADI Véronique, « *Pour l'an II de la démocratie sanitaire* », février 2014, 258 pages.

COUANAU René, « *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital* », 19 mars 2003, 81 pages.

COUR DES COMPTES, « L'organisation de l'hôpital », in *Rapport Sécurité Sociale 2009*, pages 113-142.

COUR DES COMPTES, « Le service de santé des armées », in *Rapport public 2003*, pages 219-244.

COUR DES COMPTES, « L'avenir des hôpitaux locaux », in *Rapport Sécurité Sociale 2013*, pages 307-332.

COUR DES COMPTES, « Les centres de lutte contre le cancer : un positionnement à redéfinir dans l'offre de soins », in *Rapport Sécurité Sociale 2015*, pages 269-297.

DEVICTOR Bernadette, DUBOSQ Christian, FENOLL Bertrand, CASTEL Paul, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le service public hospitalier* », février 2013, 143 pages.

DEVICTOR Bernadette, « *Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH)* », mars 2014, 209 pages.

DOMY Philippe, FRECHOU Denis, MARTINEAU Frédéric, MÜLLER Christian, « *Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé* », mars 2014, 32 pages.

FELLINGER Francis, BOIRON Frédéric, « *Mission Hôpital Public* », juin 2011-janvier 2012, 103 pages.

LE MENN Jacky, CHALVIN Paul, « *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public* », juin 2015, 274 pages.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé* », juillet 2010, 124 pages.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *L'hôpital* », rapport 2012, 297 pages.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, « *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins* », septembre 2012, 182 pages.

MARESCAUX Jacques, « *Rapport de la Commission sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires* », mai 2009, 325 pages.

TOUPILLIER Danielle, GUILLOT Jean-Paul, OLLIVIER Roland, VERRIER Bernard, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital – Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines* », janvier 2013, 121 pages.

VALLANCIEN Guy, « *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire* », juillet 2008, 40 pages.

D.3) Articles

APOLLIS Benoît, « Quel hôpital public au début du XXI^e siècle ? », *RDSS*, n°HS 2015, pages 7-18.

APOLLIS Benoît, « La nouvelle définition du service public hospitalier », *Les Cahiers de la fonction publique*, n°369, septembre 2016, pages 29-31.

APOLLIS Benoît, « L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, laboratoire des évolutions du Code de la santé publique ? », *RDSS*, n°6 2016, pages 1017-1027.

APOLLIS Benoît, « Le financement du service public hospitalier », *RDSS*, n°04 2017, pages 657-670.

AUDOUIN Antoine, « Hospitalisation privée et organisation de l'offre de soins », *RDSS*, n°06 2021, pages 990-997.

BERGOIGNAN-ESPER Claudine, « L'hôpital public au sein du plan Ma santé 2022 », *RDSS*, n°01 2019, pages 15-24.

BONNICI Bernard, « Etablissements de santé et territoire », *RDSS*, n°HS 2009, pages 98-107.

BORGETTO Michel, « Service public et santé », *RDSS*, n°01 2013, pages 3-4.

BORGETTO Michel, « L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris », *RDSS*, n°6 2016, pages 1001-1002.

BOUSSARD Sabine, « Les vicissitudes du service public hospitalier », *RFDA*, n°03 2016, pages 565-576.

BOUSSARD Sabine, « La fabuleuse histoire du service public hospitalier », *RDSS*, n°04 2017, pages 607-616.

BUDET Jean-Michel, « La gouvernance interne des établissements publics de santé, un subtil copilotage », *Revue Droit et Santé*, n°HS 2013, pages 359-366.

BUGNON Caroline, « La réforme de l'hôpital public », *Revue du droit public*, n°1 janvier 2010, pages 29-62.

CABANIS Jean-Noël, « Faut-il réinscrire dans la loi la notion de service public hospitalier ? », *RDSS*, n°01 2013, pages 58-66.

CAMHI Bérénice, « Les centres régionaux de lutte contre le cancer : des établissements originaux sur la carte sanitaire française », *Revue Droit et Santé*, n°5 2005, pages 211-213.

CARPO Youen, « Quelle place pour les petits hôpitaux et hôpitaux de proximité ? », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 69-75.

CASTAING Cécile, « Pouvoir administratif versus pouvoir médical ? », *AJDA*, n°36 2011, pages 2055-2062.

CAUMES Grégory, « Service public hospitalier : un retour aux sources ou une notion juridique inapplicable », *Revue Droit et Santé*, hors-série 2016, pages 83-91.

CHAVRIER Géraldine, « Etablissement public de santé, logique économique et droit de la concurrence », *RDSS*, n°2 2006, pages 274-287.

CLAVERANNE Jean-Pierre, CAPGRAS Jean-Baptiste, « Les dynamiques de l'hospitalisation privée à but lucratif des années 80 à nos jours : le grand chambardement », *RDSS*, n°06 2021, pages 968-980.

CLUZEL-METAYER Lucie, GRITTON Anne-Claude, « Prolégomènes à une réflexion sur le service public hospitalier », *RDSS*, n°04 2017, pages 595-606.

CORMIER Maxence, « Régulation(s) de l'hôpital public », *RDSS*, n°HS 2015, pages 131-146.

CORMIER Maxence, « Les établissements de santé privés : origine et évolutions d'une notion juridique », *RDSS*, n°06 2021, pages 981-989.

CRISTOL Danièle, « Les habits neufs du service public hospitalier », *RDSS*, n°04 2016, pages 643-657.

DE KERVASDOUE Jean, « Hôpital public, hôpital à but non lucratif : quel est aujourd'hui le plus adapté ? », *Les Tribunes de la santé*, n°69 2021, pages 39-48.

DE LARD-HUCHET Brigitte, « Etablissements de santé publics et privés, l'esquisse d'une silhouette commune ? », *Gestions hospitalières*, n°554, mars 2016, pages 189-191.

DESCOURS-ALFANDARI Nathalie, VORMS Bertrand, « Le service d'intérêt économique général : chronique d'une mort annoncée de l'hospitalisation privée ou du système de santé ? », *Revue Droit et Santé*, n°67 2015, pages 651-664.

DUPONT Bernard, DEWITTE Jean-Pierre, MENAGER Claire, « L'invention par les pôles d'un territoire de santé responsable », *Le management de pôles à l'hôpital*, 2012, pages 51-70.

DUPONT Marc, « La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ? », *RDSS*, n°5 2009, pages 791-805.

DUPONT Marc, « La mutabilité et les restructurations hospitalières », *RDSS*, n°01 2013, pages 31-37.

DUPONT Marc, « De l'Assistance publique de Paris à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (1958-1973) », *RDSS*, n°6 2016, pages 1003-1016.

DUPUY Olivier, « Réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé : quelle autorité des praticiens responsables de pôle ? », *Revue Droit et Santé*, n°12 2006, pages 340-347.

ESPER Claudine, « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? », *RDSS*, n°5 2005, pages 766-778.

ESPER Claudine, « Nouvelle gouvernance et statut des personnels de direction », *AJDA*, n°08 2006, pages 410-415.

EVIN Claude, « La place de l'hôpital public dans le système de santé », *RDSS*, n°HS 2015, pages 19-22.

FAUGERE Mireille, « La transformation et le management de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris », *Le management de pôles à l'hôpital*, 2012, pages 43-50.

FAURE Olivier, « L'hospitalisation privée en France : une perspective historique (1800-1970) », *RDSS*, n°06 2021, pages 961-967.

GUINARD Dorian, « Aides d'Etat et financement des hôpitaux – Note sous TPIUE, 7 novembre 2012, CBI c/ Commission », *RDSS*, n°03 2013, pages 431-438.

GUINARD Dorian, « Services sociaux et services de santé dans le droit de l'Union Européenne – Note sous CJUE, 11 juillet 2013, Fédération des maisons de repos privées de Belgique », *RDSS*, n°05 2013, pages 835-842.

HENNION Sylvie, « Services d'intérêt général, santé et droit de l'Union européenne », *RDSS*, n°6 2010, pages 993-1003.

HENNION Sylvie, « Service public de santé et droit européen », *RDSS*, n°01 2013, pages 45-57.

HIRSCH Martin, « L'AP-HP demain : normalisation ou exception ? », *RDSS*, n°6 2016, pages 1071-1076.

ILIOPOULOU-PENOT Anastasia, « Service public hospitalier et droit de l'Union », *RDSS*, n°04 2017, pages 626-633.

LACHENAYE-LLANAS Chantal, « Délégation de gestion et cohérence institutionnelle – Une impérative obligation, mais une construction pas à pas », *Le management de pôles à l'hôpital*, 2012, pages 179-198.

MARIN Philippe, « Hôpital public et nouvelle gouvernance », *RDSS*, n°HS 2015, pages 41-84.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, « La continuité et l'accès aux services de santé », *RDSS*, n°01 2013, pages 21-30.

MORDELET Patrick, « L'évolution du cadre juridique des hôpitaux publics en Europe et l'avenir de l'établissement public de santé français », *RDSS*, n°5 2008, pages 851-864.

OFFNER Pascale, BALTHAZARD Bernard, « Une nouvelle organisation hospitalière – Les établissements publics à l'épreuve de la nouvelle gouvernance hospitalière, vision théorique – Structuration ou disparition des hôpitaux locaux ? », *Revue Droit et Santé*, n°33 2010, pages 53-62.

PASCAL Christophe, CLAVERANNE Jean-Pierre, « La clinique privée, matrice et lieu d'expérimentation des formes juridiques d'organisation médicale collective », *RDSS*, n°3 2014, pages 457-470.

PELJAK Dominique, « Pourquoi faut-il requalifier les hôpitaux publics en EPIC ? », *AJDA*, n°31 2006, pages 1705-1708.

PONTIER Jean-Marie, « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité », *AJDA*, n°40 2009, pages 2205-2211.

POUPEAU Diane, « Vers une redéfinition du service public hospitalier », *AJDA*, n°35 2014, page 1972.

RENAUDIE Olivier, « La dimension idéologique du service public hospitalier », *RDSS*, n°04 2017, pages 617-625.

ROMANENS Jean-Louis, « Service public hospitalier : genèse d'un concept », *Revue Droit et Santé*, n°53 2013, pages 276-289.

ROMANENS Jean-Louis, « Le service public de l'hôpital : mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé », *Revue Droit et Santé*, n°HS 2013, pages 279-287.

ROMANENS Jean-Louis, « Groupements hospitaliers de territoire et service public hospitalier », *Les cahiers de la fonction publique*, n°371, novembre 2016, pages 91-94.

SAISON Johanne, « Service public hospitalier ou service public de santé ? A la recherche d'unité pour le système de santé », *RDSS*, n°04 2017, pages 634-643.

SAISON Johanne, « Ma santé 2022 : une nouvelle étape vers la consécration d'un service public de santé », *RDSS*, n°1 2019, pages 25-34.

SAISON Johanne, « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », *RDSS*, n°02 2022, pages 197-205.

SAISON-DEMARS Johanne, « Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ? », *AJDA*, n°16 2010, pages 888-894.

SAISON-DEMARS Johanne, « Modernisation du système de santé : une gouvernance hospitalière à géométrie variable », *RDSS*, n°04 2016, pages 633-642.

SAISON-DEMARS Johanne, « L'hospitalisation à domicile », *RDSS*, n°HS 2016, pages 41-56.

TABUTEAU Didier, « Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics », *Droit social*, n°12 2011, pages 1277-1282.

TABUTEAU Didier, « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », *RDSS*, n°01 2013, pages 5-20.

TRUCHET Didier, « Etablissement public de santé et système de santé », *AJDA*, n°08 2006, pages 401-405.

VALLAR Christian, « Permanence des soins et service public hospitalier », *RDSS*, n°2 2004, pages 288-297.

VILLENEUVE Pierre, « Gouvernance interne des établissements publics de santé : vers de nouveaux équilibres en termes de règlement intérieur et de gestion des pôles d'activité », *Les cahiers de la fonction publique*, n°369, septembre 2016, pages 42-44.

VIOUJAS Vincent, « La résurrection du service public hospitalier », *AJDA*, n°23 2016, pages 1272-1278.

VIOUJAS Vincent, « Les obligations du service public hospitalier : quelles spécificités ? », *RDSS*, n°04 2017, pages 644-656.

VIOUJAS Vincent, « Hospitalisation privée et hospitalisation publique : concurrence ou complémentarité ? », *RDSS*, n°06 2021, pages 1006-1013.

ZACHARIE Clémence, « Les hôpitaux d'instruction des armées, les missions de service public et le système de santé français : réflexions sur l'évolution du service de santé des armées », *RDSS*, n°6 2013, pages 1064-1077.

ZACHARIE Clémence, « Médicalisation des décisions hospitalières ou participation des médecins à la gestion administrative de l'hôpital ? », *RDSS*, n°05 2021, pages 892-901.

TABLE DES PRINCIPAUX SIGLES ET ABREVIATIONS

I – Institutions, Outils

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMG : Commission Médicale de Groupement

CNG : Centre National de Gestion

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

T2A : Tarification A l'Activité

II - Revues, Editeurs

AJDA : Actualité Juridique Droit Administratif

JDSAM : Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance-Maladie

LEH : Les Editions Hospitalières

PUF : Presses Universitaires de France

RFAP : Revue Française d'Administration Publique

RFAS : Revue Française des Affaires Sociales

RDSS : Revue de Droit Sanitaire et Social

RGDM : Revue Générale de Droit Médical

TABLE DES MATIERES

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction générale	5
PREMIERE PARTIE : Les groupements hospitaliers de territoire, un changement de conception des coopérations hospitalières	30
<u>Titre I : Les groupements hospitaliers de territoire, un nouvel instrument juridique de la politique de coopération hospitalière</u>	33
Chapitre I : Une réforme issue d'un mouvement de fond de l'action publique en santé	34
Section I : La territorialisation inachevée de la politique hospitalière française.....	36
<i>Paragraphe I : L'hôpital, secteur de prédilection de la planification</i>	36
<i>Paragraphe II : La territorialisation progressive des structures et des politiques publiques en santé</i>	52
Section II : Une coopération hospitalière trop morcelée pour être structurante.....	58
<i>Paragraphe I : Un trop grand foisonnement d'outils de coopération hospitalière</i>	59
<i>Paragraphe II : Des politiques de régulation aux effets restreints</i>	68

Chapitre II : Les groupements hospitaliers de territoire, un outil de stratégie commune adapté à chaque territoire.....77

Section I : Une construction institutionnelle différenciée des groupements.....77

Paragraphe I : Une construction théoriquement uniforme des groupements.....79

Paragraphe II : Des groupements reflétant en pratique des réalités territoriales diversifiées.....93

Section II : Des compétences majeures conférées aux groupements.....107

Paragraphe I : Des compétences administratives conséquentes.....108

Paragraphe II : Une organisation médicale souple pour favoriser l'accès aux soins sur chaque territoire.....118

Titre II : Les groupements hospitaliers de territoire, un changement de paradigme en trompe-l'œil.....129

Chapitre I : Une mise en œuvre structurellement complexe des groupements hospitaliers de territoire.....131

Section I : Une complexité excessive de la structuration institutionnelle des groupements.....132

Paragraphe I : La création d'un véritable « mécano » institutionnel.....132

Paragraphe II : Un processus décisionnel difficilement intelligible.....147

Section II : Des compétences administratives incertaines.....155

Paragraphe I : Une fonction achat mutualisée modifiant profondément les pratiques.....156

Paragraphe II : Des fonctions supports ayant entraîné des ajustements importants.....168

Chapitre II : Le maintien d'une ambiguïté sur la nature des groupements hospitaliers de territoire.....179

Section I : Des impacts liés à la création des groupements restant encore non maîtrisés.....180

Paragraphe I : Un objectif d'intégration des hôpitaux publics non clairement affiché.....181

Paragraphe II : Une gouvernance hospitalière déstabilisée par la constitution des groupements hospitaliers de territoire.....193

Section II : Une incertitude persistante sur l'opérationnalité des groupements hospitaliers de territoire.....202

Paragraphe I : Les difficultés concrètes de l'organisation graduée des soins.....203

Paragraphe II : La tentation d'une régulation par les groupements hospitaliers de territoire.....214

SECONDE PARTIE : Les groupements hospitaliers de territoire, prémices d'un hôpital territorial.....225

Titre I : Les groupements hospitaliers de territoire, une stratégie de groupe public conduisant à un effet cliquet dans la coopération.....227

Chapitre I : Un fonctionnement désormais commun entre établissements au sein des groupements hospitaliers de territoire.....229

Section I : Un alignement stratégique des établissements publics de santé.....230

Paragraphe I : Les groupements, un dispositif bénéficiant d'un renforcement progressif.....230

Paragraphe II : La dynamique centripète de la prise de décision.....244

Section II : Une interdépendance écartant le risque d'une remise en cause des groupements.....250

Paragraphe I : Un projet médical partagé construisant une nouvelle organisation des soins sur le territoire.....251

Paragraphe II : Des fonctions administratives très imbriquées.....264

Chapitre II : Le groupement hospitalier de territoire, un acteur privilégié du territoire en matière de santé.....274

Section I : Le territoire de groupement, nouvel échelon d'analyse du système de santé.....275

Paragraphe I : Un échelon administratif d'organisation privilégié par les autorités de santé.....275

Paragraphe II : Un territoire déjà entré dans les pratiques des acteurs.....284

Section II : Le groupement hospitalier de territoire, un coordonnateur de la santé sur son territoire.....290

Paragraphe I : La carence structurelle de coordination des autres opérateurs de santé.....290

Paragraphe II : Le recours subsidiaire au groupement pour coordonner l'organisation territoriale des soins.....301

Titre II : Les groupements hospitaliers de territoire, une étape vers la création d'un établissement public de santé territorial.....311

Chapitre I : Un hôpital territorial, pilote de son territoire de santé.....312

Section I : Un hôpital territorial assumant pleinement son objectif d'intégration.....313

Paragraphe I : Une intégration supposant la recherche de la différenciation et de la subsidiarité.....314

<i>Paragraphe II : Un objectif d'intégration nécessitant un cadre institutionnel simplifié.....</i>	329
Section II : Un hôpital territorial doté d'une responsabilité élargie.....	348
<i>Paragraphe I : Une mission de coordination territoriale compatible avec une stratégie de groupe public.....</i>	349
<i>Paragraphe II : L'émergence d'une responsabilité populationnelle, renouveau du service public de santé.....</i>	357
Chapitre II : Une évolution devant s'accompagner de réformes complémentaires du système hospitalier.....	368
Section I : L'hôpital territorial, un dépassement des règles hospitalières actuelles.....	369
<i>Paragraphe I : Des mécanismes de régulation permettant d'agir sur la gradation des soins.....</i>	370
<i>Paragraphe II : La prise en compte de la territorialisation des métiers de dirigeants hospitaliers.....</i>	380
Section II : Un hôpital territorial s'inscrivant plus largement dans un système de santé à refonder.....	391
<i>Paragraphe I : Une réorganisation des autorités de contrôle et de tutelle.....</i>	392
<i>Paragraphe II : Une coordination accrue des autres opérateurs de santé.....</i>	401
Conclusion générale.....	413
Bibliographie.....	418
Table des principaux sigles et abréviations.....	446
Table des matières.....	448



Titre : Les groupements hospitaliers de territoire, prémices de l'hôpital territorial.

Mots clés : Hôpital public, territoire, coopération, mutualisation, intégration.

Résumé : L'accès à des soins de qualité en tout point du territoire national a été un objectif majeur des politiques de santé de ces dernières décennies. De multiples leviers ont été activés, couvrant toute la palette des politiques publiques, de la planification, à la contractualisation en passant par la multiplication des outils de coopération entre établissements de santé. Après moult changements de stratégies, la création des groupements hospitaliers de territoire par la loi du 26 janvier 2016 marque la volonté d'atteindre cet objectif

par la mise en place d'une stratégie de groupe public au niveau de chaque territoire. Véritable « clef de voûte » de cette nouvelle organisation hospitalière désormais profondément territorialisée, les groupements doivent encore évoluer vers un hôpital territorial dont les modalités de fonctionnement viseront l'équilibre délicat entre stratégie commune et subsidiarité de l'action d'une part, et surspécialisation des prises en charge et nécessité de proximité d'autre part.

Title : Territorial hospital groups, beginnings of a network hospital.

Keywords : Public hospitals, territory, partnership, pooling, integration.

Abstract : Access to quality care anywhere in the national territory has been a major objective of health policies in recent decades. Multiple levers have been activated, covering the entire range of public policies, from planning, to contractualisation, including the multiplication of cooperation tools between health establishments. After many changes in strategy, the creation of territorial hospital groups by the law of January 26,

2016 marks the desire to achieve this objective by setting up a public group strategy at the level of each territory. True "keystone" of this new hospital organization now deeply territorialized, the groups must still evolve towards a network hospital whose operating methods will aim for the delicate balance between common strategy and subsidiarity of action on the one hand, and overspecialization support and the need for proximity on the other hand.