



**Université  
de Lille**



**LE GHT : ÉTAPE DANS LA PLANIFICATION DES SOINS  
AVEC UN AVENIR INCERTAIN ENTRE L'ADAPTATION ET LA  
TRANSFORMATION**

**Par Lise DELESTRE**

**Sous la direction de Madame Johanne SAISON**

Année 2022/2023

Master Droit de la santé, parcours droit et politiques de santé

Université de Lille, Faculté des sciences juridique, politiques et sociales



## **.REMERCIEMENTS**

Mes remerciements vont tout d'abord, à Madame Johanne SAISON, directrice de formation et directrice de mémoire, qui a vu en moi une candidate intéressante pour le master 2 droit de la santé, parcours politique de santé et qui a accompagnée ses étudiants tout au long de la formation avec une grande écoute et disponibilité. Son expertise, ses conseils avisés alliés à ses qualités humaines m'ont permis d'avancer dans la rédaction de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des professeurs et intervenants qui ont fait preuve de pédagogie et nous ont fourni un enseignement de qualité. De plus, les divers projets d'études proposés ont approfondi nos connaissances et notre réflexion.

Ensuite, je tiens à remercier la promotion d'étudiants du Master Droit de la santé du parcours politique de santé 2021-2023 avec lesquels j'ai partagé d'excellents moments pendant près de deux ans : merci pour votre accueil, votre bienveillance et votre sympathie.

J'ai également eu la chance de compter parmi vous Hyacinthe ACHIRAFI qui dès le master 1 jusque la fin du master 2, a toujours été à mes côtés, en tant que binôme et de compter aussi Fatima YAGOUBI qui a agrandi notre groupe cette année.

Enfin, tous mes remerciements vont à ma famille, Guillaume mon conjoint, Albin et Aude mes enfants, mes parents, ma sœur et mes amis, qui m'ont félicité de cette reprise d'études et m'ont soutenue.



# .SOMMAIRE

. REMERCIEMENTS.....	3
. SOMMAIRE.....	5
. SIGLES.....	7
. INTRODUCTION.....	11
. PARTIE I.....	19
. LES PRÉMICES DE LA COOPÉRATION :.....	19
. Les évolutions du système de santé qui ont conduit à créer le GHT.....	19
. Titre I. La mise en place de la planification sanitaire dans une vision décentralisée : naissance du GHT.....	21
. Chapitre 1. Les outils de la planification sanitaire, premier jalon du système hospitalier.....	22
. La carte sanitaire.....	22
. Le schéma régional d'organisation des soins (SROS).....	24
. Chapitre 2. L'application sur le terrain de la planification sanitaire.....	27
. La coopération impulsée par des structures de pilotage et de concertation au niveau régional : les Agences régionales.....	27
. La mise en place de la coopération par les dispositifs prévus : communauté, groupement, association.....	28
. Titre II. L'offre de soins mise en place sur le territoire.....	31
. Chapitre 1. l'accessibilité aux soins.....	31
. La gradation des soins.....	31
. Le projet médical partagé / le projet de soins partagé.....	33
. Chapitre 2. La restructuration hospitalière vers l'hospitalo-centrisme.....	35
. Une gouvernance interne à l'hôpital : un binôme de direction.....	35
. Une gouvernance inter hospitalière – les instances et les dispositifs du GHT.....	37
. PARTIE II.....	43
. LE GHT EST-IL UN OUTIL OBSOLÈTE OU UN DISPOSITIF D'AVENIR ?.....	43
. Titre I. Un bilan nuancé : la crédibilité des GHT paraît actuellement précaire.....	45
. Chapitre 1. la diversité des GHT et leur déploiement inégaux sur le territoire.....	46
. Les besoins de la population différents - Les GHT actuellement « au milieu du gué » avec des déploiements très inégaux.....	46
. La gouvernance du GHT – achat gain etc.....	49
. Chapitre 2. La réussite mitigée des objectifs permet de repenser le cadre du GHT.....	50
. L'absence de personnalité juridique pour inciter à la coopération.....	51
. Les difficultés contextuelles des GHT.....	52
. Titre II. Les enjeux d'aujourd'hui et de demain – modernisation du système de santé.....	55
. Chapitre 1. La territorialisation reste un enjeux auquel le GHT répond.....	55
. Pour une prise en compte complète de l'offre de soins.....	55
. Les outils à mettre en place pour assurer la proximité.....	56
. Chapitre 2. La similarité de structure entre les établissement et le GHT favorise la gestion du GHT et l'absorption des établissements par le GHT.....	57
. Après l'incitation à la coopération, la coercition.....	58
. Les activités hors sanitaires à intégrer à la planification des soins.....	59
. CONCLUSION.....	61
. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE.....	63
. ANNEXES.....	73
. TABLE DES MATIÈRES.....	93



## .SIGLES

ADRHESS	Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CDU	Commission des usagers
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CLAN	Comité de liaison de l'alimentation et de la nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CM	Comité médical
CME	Commission médicale d'établissement
CMG	Commission médicale de groupement
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRS	Conférences régionales de santé
CS	Conseil de surveillance
CS	Comité stratégique
CSMIRT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE	Comité technique d'établissement
CTU	Commission territoriale des usagers
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires
DG ARS	Directeur général de l'Agence régionale de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIG	Événement indésirable grave
EPR	Événement porteur de risque communs
EPS	Établissement public de santé
EPST	Établissement public de santé de territoire
ES	Établissement de santé
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRSP	Groupement régional de santé publique
HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MCO	Médecine-chirurgie-obstétrique
MRS	Maisons régionales de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OTSS	Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Projet de médicalisation des systèmes d'information
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMSP	Projet médico-soignant partagé
PNS	Programme national de santé
PRS	Programme régional de santé
PRS	Projet régional de santé
PTS	Programme territorial de santé
RH	Ressources humaines
SIH	Syndicat interhospitalier
SLD	Soins de longue durée
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SROS-PRS	Schéma régional d'organisation des soins - Projet régional de santé
SRS	Schéma régional de santé
SSR	Soins de suite et réadaptation
URCAM	Unions régionales des caisses d'assurance maladie



## .INTRODUCTION

« Chaque intelligence individuelle naît de la coopération collective de milliards de neurones, chaque intelligence collective naît de la coopération de nombreux individus. »<sup>1</sup>, cette citation d'Edgar MORIN expose que la coopération permet de développer des stratégies. Cependant, il est possible d'aller plus loin et d'affirmer qu'en plus de développer des stratégies, il est possible de gagner ses objectifs en coopérant.

C'est ce qu'a expérimenté le professeur de sciences politiques américain Robert AXELROD, lors d'un tournoi sur le comportement coopératif. L'un des participants, le biomathématicien, Anatol RAPOPORT, obtint, avec la coopération de ses concurrents, la victoire ; victoire considérée comme suprême selon Sun Tsu<sup>2</sup>, le maître stratège chinois, puisque le biomathématicien a «gagné sans combattre».

La fin des "Trente Glorieuses"<sup>3</sup>, époque de grande prospérité, s'est accompagnée de la fin du baby-boom. Depuis 40 ans, la population française vieillit du fait de l'avancée en âge des baby-boomers ainsi que des avancées techniques et de la recherche en santé qui augmentent l'espérance de vie. De l'émergence des pressions économiques et démographiques, est née une volonté de "rationaliser" l'organisation hospitalière. Ensuite, la réflexion est allée au-delà en prenant en compte les disparités des besoins, la densité médicale et la démographie irrégulièrement réparties sur le territoire.

L'offre de soins s'est donc vue structurée avec la loi du 31 décembre 1970<sup>4</sup>, qui a initié une planification en vue de coopérations. Progressivement avec l'apparition des pressions récentes, de nouveaux dispositifs ont été mis en place dont les derniers en date, les groupements hospitaliers de territoire, nommés aussi GHT.

Le GHT est un mode de coopération entre les établissements publics de santé sur un territoire défini. Cet outil a pour mandat est de fédérer sans contrainte les établissements sur une zone géographique déterminée.

---

1 Citation d'Edgar MORIN, philosophe, scientifique sociologue, 1921-... .

2 Sun Tsu, général chinois du V<sup>ie</sup> siècle av. J.-C., 544-496 av. J.-C., auteur de l'ouvrage de stratégie militaire le plus ancien connu : L'Art de la guerre.

3 La période des "Trente Glorieuses" a duré de 1945 à 1973 et a pris fin avec le premier choc pétrolier de 1973.

4 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Ce papier traitera de l'évolution de la coopération de 1970 à nos jours, des outils disponibles et de leur fonctionnement. Une attention particulière sera apportée au GHT, ses limites et ses possibilités d'évolution.

### **La définition des termes**

La coopération se définit comme « l'action de participer à une œuvre commune »<sup>5</sup>, cette définition est surtout le résultat de volonté individuelle, volonté individuelle qui peut aussi être tourner vers une mission collective ou d'intérêt public. Un autre concept est possible, c'est la « Politique d'entente et d'échanges entre deux États. » qui se déploie sur un plan international, elle peut se définir aussi comme une « Politique d'aide économique, technique et financière des pays développés en faveur des pays en développement ».

Avec l'adjonction du qualificatif « sanitaire », la coopération sanitaire prend une dimension de soins. L'hôpital est en soi déjà une coopération puisque des individus collaborent dans un intérêt commun qui est de soigner ou d'accompagner dans le parcours de soins. C'est au niveau des directions d'hôpitaux et des institutions que l'expression « coopération sanitaire » prend toute sa dimension. Cette locution désigne le fait de coopérer en proposant des soins de qualité et à tous, quelque soit la population.

Cette notion dans ce mémoire va s'enrichir du terme de territoire. L'objectif de la coopération de territoire est de créer une collaboration entre les établissements et les professionnels de l'hôpital dans une logique de parcours de soins tout au long de la vie soit sur un territoire. Pour répondre à cet objectif de projet médical partagé sur un bassin de vie, une nouvelle cohérence sera mise en place par l'intermédiaire d'un outil moderne : le Groupement Hospitalier de Territoire.

Le Groupement Hospitalier de Territoire se définira, quant à lui, avec le terme de « groupement » qui signifie « action de (se) grouper, fait d'être groupé. » mais aussi « action de disposer des figures, des sculptures en un ensemble. Ensemble (important) de personnes, d'animaux ou de choses réunis en un lieu. ». La définition qui se rapproche le plus de la coopération est un « ensemble (important) de personnes (physiques ou morales) ayant des caractéristiques communes, réunies pour atteindre un but, pour défendre des intérêts communs. »<sup>6</sup>. Le GHT se définit aussi avec le terme

---

5 Définition du dictionnaire LE PETIT ROBERT, *Dictionnaire de la langue française*, Ed. Le Robert, 2023.

6 CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Le CNRTL a été créé par le CNRS en 2005. Il rassemble des ressources linguistiques informatisées et d'outils de traitement de la langue.

« hospitalier » « qui a rapport aux hôpitaux, aux hospices. » et une « personne employée dans les services des hôpitaux. » ainsi qu'avec la notion de territoire qui correspond à une « étendue de terre, plus ou moins nettement délimitée, qui présente généralement une certaine unité, un caractère particulier. [En rapport avec une collectivité hum.] » et également « étendue de la surface terrestre où est établie une collectivité humaine. ».

La coopération sanitaire est donc l'action de participer à une œuvre commune par une politique d'aide économique, technique et financière. Tandis que le GHT est un ensemble de personnes morales ayant des ambitions de soins communes au sein d'hôpitaux sur une étendue où est établie une collectivité humaine.

Le GHT est donc bien un outil de la coopération sanitaire, coopération concrétisée par les textes et les réformes

### ***De l'intérêt de la coopération territoriale***

La coopération est vue depuis les années 70 comme un moyen d'optimiser les soins et de réduire les coûts. Récemment, la coopération est vue comme un levier de décloisonnement. Le concept de décloisonnement vise à encourager les établissements de santé à collaborer davantage en mutualisant leurs équipes médicales et en répartissant les activités de manière à ce que chaque structure trouve sa place distincte au sein de la région. Les GHT sont ainsi un mécanisme qui facilite la coordination des établissements de santé de manière complémentaire, en tenant compte de leurs spécificités pour façonner l'offre de soins. Ils permettent d'améliorer l'organisation des prises en charge à l'échelle territoriale et de présenter un projet médical partagé entre tous les membres du groupement, dans le but de répondre aux besoins de la population.

### ***De l'évolution historique de la coopération territoriale aux groupements hospitaliers de territoires***

La naissance des GHT est consécutive de l'évolution de la coopération sanitaire. Suite à une succession de textes, cette coopération sanitaire s'est transformée pour offrir depuis 2011 dix-neufs dispositifs différents.

### ***La planification sanitaire : prémices de la coopération sanitaire***

C'est avec la loi du 21 décembre 1941<sup>7</sup> que la planification sanitaire prend ses origines. Cette loi met fin à l'hôpital-hospice, d'une part, pour transformer l'hôpital en établissement sanitaire et social et d'autre part, débute un recensement des équipements publics et privés existants. Une Commission de l'équipement sanitaire et social est alors constituée dont la mission est d'inventorier les moyens, de définir des priorités, cette commission est le préambule de la carte sanitaire. Cette dernière verra le jour en même temps que le service public hospitalier avec la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

A terme, la planification évoluera progressivement vers des actions de prévention, de priorisation et de répartition justifiée des ressources matérielles et humaines<sup>8</sup>.

### ***Les outils de coopération sanitaire***

Durant l'année 1970<sup>9</sup> s'initie la restructuration de l'offre de soins en remédiant à la concurrence par une complémentarité des acteurs du secteur et en mettant en place la carte sanitaire. La complémentarité des acteurs a commencé avec les syndicats inter-hospitaliers initié avec le décret n°72-353 du 2 mai 1972 relatif à la création des syndicats interhospitaliers (SIH) et à leurs conseils d'administration.

Puis, la coopération inter-hospitalière a été relancée avec la loi du 31 juillet 1991<sup>10</sup> et l'apparition d'outils de management hospitalier comme le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). En effet, les textes indiquent clairement l'exigence pour les établissements de baser le projet d'établissement sur le projet médical défini dans les objectifs du SROS. Pour harmoniser au mieux cette coopération, des conférences sanitaires de secteur sont organisées en amont de la révision de la carte sanitaire ou du SROS. Cette révision se décide selon un plan quinquennal.

Pour organiser ce schéma régional, en 1996, une succession d'ordonnances ont été mises en place, dont celle n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui crée les ARH avec pour mandat de piloter au niveau régional le système hospitalier. Il s'agit d'une personne morale de droit public doté de l'autonomie administrative et financière constitué sous la forme de GIP entre l'Etat et les organismes d'assurance maladies dont les missions sont de répartir les moyens et les activités entre les établissements de santé dont l'objectif est la réduction des inégalités entre régions et entre établissements. Dans la même mouvance, cette ordonnance a créé une nouvelle forme juridique de coopération : le « groupement de coopération sanitaire » (GCS).

7 Loi du 21 décembre 1941 « dite Charte hospitalière », concrétisée par un décret du 17 avril 1943. Cette loi fixe les nouvelles institutions de l'hôpital

8 Jourdain, de Turenne, 1997.

9 Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

10 Loi du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière.

Ces ordonnances ont également créé l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) représentant une limite à ne pas franchir en ce qui concerne les dépenses liées aux soins de ville, aux hospitalisations offertes dans les établissements publics et privés, ainsi qu'aux services médico-sociaux.

Dès le 4 septembre 2003, l'ordonnance n° 2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé visant à simplifier le droit hospitalier apporte, puis dans son sillage des décrets, des arrêtés et des circulaires paraissent pour rénover la législation des établissements de santé, tant publics que privés. Tout ceci en vue de lancer un vaste programme de rénovation des hôpitaux avec Le plan Hôpital 2007, qui représente la manifestation de l'ambition réformatrice des autorités publiques. Fondé sur une évaluation de l'état de l'hôpital, ce programme sur cinq ans a pour objectif de restaurer les infrastructures de soins et de reconsidérer la gestion hospitalière en favorisant une approche collaborative. Cette ordonnance apporte une réduction au système d'autorisations pour les activités de soins en éliminant la carte sanitaire, tout en renforçant le rôle du schéma d'organisation élaboré par les agences régionales de l'hospitalisation.

Ce besoin de simplification se précise aussi avec l'article 23-III de la loi HPST du 21 juillet 2009 qui apporte une amélioration en supprimant le syndicat interhospitalier (SIH) en le remplaçant soit en communauté hospitalière de territoire (CHT), soit en groupement d'intérêt public (GIP) ou de coopération sanitaire (GCS). L'organisation sanitaire et médico-sociale a pour mandat de d'offrir des soins gradués de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé, en utilisant. La CHT repose sur une convention conclue par les établissements publics de santé et rassemble des établissements publics de santé sans être dotée de personnalité morale sur la base du volontariat.

Dans un but d'amélioration de la qualité, de la promotion de l'égalité et de développement du système de santé, Le directeur général de chaque Agence Régionale de Santé (ARS) établit un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) d'une durée de quatre ans en collaboration avec la ministre en charge de la santé, avec possibilité de révision annuelle dont l'élaboration s'est faite en 2010.

Dans le prolongement de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013, la loi a été promulguée le 26 janvier 2016. Elle a été publiée au Journal officiel du 27 janvier 2016. Elle s'articule autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation ; et met en place un

dispositif conventionnel entre établissements publics de santé d'un même territoire : le groupement hospitalier de territoire. L'idée sous-jacente est d'encourager les établissements de santé à collaborer en regroupant leurs équipes médicales et en distribuant les activités autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisé dans un projet médical partagé. Le GHT met en place une approche de complémentarité entre les établissements de santé en fonction de leurs spécialités.

Le système de santé est en perpétuelle évolution et même plus en constante transformation, il s'adapte continuellement aux besoins et aux nouveaux objectifs définis par les politiques de santé. Le dernier outil en pleine évolution est le GHT, outil récent, il a démontré son utilité dans la dernière crise sanitaire, celle du SRAS-COV-2, toutefois il reste un outil de gestion lourd. L'étude du contexte de sa création et de son fonctionnement (Partie I) aidera à comprendre ses limites mais surtout ses possibilités d'évolution (Partie II).





## **.PARTIE I**

### **.LES PRÉMICES DE LA COOPÉRATION :**

#### **.Les évolutions du système de santé qui ont conduit à créer le GHT**

*« Quand le passé n'éclaire plus l'avenir, l'esprit marche dans les ténèbres »*

Alexis de Tocqueville, De la démocratie en Amérique, 1840



L'hôpital d'aujourd'hui, en plus d'être un acteur du système de soins, constitue aussi une institution dotée d'une signification symbolique profonde, tout en étant un véritable terrain d'expérimentation pour la transformation du secteur public. Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait ainsi établi que la France offrait les soins de santé généraux les plus performants parmi les 191 États membres, il est incontournable de constater que le paysage hospitalier est confronté à des défis significatifs. De nombreux observateurs et participants du système de santé ont identifié cette situation de crise, la notion de "désenchantement hospitalier" émerge que les réformes successives visent à résoudre.

Les réformes ont suivi les mutations de la société et ont touché les finances, la durée de travail touché, l'implantation de l'offre de soins, la démographie médicale. Une nouvelle vision à émerger au-delà de l'hôpital, celle de la coopération, idée qui s'est enrichie de la notion de territoire. C'est donc de cette idée qu'est apparu le groupement hospitalier de territoire. Tout comme le système de santé, le GHT a ses avantages et ses limites.

Une rétrospective des grands textes de l'évolution de la coopération sanitaire (Titre I) est riche d'enseignements pour comprendre son apparition et son intégration dans le système de santé (Titre II). Ces éléments permettront en seconde partie d'apporter des axes de réflexion en vue d'améliorer cet outil de coopération.

## **.Titre I. La mise en place de la planification sanitaire dans une vision décentralisée : naissance du GHT**

L'évolution de la coopération s'est faite par étape dont la première fût la construction de la planification sanitaire avec la création d'outils (Chapitre I) et la création d'institutions structurantes (Chapitre II).

## **.Chapitre 1. Les outils de la planification sanitaire, premier jalon du système hospitalier**

L'ancrage de la santé dans les territoires découle d'une évolution graduelle initiée par la création de la carte sanitaire en 1970. Cette démarche visait à réguler l'offre hospitalière en établissant des critères « de besoin », concrètement par des ratios d'équipements par région et secteur sanitaire.

Au début des années 1990, le système de planification gagne en importance en tant que mécanisme clé des politiques publiques touchant divers domaines tels que le développement durable et la santé. Une tendance vers la décentralisation, par la schématisation régionale des soins, prend forme suite à la progression de la conception de la régionalisation, lancée sous l'impulsion du général de Gaulle à la suite des événements de 1968. C'est dans ce contexte que se met en place la planification territoriale.

La carte sanitaire et le schéma régional sont les deux piliers de la planification sanitaire à l'échelon régional.

### ***.La carte sanitaire***

La planification sanitaire a été initiée par les pouvoirs publics par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui définit le système hospitalier. Composée par le secteur public, majoritairement médical et par le secteur privé, chirurgical et obstétrical, cette réforme met en place des dispositifs de mesures tels que la carte sanitaire et le le syndicat interhospitalier

Le but de la carte sanitaire était de recenser les moyens. Ce concept est définie à l'article 44 qui dispose que « Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale des équipements sanitaires et sociaux, la carte sanitaire de la France. La carte sanitaire de la France détermine [...] les limites des régions [...] pour chaque région sanitaire, pour chaque secteur sanitaire et pour chaque secteur psychiatrique, la nature, l'importance et l'implantation des installations [...] nécessaires pour

répondre aux besoins de santé de la population [...]. Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipement matériels lourds à réaliser. [...] »

La loi insiste aussi sur le lien entre le respect des besoins de la population définis dans la carte sanitaire et les autorisations accordées<sup>11</sup>. La « carte sanitaire » détermine les limites des secteurs sanitaires, la nature et l'importance des installations pour répondre aux besoins de santé de la population. les frontières des secteurs sanitaires sont incluses dans celles de la région administrative.

La loi a ouvert aussi l'ère de la coopération en permettant la gestion des établissements en syndicat interhospitalier<sup>12</sup> en respect de la carte sanitaire. C'est dans ce sens que doit être lu l'article 47 qui précise que la carte sanitaire est conçue pour servir de fondement aux processus de planification et de programmation des installations relevant des établissements de santé assurant les services hospitaliers, ainsi qu'aux procédures d'autorisation.

L'objectif de la carte sanitaire est de réguler et de redistribuer un parc hospitalier qui s'est développé de façon anarchique depuis les années 1960. La loi a pour ambition de créer les conditions d'une planification volontariste de l'espace<sup>13</sup> en subordonnant les autorisations à la carte sanitaire. La carte sanitaire établit donc des indicateurs de "besoins", des ratios d'équipement définis au niveau national, par secteur et région sanitaire. La répartition sur le territoire a donné le découpage suivant 21 régions sanitaires et 256 secteurs en 1974 pour évoluer vers 223 secteurs sanitaires en 1984. Les autorisations sont données en fonction de la carte sanitaire et conditionnent la création ou non de lits d'un d'établissements ou l'acquisition d'équipements lourds selon des ratios d'équipements par région et secteur sanitaire. Avec la carte sanitaire, la planification sanitaire fait ses premiers pas.

La planification sanitaire, avec la notion de régionalisation, a aussi une dimension territoriale. Cette idée de sectorisation est aussi appelée « territorialisation », c'est la loi du 21 juillet 2009 portant

---

11 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, article 33 « L'autorisation est accordée si l'opération envisagée : 1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 44, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ; [...] »

12 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, article 10 « Les syndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment : [...] 6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région, dans le cadre de la carte sanitaire. »

13 Vignerot, Brau, 1996.

réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009)<sup>14</sup> qui va inscrire clairement ce terme au cœur de son dispositif.

Ce premier outil de planification sanitaire se révèle être axé sur les chiffres et inflexible. Avec son côté quantitatif et rigide, son objectif est plus orienté vers les principes d'égalité que d'équité. La carte sanitaire avec sa vision de l'existant, empêche une réelle restructuration de l'offre de soins hospitalière<sup>15</sup>. Pour aller plus loin, le législateur a ajouté un autre outil le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire SROS.

### ***.Le schéma régional d'organisation des soins (SROS)***

Au contraire de la carte sanitaire qui ne s'appuie que sur une répartition quantitative des lits et équipements sanitaires proportionnelle aux nombre d'habitants, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire a été conçu en fonction des besoins de la population.

La loi de 1970 a instauré la planification sanitaire avec la carte sanitaire, la planification a été enrichi avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Cette loi émanant pour l'essentiel du ministre Claude EVIN a pour objectifs la réduction du nombre de lits afin de réduire les coûts devenus exorbitants avec un outil de planification complétant la carte sanitaire : le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

Au contraire de la carte sanitaire qui n'était alors qu'« un bilan de l'existant » en quantité de lits et d'équipements, le SROS est une planification qualitative régionale par spécialité - MCO, SSR, SLD, psychiatrie, par activité coûteuse comme la néonatalogie, les urgences, la réanimation, l'hémodialyse, etc. et par équipement médico-technique. Cette planification qualitative a été établie en lien avec les besoins de la population.

Le SROS se veut être un outil de restructuration hospitalière modifié qui fixe des objectifs appliqués par les préfets de région puis les directeurs régionaux d'hospitalisation établis tous les cinq ans. Cette rationalisation a engendré la fermeture de nombreux services notamment maternité, urgences, chirurgie.

Quatre générations de SROS vont se succéder en apportant une véritable évolution afin d'aboutir à une méthodologie d'élaboration des schémas en rupture avec le passé.

---

14 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

15 Basset, Lopez, 1997

Le SROS 1 est élaboré sous l'autorité des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et encore marqué par les données quantitatives. Cette « stratégie » du nombre et du manque de dépendance va conduire le législateur à voter un autre texte, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Ce texte crée les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui deviennent les responsables de l'élaboration de la deuxième génération de SROS

Les principes généraux et la méthode d'élaboration du SROS II ont été donnés par la circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette circulaire explique l'objectif de la planification sanitaire « *La proximité d'un hôpital rassure l'immense majorité de nos concitoyens. Ils lui font spontanément confiance et ils en apprécient le voisinage. Or la proximité se maintient parfois aux dépens de la qualité des soins.* », c'est pourquoi pour faire « *bénéficiaire de chances de prise en charge et de survie semblables* » à chaque individu, citoyens ou non, « *il faut redoubler de pédagogie pour démontrer que les hôpitaux se renforcent en coopérant entre eux.* » et qu'« *il convient d'organiser des partenariats entre les villes et entre les établissements, au profit et autour du malade, ainsi mieux pris en charge.* ».

Le SROS II évolue et s'est enrichi des manquements du SROS I. Son élaboration poursuit 3 objectifs : la prise en compte des besoins par l'offre hospitalière, le développement de complémentarité entre les soins de ville et les soins hospitaliers et la réorganisation du réseau hospitalier<sup>16</sup>. Pour travailler sur la recomposition du tissu hospitalier, d'autres outils de santé publique sont venus étoffer l'offre des dispositifs : les programmes nationaux, régionaux et territoriaux de santé (PNS, PRS, PTS) et les conférences régionales de santé (CRS). La coordination entre les porteurs de ces outils - ARH pour le SROS, DRASS pour les CRS et PRS ainsi que les réseaux (Union régionale des médecins libéraux, Union régionale des caisses d'assurance maladie) – permet une meilleure vision territoriale. C'est aussi avec cet objectif que ce SROS a été conçu.

La notion d'« l'hôpital dans l'espace » est née de la circulaire du 26 mars 1998<sup>17</sup>. « Cette politique doit être centrée avant tout sur le malade et conduire à transformer l'hôpital ». Cette notion s'est

---

16 La circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

17 la circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire

confirmée avec la troisième génération de SROS décrite dans l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 et la circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération et la carte sanitaire est supprimée.

Ainsi le SROS se transforme en un véritable instrument de régulation de l'offre de soins complété par la rédaction de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARH et les établissements de soins de la région et par l'élaboration de l'organisation du système de santé dans l'articulation ville – hôpital et entre secteurs sanitaire et médico-social (décloisonnement) avec l'ARH et union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de chaque région. Le SROS facilite l'établissement d'objectifs de planification de la santé en collaboration avec un groupe de partenaires de plus en plus étendu et varié. Il est porté des priorités nationales et régionales.

C'est pourquoi en plus d'aider à la décision dans le développement de l'offre de soins et sa graduation sur le territoire avec une prise en compte des besoins, le SROS III s'inscrit dans une volonté de simplification de la planification hospitalière.

Dans cette même logique de simplification, la loi du 21 juillet 2009 dite loi HPST<sup>18</sup> instaure le schéma régional d'organisation des soins avec deux innovations : son intégration au sein du Projet régional de santé (PRS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. Pour différencier le SROS issu de la loi HPST des précédentes générations, il est dénommé « SROS-PRS ».

Le SROS-PRS joue dorénavant un rôle actif dans la mise en place du plan stratégique régional de santé, document qui englobe l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins, ainsi que la définition des orientations et des objectifs stratégiques en matière de santé pour la région.

En ajustant l'offre de soins hospitaliers en fonction des besoins de santé locaux, le SROS prend en compte le diagnostic régional établi ainsi que les évolutions nécessaires à entreprendre. Cet outil de planification nécessite d'instances pour être mis en place.

---

18 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## **.Chapitre 2. L'application sur le terrain de la planification sanitaire**

La planification sanitaire s'est mise en place progressivement. Elle consistait en une étape indispensable pour structurer le système de santé. Cette phase induit une mise en pratique de la planification, planification qui déploie par l'intermédiaire des Agences régionales et par les regroupements d'établissements.

### ***.La coopération impulsée par des structures de pilotage et de concertation au niveau régional : les Agences régionales***

L'évolution rapide des outils de la planification a permis d'obtenir une cartographie des établissements - activité, nombre de lits, nombre et type d'équipements lourds. Cependant la croissance régulière de l'endettement public a obligé à définir des critères d'efficience et d'efficacité. C'est pourquoi en 1982, le « projet de médicalisation des systèmes d'information » PMSI a été mis en place, son objectif était de définir l'activité des établissements et de calculer l'allocation budgétaire qui en découlait. Ces données ont permis d'avoir un état des lieux de l'activité des établissements et de leur budget.

Pour réguler et coordonner l'offre de soins hospitaliers au niveau régional, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ont été créées par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière<sup>19</sup>.

Cette stratégie de démocratisation et de territorialisation de la politique des ARS avec l'instauration de la définition des objectifs par le conseil régional de la région est confirmé avec l'article L. 1424-1 du code de la santé publique avec la loi du 11 août 2004, « [...] le conseil régional peut définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. Il informe le représentant de l'Etat dans la région et le directeur général de l'agence régionale de santé sur le contenu de ces actions et les moyens qu'il y consacre. ». Cependant, bien que les ARH aient une feuille de route régionale, elles ont été conçues comme des administrations de « mission », sans réelle capacité sur le territoire.

<sup>19</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Pour clarifier et palier les manquements, le législateur a voté le loi du du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, également appelée "Loi HPST" (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), ainsi en plus de clarifier les responsabilités respectives des différents acteurs - l'Etat et de l'assurance maladie-, les Agences Régionales de Santé (ARS) sont venues remplacer les ARH et englober six autres instances, notamment les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), les Maisons Régionales de Santé (MRS), les Groupes Régionaux de Santé Publique (GRSP), les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS). Les ARS ont été mises en place afin d'adopter une perspective holistique de la santé, intégrant la coordination des soins, la promotion de la santé ainsi que la prévention, en complément de la régulation hospitalière. La création d'une seule entité, reprenant les compétences des structures absorbées vise à démocratiser le pilotage du système de soins. Le but est de coordonner un ensemble d'acteurs par le biais de concertation, une série de projets et d'initiatives contribuant à l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé ainsi que de l'action sociale et médico-sociale.

Les ARS dans leur définition actuelle correspondent à un pilotage régional unifié et responsable du système de santé avec pour mission l'amélioration de l'efficacité et l'amélioration de l'efficience du système.

Pour une application pratique des politiques du système de santé, il existe quelques outils qui eux aussi ont évolué au cours du temps.

### ***.La mise en place de la coopération par les dispositifs prévus : communauté, groupement, association***

Pour assurer les missions de pilotage régional unifié de la politique des ARS, la loi HPST a fourni de nouveaux outils dont la mission est de renforcer la collaboration entre les établissements de santé. Dans le cas des établissements publics de santé, elle introduit la notion de communauté

hospitalière de territoire (CHT) et permet l'établissement de partenariats entre établissements publics et privés avec statut d'établissement de santé, nommés groupements de coopération sanitaire (GCS). En parallèle, certaines formes de coopération ont été éliminées, comme les cliniques ouvertes, les communautés d'établissements de santé et les syndicats inter-hospitaliers (SIH).

La communauté hospitalière de territoire (CHT) constitue un moyen efficace pour organiser l'offre de soins à l'échelle territoriale en combinant les ressources et les compétences dans l'objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. Il s'agit d'un mécanisme de collaboration destiné aux établissements publics de santé, leur permettant de mutualiser leurs ressources administratives, logistiques et médico-techniques. Cette coopération vise à renforcer la spécialisation, réduire les coûts, mais également à orchestrer une agrégation de compétences pour contrer la pénurie médicale. Surtout, il s'agit de développer un projet médical partagé, assurant la structuration des soins par spécialités, avec une délégation ou un transfert de compétences, en tirant parti, entre autres, des nouvelles technologies de la télémédecine.

La loi du 26 janvier 2016<sup>20</sup>, dédiée à la modernisation de notre système de santé, instaure le groupement hospitalier de territoire (conformément à l'article 107 de la loi), en le substituant ainsi à la communauté hospitalière de territoire, établie par la loi HPST du 21 juillet 2009. Dans la continuité de la CHT, le GHT a pour objectif de faciliter la réalisation d'une stratégie partagée. L'idée de gérer collectivement certaines fonctions et activités est remplacée par la mission de "rationalisation des méthodes de gestion par le biais d'une collaboration dans les fonctions et activités". En d'autres termes, le GHT n'est pas considéré comme un gestionnaire direct.

Une autre différence notable, sous la loi applicable aux CHT le projet médical était accompagné du terme « commun », pour appuyer l'idée de communauté, avec la loi de 2009, le projet médical devient « unique » traduisant ainsi l'ensemble des obligations potentielles que les futurs GHT devront appliquer.

Une autre notion importante s'est vu modifiée, c'est celle d'« établissements signataires » - notion qui renvoie à une logique d'adhésion - remplacée par la notion de « membres » qui renvoie à l'idée

---

20 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

de « groupement ». Dans le même courant de pensée, la question de la personnalité morale du GHT s'est clarifiée, puisqu'il ne s'agit pas de créer un regroupement d'activité, mais plutôt d'assigner à un établissement membre du GHT la responsabilité de gérer, au nom des autres membres, les activités (à l'exclusion des activités de soins) qui seraient regroupées.

D'abord incitatif avec l'article L162-22-13 « Les agences régionales de santé s'assurent que les établissements participant à un projet de communauté hospitalière de territoire et aux groupements de coopération sanitaire bénéficient d'un financement majoré de 15 %. », l'intégration dans un groupement est devenu coercitif. En effet, le projet de loi impose une date butoir au 31 décembre 2015 pour que les établissements rejoignent un groupement. Contrairement aux CHT, intégrer un GHT est une obligation pour tous les établissements publics de santé.

En conséquence, le projet de loi accorde un pouvoir coercitif aux Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé, leur permettant de prendre des décisions sur la création des GHT et les établissements qui les composent. À cet effet, les DG d'ARS sont tenus d'établir un schéma régional des GHT en accord avec le projet régional de santé (PRS) et d'y définir la liste des établissements requis pour adhérer à un GHT. Le projet introduit une perspective novatrice à la notion de territoire en élargissant la portée géographique des futurs GHT à l'échelle interrégionale. En effet, il est stipulé que, selon les circonstances, l'approbation de la convention fondatrice de chaque GHT pourrait impliquer un ou plusieurs Directeurs Généraux d'ARS.

Bien qu'aujourd'hui au moins six formes de coopération existent permettant de mettre en application les stratégie du PRS – la Convention de coopération, le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), le Groupement de coopération sanitaire (GCS), le Groupement d'intérêt public (GIP), le Groupement d'intérêt économique (GIE), les groupements hospitaliers de territoire (GHT), l'association – le GHT représentent une avancée organisationnelle significative. Le GHT vise à permettre aux établissements impliqués de mettre en pratique une approche territoriale concertée et progressive de la prise en charge des patients, dans le but d'assurer un accès égal à des soins sécurisés et de haute qualité.

Et « Le slogan ‘ l'hôpital, c'est vital ’ est dans toutes les oreilles. Pour que ce slogan trouve un écho, il faut que l'hôpital puisse évoluer. »<sup>21</sup> c'est dans le GHT avec la mise en œuvre d'une « stratégie de prise en charge commune et graduée du patient» que l'hôpital va évoluer.

## **.Titre II. L'offre de soins mise en place sur le territoire**

La planification a initié le recueil des besoins avec la carte sanitaire et de planification régionale avec le schéma régional. Sur le territoire, s'est développé la coopération pour répondre aux enjeux de la planification sanitaire impulsé par les Agences régionales.

La mise en place de cette stratégie nécessite d'ordonnancer les soins en fonction des besoins de la pathologie – gradation des soins - selon les projets des établissements membres du GHT (Chapitre I) décrit par les instances des établissements et du GHT (Chapitre II).

### **.Chapitre 1. L'accessibilité aux soins**

L'accessibilité aux soins se traduit par une démarche d'organisation des soins, appelée aussi gradation des soins et de proposition de l'offre définie dans un projet médical.

#### ***.La gradation des soins***

L'organisation des systèmes de santé dans les pays développés repose sur la distinction entre les soins de premier, de deuxième et de troisième recours

La notion de premier recours s'entrecroise avec celle des soins primaires, initialement conçue par l'OMS pour les pays en développement, mais qui est appliquée de manière plus générale pour désigner la prestation de soins et de services accessibles à tous, afin de répondre à la grande majorité des besoins de santé dans une approche centrée sur la famille et la communauté. Une autre

---

21 Circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire

dimension attribuée aux soins primaires est leur rôle essentiel dans la continuité et la coordination des soins. Les soins primaires sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire : la spécialité médicale des soins primaires est principalement la médecine générale, toutefois un ensemble d'autres professionnels de santé sont concernés, parmi lesquels les infirmiers, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes sont les plus nombreux, ainsi que des services sociaux et médico-sociaux. Les notions de premier recours et de soins primaires ne se chevauchent pas complètement. Les établissements de santé, bien qu'ils ne relèvent pas des soins primaires, jouent un rôle dans le premier recours, ne serait-ce que par l'intermédiaire de leurs services d'urgences.

Les niveaux de deuxième et de troisième recours se distinguent l'un de l'autre par des degrés croissants d'expertise et d'utilisation de technologies. Ils sont considérablement plus «médicalisés». Les soins de deuxième recours sont prodigués par des médecins spécialistes, à l'exception de la médecine générale, qui exercent en ambulatoire ou dans des établissements de santé.

Les soins de troisième recours sont pris en charge par les établissements de santé publics ou privés dotés des plateaux techniques les plus lourds. Cette structure hiérarchisée en trois niveaux de recours vise à promouvoir la gradation des soins et une gestion efficace des ressources de santé. Cette approche est défendue par le récent manifeste du Collège de la médecine générale, qui préconise également un renforcement de la première ligne de soins.

Néanmoins, cette segmentation en niveaux de recours peut avoir des répercussions sur la formation et la rémunération. Par exemple, les médecins généralistes suivent une formation initiale plus courte d'un an et perçoivent des revenus inférieurs par rapport aux autres spécialistes médicaux en pratique libérale. Une autre problématique réside dans le risque de concurrence entre les niveaux de recours pour la coordination des parcours de santé. Chaque spécialité médicale peut avoir tendance à surestimer son rôle dans ce domaine. Cette complexité peut être particulièrement notable pour les affections très répandues dans la population, pour lesquelles un consensus est nécessaire quant à l'articulation entre les différents niveaux de recours aux soins. Des pathologies telles que le diabète et l'insuffisance cardiaque en sont des exemples illustratifs. Par conséquent, l'organisation en niveaux de recours présente certaines limites.

Cette planification en trois niveaux favorise, d'une part, la gradation des soins qui permet de répondre aux besoins de la population, d'autre part, une gestion des ressources de santé, notamment de démographie médicale car ce secteur est en sous-effectif. Une autre finalité plus centrale est la

continuité, la coordination des soins et l'accessibilité avec une réduction des inégalités entre zones rurales et urbaines au sein des régions, tant en termes de demandes de santé que d'offre de soins.

Cette organisation permet de réguler et coordonner l'offre de soins. Cependant, dans ce modèle, la régulation institutionnelle ne concerne principalement que les autorisations, délivrées par les agences régionales de santé (ARS), pour les équipements lourds et les activités de soins en établissements de santé. L'organisation limitée des soins de ville favorise un modèle hospitalo-centré qui n'est pas idéalement adéquat pour le traitement des patients âgés et/ou des personnes souffrants de multiples pathologies chroniques, bien que cette prise en charge soit devenue une priorité majeure du système de santé, priorité qui est amené à s'inscrire dans le projet médical partagé.

### ***.Le projet médical partagé / le projet de soins partagé***

Le cœur même des groupements hospitaliers de territoires (GHT) réside dans le projet médical partagé. Ce projet médical « définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire »<sup>22</sup> et vise à instaurer une hiérarchie des soins hospitaliers par le biais d'une structuration en filières, tout en élaborant des stratégies médicales et de soins adaptées au territoire. De plus, il vise à organiser l'offre de soins de proximité, de référence et de recours pour toutes les activités sur le territoire.

Le rapport de la mission Hubert Martineau définit le projet médical partagé comme le ciment du GHT<sup>23</sup>. En plus d'être l'essence du GHT, il sert de base pour la construction des projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire, en effet les projets médicaux doivent être conformes au projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire, les projets médicaux des établissements parties sont donc les bases des stratégies des établissements de santé.

Les facteurs clés de réussite pour la conception de ce projet sont identifiés par la réalisation d'une feuille de route en accord avec le projet régional de santé (PRS), claire et documentée émanant de l'ARS avec l'implication des Directeurs généraux, des Présidents de CME, des Présidents de CSIRMT et des Présidents des Conseils de surveillance dans une gouvernance médico-soignante et

<sup>22</sup> Article R6132-3 du code de la Santé publique

<sup>23</sup> «le projet médical partagé est le ciment du GHT»

administrative du projet reconnue par tous les intervenants et un maintien des collaborations en cours qui donnent satisfaction.

Pour faciliter la mise en place du PMP, le décret du 27 avril 2016 a défini la progressivité dans l'élaboration du projet médical partagé : en première étape, le projet médical partagé comprend les objectifs médicaux, en second, le projet médical partagé comprend les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée et enfin, le projet médical partagé complet. Comme le dispose l'article R6132-4, « Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans. ».

Le Projet Médical Partagé (PMP) énonce le modèle d'organisation prévu pour une huitaine de filières territoriales de soins aux patients. Ces filières ont été délimitées en se basant sur des critères tels qu'une maladie spécifique, un profil de patient donné ou une spécialité médico-chirurgicale<sup>24</sup>. Il se traduit aussi par des activités transversales et complémentaires.

Alors que le projet médical partagé établit la stratégie médicale du Groupement, le projet de soins partagé s'inscrit davantage dans une vision globale de la prise en charge et représente, pour les équipes soignantes, une concrétisation du projet médical partagé. En effet, le projet de soins partagé a pour principal but de rassembler et de coordonner l'action des professionnels paramédicaux provenant des différents établissements constituant le GHT. Il vise à garantir la sécurité des soins tout au long des parcours des patients, à améliorer la coordination pour éviter les interruptions, à aligner et à harmoniser les pratiques entre services et établissements, et à partager les compétences et les expertises en promouvant la pratique clinique. En somme, le projet de soins partagé découle davantage d'une « dynamique de coopération en construction ».

Ces projets permettent de construire une vision commune de l'offre publique de soins sur le territoire

Avant la conclusion de la convention constitutive du GHT, le PMP est soumis à l'ARS du lieu où se trouve l'établissement principal du GHT. Il est ensuite intégré à cette convention, et en l'absence du PMP, la convention ne peut être finalisée. La convention constitutive joue un rôle central en tant qu'élément juridique fondamental et acte fondateur du GHT. Elle établit un engagement contractuel d'une durée de 10 ans entre les établissements membres. Selon le décret du 27 avril 2016, cette

---

<sup>24</sup> Organisation définit à l'article R6132-3 du Code de la Santé publique.

convention comprend deux parties distinctes : l'une concernant le PMP et l'autre détaillant les modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT.

Le PMP a donc un enjeu majeur dans la gouvernance du GHT et aussi dans l'orientation des soins des établissements membres puisque qu'il détermine le projet de soins.

## **.Chapitre 2. La restructuration hospitalière vers l'hospitalo-centrisme**

Les projets médicaux définis par les établissements membres du GHT et par le GHT. Pour être plus, il s'agit d'une concertation entre les instances internes de l'hôpital et les instances du GHT.

### ***.Une gouvernance interne à l'hôpital : un binôme de direction***

Les instances des établissements publics de santé ont été redéfinis par la loi dite "Hôpital, patients, santé et territoires" de 2009 au sein des établissements publics de santé.

L'ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital va faciliter la mise en œuvre du troisième pilier du "Ségur de la santé", qui vise à simplifier le fonctionnement hospitalier et à renforcer la participation des médecins et des soignants dans la gouvernance.

Ainsi, l'ordonnance consolide les mécanismes de co-signature et de prise de décision conjointe entre le directeur et le président de la CME, en particulier dans les domaines de l'organisation interne et de la désignation des responsables médicaux. En outre, elle apporte des éclaircissements quant au rôle du président de la CME en tant que coordinateur de la stratégie médicale de l'établissement. En collaboration avec le directeur, il est également chargé de superviser l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical.

Par conséquent, l'ordonnance renforce les pratiques de co-signature et de prise de décision conjointe entre le directeur et le président de la CME, en particulier en ce qui concerne l'organisation interne et la nomination des responsables médicaux. De plus, elle clarifie le rôle du président de la CME en

tant que coordinateur de la politique médicale de l'établissement. En collaboration avec le directeur, il est également chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet médical. A la tête des hôpitaux, se situe dorénavant un binôme administratif.

La structure de gouvernance interne d'un hôpital comprend en premier lieu un directeur chargé de la gestion globale de l'établissement de santé. En tant que président du directoire, il approuve le projet médical, élabore le projet d'établissement et fournit des conseils en matière de gestion et de direction hospitalière. Cependant, la prise de décisions ne repose pas uniquement sur le volet administratif ; le volet médical est également représenté. En effet, le président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) occupe le poste de vice-président, assurant ainsi une dimension médicale au sein de la gouvernance.

Avant d'exposer le principe de la Commission Médicale d'Établissement (CME), il est essentiel de mentionner le rôle du Conseil de Surveillance (CS). Composé de représentants des élus, des usagers et des professionnels de santé de l'établissement, le CS se réunit en assemblée et joue un rôle dans la définition de la stratégie de l'établissement. Il contribue également à l'évaluation et au contrôle de la politique hospitalière.

La Commission Médicale d'Établissement (CME) est une instance consultative, consultée pour avis sur entre autres, le projet d'établissements, la stratégie médicale de l'établissement. La situation financière ainsi que des moyens déployés pour atteindre les objectifs médicaux lui sont communiqués. La CME possède aussi des compétences opérationnelles spécifiques dans des domaines tels que la politique de formation continue et l'accompagnement professionnel, la politique d'amélioration continue, la qualité et la sécurité des soins. Elle participe à l'élaboration de projets concernant les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La composition de la CME inclut des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

Le comité technique d'établissement est une instance consultative chargée de formuler des avis sur l'ensemble des projets de délibération du conseil de surveillance, ainsi que sur les questions liées à l'organisation du travail et à la politique de formation du personnel. Sa composition inclut des représentants du personnel.

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques est un organe consultatif rassemblant les personnes impliqués dans la réalisation des soins infirmiers. C'est le coordonnateur général des soins qui assure la présidence. Cette instance a pour mission de formuler des avis concernant divers aspects tels que l'organisation globale des soins, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que le développement professionnel continu.

D'autres instances plus spécialisées comme Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail pour le personnel (CHSCT), La Commission des Usagers pour les usagers (CDU), Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales pour l'hygiène (CLIN), Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLD) et Le Comité de Liaison de l'Alimentation et de la Nutrition (CLAN), tous deux pour les usagers.

La gestion des hôpitaux s'est donc complexifiée en faisant contribuer beaucoup de participants qui chacun avec leur regard d'experts enrichissent le projet médical et garantissent la faisabilité .

Les instances du GHT sont une reproduction des instances des établissements membres.

### ***.Une gouvernance inter hospitalière – les instances et les dispositifs du GHT***

Le GHT se dirige avec des instances telles que le Comité stratégique (CS), le Comité médical (CM), la Commission territoriale des usagers (CTU), le Comité territorial des élus locaux(CT), la Conférence Territoriale du dialogue social, la commission territoriale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement (CSMIRT).

La mission du comité stratégique consiste à émettre des avis et les avis exprimés par les commissions – CTU, CSMIRT - et les comités – CS, CM, CT - sur la mise en œuvre de la convention, du PMP, ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. Les membres du comité incluent les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'ensemble des établissements faisant partie du groupement. Les membres de droit du comité comprennent le président du collège médical de

groupement ainsi que le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire.

Ce comité stratégique émet des orientations à l'intention du directeur de l'établissement support en ce qui concerne la gestion et la mise en œuvre de la mutualisation des fonctions ainsi que du PMP. Thèmes sur lesquels, il offre des conseils et des orientations au directeur de l'établissement support .

Le collège médical, constitué du Présidents de CME, en tant que membres de droit est composé de représentants du corps médical, élus parmi les membres de la CME de chaque établissement faisant partie du GHT et du Médecin responsable du département de l'information médicale du GHT. Le rôle du collège médical consiste à faciliter la réflexion médicale au niveau territorial du groupement. A cette fin, il contribue à l'évaluation de l'offre de soins au sein du GHT, à l'identification des filières de prise en charge des patients, ainsi qu'à la structuration de la hiérarchie des soins au niveau des différentes sites du groupement. De plus, il émet une recommandation sur le PMP du GHT. Chaque année, il est averti de sa mise en place et reçoit le rapport présenté par son Président.

Le collège médical formule des avis aux personnes du comité stratégique du groupement, ainsi qu'à toutes les commissions médicales des établissements faisant partie du GHT.

La commission territoriale des usagers joue un rôle dans la formulation de la stratégie liée à l'accueil, à la prise en charge et aux informations relatives à l'organisation des parcours de soins. Elle contribue également à la politique de qualité et de sécurité élaborée par le comité stratégique.

La commission territoriale des usagers du groupement se charge d'examiner les plaintes et réclamations qui concernent plusieurs établissements du GHT. Elle est tenue informée des événements indésirables graves communs (EIG) ainsi que des événements porteurs de risque communs (EPR). Par délégation des CDU des établissements membres, elle peut mener des médiations, particulièrement dans les situations où il existe une pénurie de ressources humaines locales, ou pour traiter des réclamations nécessitant une expertise technique approfondie.

La commission formule des recommandations et des suggestions sur les dossiers, ces dernières sont remises aux représentants du comité stratégique du groupement, ainsi qu'à toutes les commissions des usagers des établissements faisant partie du GHT. Elle est tenue au courant des mesures prises en réponse à ces avis. La commission est composée de deux représentants des usagers issus des commissions des usagers de chaque établissement membre du groupement, de quatre médiateurs : deux médicaux, deux non médicaux et de personnes compétentes. Sur cette commission, c'est encore le directeur de l'établissement support du groupement qui assure la présidence.

La responsabilité du Comité territorial des élus locaux(CT) consiste à évaluer les mesures mises en place par le groupement afin de garantir un accès équitable à des soins de qualité et sécurisés sur l'ensemble du territoire du groupement. Dans ce rôle, il peut formuler des suggestions et est tenu informé des résultats obtenus suite à ces suggestions. Il est composé de représentants élus des collectivités territoriales qui siègent au conseil de surveillance, notamment les maires des communes où se trouvent les établissements. En outre, il regroupe les directeurs des établissements membres, le président du collège médical et le président du comité stratégique.

La Conférence Territoriale du dialogue social est un organe qui assure l'organisation de discussions avec les syndicats représentatifs des personnels non médicaux travaillant au sein des établissements du groupement. Sa présidence est assurée par le président du comité stratégique. Cette conférence est tenue au courant des projets de mutualisation, dont les projets de gestion des ressources - emplois et compétences - , des conditions de travail et de la politique de formation. De plus, au sein de cette conférence, chaque organisation syndicale dispose d'un siège.

Enfin, la Commission territoriale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement joue un rôle essentiel dans la réflexion paramédicale au niveau territorial du groupement. Elle contribue à définir le projet de soins du groupement, en accord avec les orientations du projet médico-soignant.

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de chaque établissement membre du GHT sont membres de droit de cette commission du groupement. La commission compte également des cadres, des professionnels tels que des infirmiers, des rééducateurs ou des spécialistes médico-techniques, des aides-soignants et des assistants médico-pédagogiques. Des individus qualifiés sont également présents à titre ponctuel ou permanent.

\* \* \*

Selon l'article L6132-1 du code de la santé publique, « 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. » Pour atteindre cet objectif, le GHT s'engage à rationaliser les modes de gestion en mettant en commun certaines fonctions ou en effectuant des transferts d'activités entre les établissements membres. Cette restructuration s'articule principalement autour du projet médical, qui devient le point central de concrétisation de ces efforts de collaboration et de coordination au sein du GHT.

Cette collaboration pour créer un PMP se réalise au sein de chaque GHT par les établissements membres. Ce projet est conçu en prenant en compte les besoins spécifiques de la population du territoire. Son objectif majeur est d'assurer une gamme de soins accessible localement tout en garantissant également un accès aux services médicaux de référence et de recours.

Dans le cadre du plan «Ma santé 2022», La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a renforcé l'intégration au sein des GHT. Des dispositifs sont ajoutés comme l'obligation de mutualisation de la gestion des ressources humaines ainsi que la possibilité de mutualisation facultative de certaines fonctions, ainsi que l'investissement et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

L'article L6132-1 du code de la santé publique<sup>25</sup> attribue un double objectif aux GHT : un objectif d'efficience et un objectif d'amélioration de l'accès aux soins. Ainsi, au-delà de la mise en œuvre d'une « stratégie de prise en charge commune et graduée du patient», le GHT doit assurer « la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ».

La seconde partie permettra de comprendre les points forts et les améliorations à apporter aux GHT.

---

25 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.





## **.PARTIE II**

### **.LE GHT EST-IL UN OUTIL OBSOLÈTE OU UN DISPOSITIF D'AVENIR ?**

*« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour tout l'humanité  
est celle de la coopération et du partenariat »*

Kofi ANNAN, Secrétaire Général de l'Organisation des nations Unies,  
extrait d'un discours à l'Assemblée Générale de l'ONU, le 24 septembre 2001



Les réformes hospitalières ont participé à la mise en place du GHT. Cette mise en place s'est déroulée de manière progressive, marquée par l'introduction de « mécanismes de type marché » dans la gestion du service public hospitalier, engendrant ainsi des remises en question du modèle économique de l'hôpital public.. Toutefois, il s'avère impératif de développer un nouveau paradigme : le pilotage médico-économique de l'hôpital public orienté non plus uniquement vers la performance hospitalière mais aussi vers des valeurs collectives. (Lorino, 1999 ; Salgado, 2013).

Ces managements ont conduits les GHT dans une logique d'accroissement de l'activité, de planification des objectifs, de coopération et d'optimisation des ressources et des achats.

Toutefois, les résultats attendus ne répondent pas en totalité aux objectifs (Titre I), d'où l'évolution constante et des transformations à venir (Titre II).

## **.Titre I. Un bilan nuancé : la crédibilité des GHT paraît actuellement précaire**

Face aux nouvelles orientations et aux objectifs ambitieux du GHT, la Cour des comptes s'est penchée sur leur mise en œuvre dans son rapport de 2020<sup>26</sup> a entrepris d'évaluer la mesure dans laquelle la réforme a été mise en œuvre et sa capacité à influencer le paysage des soins hospitaliers publics, en tenant compte notamment de la croissance des maladies chroniques et des enjeux de santé publique. , évaluant leur capacité à influencer le paysage des soins hospitaliers publics, compte tenu notamment de la croissance des maladies chroniques et des enjeux de santé publique. Plusieurs constats peuvent être formulés, dont le premier concerne l'hétérogénéité des GHT, entravant leur comparaison et leur collaboration par échanges de bonnes pratiques (Chapitre I). Le second constat concerne les résultats peu probants en ce qui concerne les objectifs à atteindre (Chapitre II).

---

26 La Cour des comptes, « Les groupements hospitaliers de territoire », octobre 2020.

## **.Chapitre 1. la diversité des GHT et leur déploiement inégaux sur le territoire**

En mai 2019, le territoire a vu la création de 136 GHT, regroupant près de 890 établissements. La Fédération hospitalière de France met à disposition sur son site une carte nationale des GHT, offrant une vue d'ensemble de la répartition des services de santé au sein des regroupements et de la variété des groupements. Des disparités conséquentes ont été constatées aussi bien dans les déploiements que dans les résultats.

### ***.Les besoins de la population différents - Les GHT actuellement « au milieu du gué » avec des déploiements très inégaux***

Selon un rapport de l'IGAS publié en décembre 2019, les GHT se trouvent actuellement “au milieu du gué” avec des avancées inégales. Cette disparité est en grande partie due à divers facteurs tels que le nombre d'hôpitaux, leur taille, les contraintes géographiques, la variété des services spécialisés existants, la population desservie et la proportion de personnel médical.

Dans le contenu des Projets Médicaux Partagés (PMP), de fortes variations ont été identifiées. L'absence de normalisation dans le format des PMP et le manque d'outil partagé entre les GHT ont rendu difficile la quantification et la qualification des orientations prises et des progrès réalisés, tant pour les Agences Régionales de Santé (ARS) que pour la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). En effet, même si l'énumération des objectifs et actions identifiés par filière semble quasiment incluse, les projets ne mentionnent pas tous, la situation épidémiologique de leur territoire. De même, la définition de filières de soins est décrite par référence à des spécialités médicales, parfois en fonction des modes de prise en charge. Si le contenu est variable, la quantité l'est aussi, pour l'exemple, Le GHT Rhône-Centre affiche un PMP de 14 pages alors que le PMP du GHT Yvelines-Nord est composé de 386 pages.

Même au niveau de l'organisation, il y a des disparités. En effet, deux modèles de GHT ont émergé : les GHT dits « fédératifs » et les GHT dits « intégratifs ». Ces deux approches se reflètent dans les PMP.

Les GHT « fédératifs » reposent sur le principe de subsidiarité, préservant ainsi les activités de soins au niveau local. Des échanges de documents, de procédures et de projets permettent une cohésion, tout en préservant l'autonomie de chaque établissement et de ses équipes médico-soignantes.

À l'opposé, les GHT « intégratifs » favorisent une vision mutualisée des plateaux techniques et des activités, soit par la spécialisation concertée des établissements afin de réduire la concurrence entre eux, soit par la gradation verticale des soins vers l'établissement support. Ce modèle tend davantage à mobiliser des outils de coordination entre les établissements, tels que la fusion d'équipes, la création de pôles inter-établissements ou d'équipes de territoire

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, portant sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS), stipulait que les 135 Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), englobant 891 établissements publics, variaient en taille de 2 à 20 établissements. Ces GHT couvraient des zones territoriales abritant une population allant de 100 000 à 2,5 millions d'habitants, avec des budgets de l'ordre de 100 millions à 2 milliards d'euros.

En 2022, le nombre de GHT s'est élevé à 136 sur le territoire national. Parmi ces 136 GHT, 28 sont rattachés à des centres hospitaliers universitaires (CHU), présentant ainsi des avantages en matière de démographie médicale et de disponibilité des professionnels de santé.

En ce qui concerne l'ensemble des GHT, il est notable que 38 d'entre eux ne disposent pas de plateaux techniques pour la prise en charge des infarctus du myocarde, 24 ne possèdent pas d'unité neurovasculaire, 61 n'offrent pas d'activité d'Hospitalisation à Domicile (HAD), et 28 ne proposent pas d'activité en psychiatrie.

Par ailleurs, le rapport de l'IGAS identifie certaines activités de référence qu'elle juge indispensables au sein de tous les GHT. Parmi celles-ci figurent, par exemple, les services d'urgences, des plateaux techniques chirurgicaux disponibles 24 heures sur 24, des services pour l'obstétrique et l'imagerie, des unités d'hospitalisation et des dispositifs d'urgence en psychiatrie, ainsi que des centres d'accueil de crise.

Un nombre considérable de GHT ne parvient pas à répondre à ce critère. Certains GHT sont jugés comme étant 'trop petits' selon les exigences de la réforme des GHT. En effet, les observations émises par la Cour des Comptes soulignent qu'un quart des GHT se compose d'au maximum deux centres hospitaliers et que 15 d'entre eux ne regroupent qu'un seul établissement avec des activités en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Dans de telles situations, les GHT ne parviennent pas à atténuer les disparités dans l'accès aux soins. Outre ces disparités structurelles et en termes

d'activités, se posent les problèmes liés à la disponibilité des ressources médicales. Plus les établissements sont éloignés des GHT associés à des centres hospitalo-universitaires, plus le manque de personnel médical se fait ressentir. Il est courant que ces GHT de plus petite taille se situent dans des zones caractérisées par une pénurie de médecins. En demeurant dans ces régions isolées, ces établissements au sein des GHT ne peuvent pas bénéficier du renfort d'établissements qui disposeraient d'un plus grand effectif de professionnels de santé.

Parallèlement, il existe des GHT considérés comme étant 'trop grands', bien que cette situation soit moins mise en avant. Néanmoins, certains GHT sont jugés manifestement trop étendus à la fois pour garantir une cohérence territoriale dans le contexte des filières de soins et pour exploiter efficacement une organisation intégrée. On peut prendre l'exemple du GHT Bouches-du-Rhône qui demeure le plus vaste GHT de France. Le périmètre retenu pour ce GHT a été défini, sous l'impulsion de l'ARS, selon les contours du département.

Des problématiques émergent à ce niveau, en particulier parce que le département des Bouches-du-Rhône, classé comme le troisième département le plus peuplé de France avec plus de 2 millions d'habitants, présente des disparités territoriales et médicales marquées entre l'agglomération marseillaise et la région à l'ouest de l'Étang de Berre. Étant donné l'ampleur géographique, il est complexe de concevoir la mise en place de filières de soins à l'échelle de ce territoire, à l'exception des activités très spécialisées et de recours déjà organisées autour de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM), qui fait partie à la fois du GHT et est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de référence pour toute la région, étant également le deuxième plus grand hôpital de France.

En outre, la gouvernance de ces GHT de grande envergure est particulièrement complexe, nécessitant de nombreuses instances et engendrant des processus de décision excessivement longs. Par ailleurs, la consolidation des fonctions de support se révèle particulièrement difficile à mettre en place.

De plus, le secteur médico-social a été peu impliqué dans la réforme des GHT, ne comptant que 78 établissements membres. La possibilité offerte aux GHT de collaborer avec des établissements non membres par le biais d'associations ou de partenariats est peu exploitée. L'analyse des conventions constitutives des 131 GHT métropolitains a en effet identifié seulement 100 établissements associés (en plus des CHU, pour lesquels l'association est obligatoire) et 12 386 établissements partenaires. Les GHT demeurent largement centrés sur les établissements publics, en négligeant la représentation du secteur privé bien qu'il soit un élément essentiel de l'offre de soins.

Par conséquent, il est manifeste que les GHT sont confrontés à un déploiement très inégal. Certains avancent vers un modèle intégratif avec succès. En contraste, certains GHT éprouvent des retards, principalement en raison de périmètres ou de compositions inappropriés, voire entravés par des contextes médicaux ou économiques défavorables. Enfin, une troisième catégorie, probablement la plus courante, est celle en cours de développement. Ainsi, il est impératif d'approfondir la mise en œuvre des GHT pour parvenir à une meilleure intégration des établissements de santé membres du GHT, tout en établissant une véritable ouverture vers la médecine de ville, les établissements de santé privés ainsi que les établissements médico-sociaux et sociaux, afin de garantir la continuité des parcours de soins des patients. Dans cette optique, cette évaluation incite à repenser le cadre des GHT."

### ***.La gouvernance du GHT – achat gain etc***

Dans la structure interne du GHT, la fonction achat s'est organisée en mettant en place des cellules juridiques dédiées aux contrats, ainsi que la mise en œuvre de délégations de signatures. Elle vise à construire un plan directeur qui établit les grandes orientations stratégiques des achats, à piloter et coordonner les principaux axes de cette fonction, ainsi qu'à suivre de près le progrès du plan d'actions achat et de la feuille de convergence des marchés. Deux modes d'organisation distincts de la fonction achat ont été identifiés : l'un déconcentré comprenant des référents acheteurs généralistes au sein des établissements membres du GHT, et l'autre centralisé, avec une direction des achats du GHT jouant un rôle clé.

Le plan d'actions achat de territoire dénommé aussi PAAT, est un document regroupant les contrats d'achat établis annuellement par les établissements membres du GHT. Ce document a pour but de fournir une vision détaillée des politiques d'achat et des initiatives planifiées au sein du GHT. Il revêt une dimension opérationnelle en identifiant des axes d'amélioration liés à la qualité, à la simplification des procédures et à la réalisation d'économies dans le domaine des achats.

Le service achats a évolué en consolidant les besoins et en produisant de la production de documentation. De plus, l'introduction de contrôleurs de gestion achat a insufflé une nouvelle dynamique aux achats hospitaliers en établissant des indicateurs tels que la performance achat,

l'analyse hors marché, la cartographie achat et la part de mutualisation. Cependant, malgré son importance pour réaliser des gains d'efficacité, cette fonction demeure peu développée. Les travaux de la Cour confirment cette tendance, montrant que 62 % des GHT ciblés ont mis en œuvre une organisation de contrôle de gestion avec un contrôleur spécifique dans la gestion achat.

La mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) n'a pas conduit aux bénéfices escomptés en ce qui concerne la réduction des dépenses médicales ou générales et hôtelières car elles ont augmenté de 10,2 %<sup>27</sup>.

Par ailleurs, le système d'information hospitalier (SIH) est complexe et spécifique à chaque établissement, ce qui entraîne des problèmes de gestion et d'échange de données limités. Le système d'information hospitalier d'un établissement de santé repose sur l'assemblage de briques applicatives de 40 à 350 qui ont du mal à communiquer entre elles. Cette complexité a été soulignée en 2016 par la Cour. Pour faire face à ce défi, des initiatives ont été mises en place pour soutenir la mise en œuvre de SIH convergents, notamment à travers des réunions biennuelles des directeurs du système d'information de Groupement organisées par les Agences régionales de santé et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, ainsi qu'un réseau régional de directeurs du système d'information.

Globalement, la convergence des marchés au sein des établissements du GHT, pour chaque catégorie d'achats, vise à atteindre des objectifs de performance économique. Cependant, pour réaliser cette convergence, il est essentiel de gérer la synchronisation des dates de renouvellement des contrats et de mettre en place une coordination étroite entre les établissements, accompagnée d'un processus de planification robuste. Malheureusement, à ce stade, cette convergence des marchés n'a progressé que très peu en raison de l'absence d'un processus solide de planification.

## **.Chapitre 2. La réussite mitigée des objectifs permet de repenser le cadre du GHT**

La crise sanitaire a clairement souligné l'importance capitale des GHT. Pendant l'épisode épidémique de la Covid-19, les GHT ont été entièrement mobilisés. Les établissements se sont

---

<sup>27</sup> Variations de prix comprises.

fortement concertés, faisant preuve d'une solidarité et d'une coopération exemplaires. Ils ont établi des unités spéciales pour accueillir les patients suspectés ou confirmés, et ont facilité le transfert d'équipements de protection individuelle.

Cependant, même si les GHT représentent une opportunité prometteuse, ils n'ont pas encore pleinement atteint leur objectif d'efficience. La crise a en effet éliminé certaines barrières qui sont normalement présentes dans une gestion 'normale et les GHT ont su s'imposer au niveau national dans la gestion de la crise sur leur territoire. Néanmoins, la situation rétablie à la normale, l'absence de personnalité juridique, la faible démographie et la non prise en compte des autres filières redeviennent des obstacles

### ***.L'absence de personnalité juridique pour inciter à la coopération***

Dans le cadre de la réforme de 2016, il a été décidé de ne pas octroyer aux groupements hospitaliers de territoire une personnalité juridique, à la différence des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) instaurés en 2003. Cette décision découle de la volonté d'attribuer des responsabilités fonctionnelles aux groupements hospitaliers de territoire et traduit également l'intention de ne pas introduire un nouvel intervenant dans le panorama de l'offre de soins du paysage sanitaire.

La loi a introduit la notion de convention constitutive dans chaque GHT portée par un établissement support désigné et ce afin de remédier à l'absence de personnalité juridique. Ainsi, cet établissement devient se trouve ainsi pilote du GHT sans pour autant qu'il y ait une hiérarchie entre les établissements du groupement. Ainsi, l'absence de personnalité morale a des conséquences dommageables en termes d'agilité, en effet sans cette reconnaissance juridique la prise de décisions des projets au niveau du GHT nécessite une présentation pour validation devant un grand nombre d'instances car l'établissement reste le principal focal des acteurs. L'établissement support n'a aucun moyen pour imposer une décision, outre son poids relatif et son influence.

La conséquence de l'absence de personnalité juridique et de structure autonome du GHT est la complexité de sa gouvernance. Le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT crée six nouvelles instances à l'échelle du Groupement - le comité stratégique (CS), le collège médical (CM), la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). La complexité

des instances de prise de décision au sein des GHT rend le processus de prise de décision difficile et lourd en raison de la superposition des instances des établissements membres. Cela est illustré par l'exemple donné par la Cour des Comptes concernant le GHT Limousin, qui doit consulter un grand nombre d'instances pour apporter des modifications à sa convention ou à son projet médical partagé.

En définitive, la décision prise en 2016 de ne pas donner de personnalité juridique aux GHT pourrait suggérer une intention de promouvoir la collaboration entre les établissements de santé. Cependant, les limites de ce format en termes de réorganisation de l'offre de soins suggèrent, implicitement, un objectif d'intégration plus poussée centré sur l'établissement support du GHT. Le rapport de la Cour des Comptes souligne que le processus décisionnel au sein de la majorité des GHT implique de nombreuses instances, et recommande l'émergence d'une personnalité morale unique au sein du GHT. Néanmoins, les rapporteurs estiment que cette conclusion ne peut pas être généralisée, car la fusion des établissements est souvent difficilement envisageable, surtout dans les GHT de grande taille. Il est nécessaire de maintenir un maillage et un ancrage territorial pour assurer l'accès aux soins des patients, et il aurait été important d'établir une définition plus précise de la structure des GHT en fonction des besoins des patients.

### ***.Les difficultés contextuelles des GHT***

#### **Le manque de ressources - démographie médicale**

Un nombre croissant de citoyens se trouve confronté à des problèmes d'accès aux soins. En effet, 72 % des Français rencontrent des difficultés pour accéder aux soins, dont 30,2 % sont désignés par les ARS comme se trouvant dans des "zones d'intervention prioritaire". Dans son rapport sur la proposition de loi visant à garantir une accessibilité universelle aux soins de santé et à lutter contre la désertification médicale, Sébastien Jumel souligne que "les zones où l'accessibilité aux médecins est la plus faible se trouvent dans les zones rurales entourant les grands pôles urbains, dans les communes éloignées de l'influence de ces pôles, ainsi qu'en périphérie des petites et moyennes agglomérations.

Le manque de ressources médicales entrave la réalisation de projets mutualisés dans un secteur fortement tendu en matière de recrutement. Lors du colloque organisé par l'Association pour le

développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (Adress) sur le thème "à l'heure des GHT, associer gestion des RH médicale et non médicale à l'hôpital: enjeux et réalisations", les directions des ressources humaines au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont rapporté leur manque d'outils et leur obligation de "bidouiller" pour faire face aux défis.

Les transferts administratifs d'activités, réalisés en 2016, par le regroupement des établissements de Sainte-Anne, du groupe public de santé Perray-Vaucluse -Sainte-Geneviève-des-Bois, Essonne- et de l'établissement public de santé Maison-Blanche, ont eu un impact sur 650 personnels non médicaux: d'une part, pour les agents dont le lieu de travail a changé, des frais de transport à 100% pour deux ans, pour essayer de compenser, d'autre part, pour les personnels d'encadrement fonctionnaires, c'est de la "bidouille", avec "un peu d'heures supplémentaires par-ci par-là".

Dans le contexte de manque de ressources, la démographie médicale est l'une des principales difficultés. Selon le rapport du sénat du 29 mars 2022 sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, les disciplines affichant des taux de vacance de postes statutaires supérieurs à la moyenne sont la radiologie et l'imagerie médicale (43,1 % au 1er janvier 2022), l'anesthésie-réanimation (41,3 %) et la psychiatrie (38,2 %).

Étant donné que la permanence des soins est déjà fragilisée par le manque de personnel, l'amélioration de l'efficacité des plateaux techniques d'imagerie en renforçant leur utilisation ou la mise en œuvre d'autres projets au niveau des GHT deviennent difficilement conciliables.

### **Le périmètre territorial des GHT focalisé sur l'activité sanitaire publique**

L'objectif initial des GHT est de permettre la prise en charge commune et graduée des patients, cette ambition bien qu'initiale se révèle limitée au domaine sanitaire. La filière de la psychiatrie ainsi que celle du médico-social, du handicap et de l'hospitalisation à domicile sont largement sous-représentées voir inexistante.

En effet, la biologie médicale de territoire est quasi systématiquement intégrée aux projets médicaux partagés : 88 % des GHT au plan national évoquent la biologie médicale dans leur Projet médical partagé. L'intérêt de travailler sur la coordination entre la biologie médicale du territoire et

les activités cliniques est pris en compte, cependant, le partage des ressources sont peu fréquents, seulement 1/4 l'avaient pour projet.

Au contraire de la biologie médicale, l'imagerie n'est pas inscrite dans le PMP du fait de l'hétérogénéité des outils qui rendent difficile le déploiement d'une imagerie de territoire. De même, la filière spécifique pour le handicap n'est pas reprise dans tous les PMP, tout comme d'autres domaines essentiels.

A tous ces points, s'ajoutent l'absence d'intégration du secteur privé et de l'offre de soins en psychiatrie, en médico-social et en hospitalisation à domicile. En d'autres termes, toutes les spécialités hors de l'hôpital ne sont pas prises en compte ou sont partiellement considérées.

Le GHT est donc, comme sa sémantique le laisse entendre un « groupement hospitalier de territoire », soit une offre hospitalière sur un territoire agrandi. Pourtant, l'objectif réel devrait être d'établir un nouveau modèle de collaboration entre les établissements de santé à l'échelle d'un territoire, basé sur un projet médical partagé visant à améliorer les soins tout en réduisant les coûts. Dans le contexte de la planification sanitaire et de la coopération qui en découle, le GHT devrait être un nouveau mode de coopération entre les établissements de santé publics et privés prenant en compte toutes les spécialités à l'échelle d'un territoire et coopérant autour d'un projet médical partagé dont la finalité est de rendre plus accessible, de soigner mieux et à moindre coût.

Pour optimiser le fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) "plus efficaces", la loi RIST prévoyait initialement que le directeur de l'établissement support d'un GHT puisse occuper le poste de directeur vacant dans l'un des établissements du groupe, cette solution aurait pu permettre d'accélérer l'intégration au sein du GHT. Face aux préoccupations soulevées par les directeurs d'hôpitaux et certains élus, cette mesure a été retirée.

Tous ces points ne sont pas des obstacles au fonctionnement des GHT, au contraire ces constats de dysfonctionnement permettent de répondre aux évolutions de la société et des objectifs futurs du GHT.

## **.Titre II. Les enjeux d'aujourd'hui et de demain – modernisation du système de santé**

L'hôpital s'efforce de relever les défis actuels et futurs, et cela passe par la mise en place des fonctions mutualisées résultant de la création du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). En effet, les défis actuels de territorialisation (Chapitre I) sont portés par le GHT et la similarité des organisations (Chapitre II) pourrait accentuer son rôle à venir.

### **.Chapitre 1. La territorialisation reste un enjeu auquel le GHT répond**

L'offre de soins nécessite de prendre en compte les nouveaux besoins face au vieillissement de la population et autres. C'est par le biais du GHT que les coopérations peuvent être mises en place.

#### ***.Pour une prise en compte complète de l'offre de soins***

La santé des populations est essentielle au développement économique. Les conséquences désastreuses de la pandémie de COVID-19 sur les plans humain, social et économique ont démontré que la préservation de la santé est tout aussi cruciale pour la stabilité économique. Les autorités ont consenti d'importants investissements dans la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19, et elles font aujourd'hui face à des impératifs budgétaires restrictifs.

De plus, l'espérance de vie et les effets du baby-boom sont des effets que le GHT doit prendre en compte pour répondre aux besoins de la population. Une démarche globale de l'ensemble des filières psychiatrie, médico-sociale et des spécialités permettra d'assurer l'accessibilité des soins à chacun, notamment, les filières de gériatrie et des personnes âgées.

Les GHT sont maintenant tenus de démontrer leur engagement en faveur de la proximité. En conséquence, l'accent mis sur la responsabilité populationnelle au sein des GHT doit les inciter à accorder une priorité à la proximité. L'émergence du réseau de soins de proximité donne naissance à un nouveau niveau de coordination médicale.

En avril 2019, plus de 300 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) étaient recensées en activité ou en phase de projet, majoritairement initiées par les professionnels de santé de la ville. L'objectif à horizon 2022 était de tisser un maillage territorial à l'échelle nationale.

Une autre composante essentielle de ce réseau de proximité sera incarné par les hôpitaux de proximité, qui joueront un rôle primordial dans la hiérarchie des soins hospitaliers en médecine. La mise en place de ces établissements débute en 2020, avec une labellisation qui soulignera la formalisation de leurs rapports avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), tant en ce qui concerne leur projet de soins que leur gouvernance. Ils offriront également un soutien aux professionnels de santé en ville : les hôpitaux de proximité fourniront l'infrastructure hospitalière nécessaire pour la prise en charge des patients et offriront des opportunités accrues d'exercice conjoint ville-hôpital.

L'affiliation de ces hôpitaux de proximité aux groupements simplifiera également une orientation pertinente des patients vers les établissements de recours ou de référence adaptés à leurs besoins.

### ***.Les outils à mettre en place pour assurer la proximité***

Les hôpitaux de proximité constituent un axe d'attention majeur pour les Groupements Hospitaliers de Territoire. Néanmoins, une profonde connexion est constatée entre le pouvoir d'action du GHT et celle de l'hôpital de proximité. En effet, seul un GHT solide, composé d'établissements suffisamment viables, sera en mesure de fournir à l'hôpital de proximité les éléments essentiels pour répondre aux besoins de santé de la population. Initialement définie par la loi de financement de la sécurité sociale de 2015, la notion d'hôpital de proximité a été redéfinie par la loi du 24 juillet 2019. Environ 240 établissements avaient été labellisés selon des critères liés au volume et à la nature de leurs activités. Ces établissements étaient éligibles à un mode de financement dérogatoire à la tarification à l'activité.

La révision de la définition des hôpitaux de proximité, entreprise par la loi de 2019, vise principalement à les intégrer dans un réseau de soins de proximité réunissant le groupe des parties du territoire, en commençant par la médecine de ville. Les critères fonctionnels établis pour la labellisation reposent sur la nature de leurs activités (y compris médecine, plateaux techniques à

l'exclusion de l'obstétrique et la chirurgie), les spécificités du territoire desservi (en prenant en compte, par exemple, les enjeux liés à l'accès aux soins) et la coopération avec les autres acteurs du territoire. Selon ces nouveaux critères, le nombre d'hôpitaux de proximité labellisés pourrait atteindre 500 à 600 sur les 1300 établissements publics hospitaliers.

En raison de la crise du SRAS-COV-2, le processus de labellisation a subi un retard et a été enclenché durant la période estivale de 2021, conformément à l'ordonnance du 12 mai 2021 et aux textes d'application. Cette ordonnance permet à l'hôpital de proximité d'adopter des modalités spécifiques de fonctionnement et de gouvernance afin de remplir leurs missions locales et de favoriser la collaboration avec d'autres intervenants. Elle inclut également la contractualisation d'une convention avec l'établissement support du GHT, décrivant les obligations mutuelles, notamment le soutien de l'établissement support et des autres membres du GHT aux missions de l'hôpital de proximité ainsi que les modalités de participation de ce dernier à la mise en œuvre du PMP du GHT.

Il est possible que les GHT trouvent leur justification et leur légitimité dans cette réorientation vers la proximité, mais cela requiert un soutien adéquat. De plus, le décret du 27 mai 2021 a formalisé la volonté d'ouvrir les GHT à d'autres acteurs territoriaux, en permettant l'association de jusqu'à cinq invités représentant des partenaires externes à la Conférence Médicale de GHT, avec voix consultative. Cette nouvelle possibilité vise à faire des instances des GHT un lieu de coordination et d'échange avec les acteurs du territoire. Bien que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont destinées à regrouper ces divers acteurs de la santé et du médico-social un niveau géographique plus restreinte que celle des Groupements Hospitaliers de Territoire, certaines inter-CPTS commencent à se former, avec l'espoir qu'elles puissent devenir des partenaires constructifs pour les GHT.

## **.Chapitre 2. La similarité de structure entre les établissements et le GHT favorise la gestion du GHT et l'absorption des établissements par le GHT**

## *.Après l'incitation à la coopération, la coercition*

L'absence de personnalité juridique laisse les établissements maître de leur gestion.

Dans sa publication sur la coopération entre organisation comme indicateur de la performance publique, HIRZLIN fait une distinction entre les concepts de collaboration et de relation commerciale<sup>28</sup> et reprenant un concept de RULLIERE et TORRE « Il y a coopération, et non relation de marché ou intégration, quand il y a préservation de l'entité juridique des partenaires, participation à un projet commun dans le cadre d'un engagement ayant une certaine durabilité, énonciation des conditions de partage des risques et responsabilité »<sup>29</sup>, il affirme que pour une coopération saine tous les acteurs doivent garder leur entité.

Toutefois, cette vision comporte des limites. Le maintien de l'autodétermination des établissements ne favorise pas les changements. La collaboration au sein des regroupements reste majoritairement fédératrice, ce qui n'encourage pas les rapprochements organiques comme les fusions/regroupements d'activités, d'équipes, d'établissements ou des créations de pôles inter-établissements. La prévalence des GHT fédératifs ne peut que paralyser la mise en œuvre de l'objectif de recomposition de l'offre de soins car avec ce modèle les établissements cherchent à préserver leurs activités de soins. Pourtant, des solutions comme le groupement de coopération sanitaire (GCS) existent, cet instrument d'usage souple est favorable aux décloisonnements. Son recours demeure facultatif pour l'adhésion des établissements d'un GHT.

Il semble indéniable qu'au regard des évolutions des organes du système de santé ces cinquantes dernières années, d'autres formes de groupements ou de coopération devraient voir le jour pour avancer dans la coopération et dans la planification .

De plus, la similarité des structures entre les hôpitaux et le GHT, ajouté à cela, la tentative de légifération<sup>30</sup> sur la prise de poste d'un directeur laissé vacant tendent à laisser penser que les

---

28 HIRZLIN I ; : « La coopération entre organisation comme indicateur de la performance publique ». Revue politique et management public, sept 1999, vol. 17 pp. 107-124.

29 RULLIERE et TORRE, 1995

30 Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, nommé loi RIST

stratégies politiques vont s'orienter vers une absorption de la gestion des établissements de santé par le directeur de GHT, le GHT pourrait devenir le centre de gestion des établissements parties, facilitant la gestion territoriale pour les ARS.

Cependant cette solution ne serait qu'une étape dans le processus car pour une prise en charge tout au long de la vie sur un territoire, la prise en compte des autres spécialités, comme la psychiatrie, les établissements et services médico-sociaux etc. est primordial

### ***.Les activités hors sanitaires à intégrer à la planification des soins***

En outre, deux scénarios d'évolution des GHT avaient été évoqués dans un bilan de l'IGAS, l'un à court terme et l'autre à moyen terme. Le scénario à moyen terme repose sur la transformation des GHT en établissements publics de santé de territoire (EPST) en tant que personne morale unique.

La recommandation de transformer les GHT en établissements publics de santé de territoire (EPST) émerge d'un rapport intitulé "Repenser l'organisation territoriale des soins", résultant d'une demande de la ministre des solidarités et de la santé dans le cadre de la définition de la stratégie de transformation du système de santé "Ma Santé 2022". Selon ce rapport, le modèle de l'EPST pourrait, sous condition de remplacement plutôt que d'ajout aux EPS existants, répondre à certaines lacunes du modèle actuel, comme la convention constitutive et l'établissement support. Plusieurs critiques sont formulées, dont la redondance et la complexité des instances, les tensions entre établissements support et établissements parties concernant les compétences transférées au GHT, ainsi que la limite de la mutualisation financière compte tenu de l'autonomie budgétaire des établissements.

Certains GHT ont déjà atteint ou atteindront ce niveau d'intégration. Par exemple, le GHT 77 nord, initialement composé de 4 centres hospitaliers, n'en compte plus qu'un au 1er janvier 2020. Cela démontre que l'EPST est réalisable. On peut également citer le GHT Haute Saône, avec un groupe hospitalier composé de trois entités géographiques à Vesoul, Lure et Luxeuil, ainsi que 9 EHPAD dont 6 en direction commune. Au-delà du regroupement institutionnel, ces deux GHT montrent une

maturité opérationnelle se reflétant dans le fonctionnement de leur direction mode de gouvernance et leur politique médicale.

Toutefois, bien que les échanges avec les Groupements montrent une convergence vers le renforcement et la progression de la stratégie médicale de groupement, cela ne signifie pas nécessairement une affiliation unanime à un modèle intégratif. Les conférences de directeurs et de présidents de CME de centres hospitaliers soulignent l'impossibilité de généraliser ces fusions dans les GHT comprenant un grand nombre d'établissements, étant donné les risques potentiels : gigantisme, perte d'identité, inefficacités liées à l'échelle, manque de lisibilité pour la médecine de ville et le secteur médico-social, inadéquation à la gestion de la proximité. Par conséquent, la fusion progressive des établissements parties semble trop complexe et chronophage pour aboutir.

## .CONCLUSION

“La vie est l'adaptation continue de relations internes à des relations externes.” Herbert Spencer<sup>31</sup>  
Qu'est-ce que la morale ?

L'évolution constante du système de santé et de ses objectifs permet un ajustement des outils et des institutions proposant ainsi une amélioration de l'organisation de la planification à sa mise en place et à terme une amélioration de la proposition de l'offre de soins. Le GHT est un outil nouveau qui a permis et permet encore de palier les dysfonctionnements du système et mettre en place des stratégies répondant aux objectifs de la population et du système de santé.

La mise en place du GHT a permis de répondre à certains objectifs ce qui a permis d'en préciser d'autres. Ces ajouts, a posteriori, ne sont pas toujours compatibles avec le fonctionnement initial, c'est pourquoi un outil flexible permet de répondre à ce besoin d'ajustement.

Le GHT a donc encore un avenir avec l'absorption des établissements parties du GHT par le groupement, de même, la création d'une nouvelle catégorie d'établissements de santé, appelés établissements publics territoriaux (EPST), semble aussi être une alternative.

Toutefois, un sujet n'est pas traité : l'intégration des établissements privés qui jouent un rôle conséquent dans la prise en charge territoriale.

La restructuration en réseau du système hospitalier contribue à atténuer les grandes dichotomies telles que le secteur public/privé.

---

31 Citation de Herbert SPENCER dans son ouvrage « Qu'est-ce que la morale ? »



# **.BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE**

## **Ouvrages, thèses et mémoires**

### **Ouvrages généraux**

- CORNU G., *Vocabulaire juridique*, association Capitant H, 14e édition, Presses Universitaires de France, 2014, 1 106p.
- LE PETIT ROBERT, *Dictionnaire de la langue française*, Ed. Le Robert, 2023, 2 949p.
- LAROUSSE, *Dictionnaire de la langue française*, Ed. Larousse, 2023, 2 109p.

### **Thèses**

- OGANESYAN A., *Les réformes du système de santé en France et leurs impacts*, Thèse universitaire Nice Sophia Antipolis sous dir. GEORGESCU I, GARROT T. et PONOMARENKO E., 27 avril 2016, 111p.

### **Mémoire de recherche**

- VASSEUR C., *Le système de santé français au prisme de l'économie des conventions*, Mémoire de recherche Univ. de LILLE sous dir. DE LARQUIER G., sept. 2019, 108p.
- ANDRE E., *Initier et structurer une démarche de coopération pour un établissement public médico-social*, Mémoire de l'EHESP, déc 2010, 65p.
- BLANPAIN L., DEJENNE B., GABBAY M., LASCAR-GUILLAUME C., PERIER F., *Coopération au sein d'un GHT : Bilan après 5 ans de création*, Université de Technologie de Compiègne, 2022, 37p.
- CALVEZ C., *Le groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*, EHESP, 18 janvier 2022, 52p.

- DEVILLERS M., La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique ?, Mémoire de l'EHESP, 2005, 93p.
- PEIFFER P., Enjeux et perspectives dans la construction des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), Mémoire de l'EHESP, déc 2016, 91p.

## **Normes juridiques**

### **Lois, décrets, ordonnances, circulaires**

- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *J.O. n°253, p. 14176*.
- Ordonnances n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale et n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, *J.O.*, p. 1.
- Circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire, AUBRY M., 9p.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 5 mars 2002, p. 1.
- 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.
- Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième, mars 2003, 63p.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *J.O. n°185*, 11 août 2004, p. 1.

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *J.O. n° 0276*, 27 octobre 2004, p. 1.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *J.O. n°0167*, 22 juillet 2009, p. 1.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O. n°0022*, 27 janvier 2016, p. 1.
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, *J.O. n°0172*, 26 juillet 2019, p. 1.
- Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, *J.O. n°0298*, 24 décembre 2022, p. 1.
- Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, *J.O. n°0299*, 24 décembre 2021, p. 1.

### **Projets de loi de financement de la Sécurité sociale**

- X., *Rapport d'évaluation des politiques de Sécurité sociale Maladie*, PLFSS 2022, mars 2023, 200p.

### **Rapports**

- BROCAS A.6M., DANET S., *Organiser les soins de proximité : une priorité*, ADSP, juin 2019, 4p.
- CERCLIER G., LEFAIVRE Y., LUSTEAU P., MORALES B., MORANDI S., MOURONVAL Q., ORLIAC P., RINGOT T. SOTO J., *La mise en place des ARS : Une réforme au milieu du gué*, EHESP, 2013
- COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., *Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ?*, Questions d'économie de la santé, avr. 2012, 8p.

- CORMIER M., *La nouvelle régulation du dispositif social et médico-social : une transposition du dispositif hospitalier ?*, ADSP, juin 2003, 5p.
- De RUFFRAY S., HAMEZ G., *Enjeux territoriaux d'une coopération sanitaire dans la Grande Région*, cegum, Univ Paul Verlaine-Metz, 2010, 14p.
- DEVILLERS M., *La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique ?*, ENSP, 2005, 93 p.
- DESCOURS C., *Rapport sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire*, Sénat, 13 mai 1987, 134p.
- HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, Ministère des affaires sociales et de la santé, fév. 2016, 51p.
- JOURDAIN A., de TURENNE I., *Vieillesse démographique et planification hospitalière en France*, Espace Populations Sociétés, 2000, 460p.
- MILON A., *Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux groupements hospitaliers de territoire*, Sénat, 8 oct. 2020, 213p.
- RITTER P., *Rapport sur la création des Agences régionales de santé*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, rapport présenté par Mme BACHELOT-NARQUIN R., janv. 2008, 63p.
- RUFFRAY S., HAMEZ G., *L'accessibilité transfrontalière aux maternités, Enjeux territoriaux d'une coopération sanitaire dans la Grande Région*, CEGUN, Univ. Paul VERLAINE de METZ, oct. 2010, 14p.
- SAFON M.-O., *Les réformes hospitalières en France, Aspects historiques et réglementaires*, IRDES juin 2021, 68p.

- SOUBIE R., *Prospective du système de santé*, Commissariat général du plan Santé 2010, juin 1993, 151p.
- TROMBERT PAVIOT B., MARTIN C., VERCHERIN P., RODRIGUES J.-M., *Cohérence du découpage territorial de la planification régionale avec les bases de données PMSI : l'exemple du secteur sanitaire 6 de la région Rhône-Alpes*, Département de Santé Publique et de l'Information Médicale, Faculté de Médecine, Université de Saint Étienne, 2002, 5p.
- X., *Boîte à outils des coopérations*, FHF, 2017, 72p.
- X., *GHT, État d'avancement des PMP/PSP*, Direction générale de l'offre de soins, sept. 2017, 21p.
- X., *GHT Mode d'emploi, convention cadre*, Ministère des affaires sociales de la santé, 26 mai 2020, 8p.
- X., *GHT Mode d'emploi – Vade-mecum, les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement*, Ministère des affaires sociales de la santé, 23 mai 2016
- X., *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOMu SROS-PRS*, DGOS, 110p.
- X., *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS*, DGOS, 110p.
- X., *Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ?*, Questions d'économie de la santé, IRDES, avr. 2012, n°175, 8p.
- X., *Les groupements hospitaliers de territoire*, Cour des comptes, Commission des affaires sociales du Sénat, oct. 2020, 182p.
- X., *Rapport d'étape : résultats de l'audit des établissements « anticipateurs »*, MEAH-CNEH-AYMARA, 21 juin 2004, 29p.
- X., *Rapport d'observations définitives – le centre territorial hospitalier*, Chambres territoriales des comptes, 4 nov. 2022, 105p.

- VARROULD-VIAL M., *Les soins de proximité : une priorité*, ADSP, juin 2019, 4p.

## Revues

- ARNAUD A., PTAKHINE E., XERRI J.-G., EYCHENIE H., JOHANET S., « Elaborer un projet médical partagé du GHT, Fiches repères », *ANAP*, oct. 2016, 54p.
- ATHARI E., PAPON S., ROBERT-BOBEE I., « Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers », *INSEE 2019*, Portail social, 19 nov. 2019 292p.
- BENZIDIA S., GARIDI S., HUSSON J., « Le leadership transformationnel et les technologies de l'information comme facteurs clés dans le partage des connaissances : étude de cas d'une organisation sanitaire et médico-sociale multisites », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, éd. ESKA, 2020/5 (n°5-6), p. 336-357.
- BERTRAND D., MICHOT F. et RICHARD F., « La construction juridique des Groupements hospitaliers de territoire(GHT) », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 202, déc. 2018, p, 1981-1992.
- BRECHAT P.-H., CASTIEL D., CARMONA D., BRUNNER C., SEGOUIN C., KHALFAOUI S., DELAHAY C., BARBIER V., MULLER F., GRALL J.-Y., TRUC J.-B., RYMER R. BERTRAND D., « Équité et planification : analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération « périnatalité » », *Santé publique*, éd. SFSP, 2008/1 (Vol.20), p. 81-94.
- BRECHAT P.-H., JOURDAIN A., SCHAEZEL F., MONNET E., « Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire », *Santé publique*, éd. SFSP, 2005/1 (Vol.17), p. 57-73.
- CLEMENT J.-M., « Hôpital 2007 : Les répercussions dans le champ du droit hospitalier », *Les études hospitalières*, éd. LEH Editions, 05 nov. 2004, 132p.

- DACHEUX E., GOUJON D., « Le monde d'après, ni fuite en avant néolibérale, ni retour au keynésianisme, mais une troisième voie solidaire et démocratique : le délibéralisme », *Droit, santé et société*, éd. ESKA, 2020/2 (n° 2), p. 49-54.
- DEDET G., KRAEPIEL L., RAPP T., « Résilience des systèmes de santé européens à la crise de la Covid-19 », *Les tribunes de la santé*, éd. Global Média Santé, 2021/2 (n°68), p. 73-83.
- DEMAZIERE C., « Réformes de la planification spatiale et gestion « durable » des grandes agglomérations, Les cas de l'Angleterre et de la France », *Revue d'économie régionale et urbaine*, éd. Armand COLIN, 2019/1 (fév.), pp. 81-100.
- GAY R., La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010), *Revue Française d'administration publique*, éd. Institut national du service public, 2020/2 (n°174), pp. 329-349.
- HOLCMAN R., « La gouvernance interne de l'hôpital », *Management hospitalier*, éd. Dunod, 2015, pp. 175-214.
- LAFITTE P., SCARLATESCU M., BAILLET C., de la TRIBONNIERE X., « Pertinence de la création d'une unité transversale d'éducation du patient au sein d'un GHT », *Educ Ther Patient*, juin 2020 (Vol. 12/1), 6p.
- LAFFONT J.-Y., « De l'agence régionale d'hospitalisation à l'agence régionale de santé », *Gérontologie et société*, éd. Caisse nationale d'assurance vieillesse, 2010/1 (Vol.33/n°132), pp. 223-228.
- VINCENT G., « Les réformes hospitalières », *Revue Française d'administration publique*, éd. Institut national du service public, 2005/1 (n°113), pp. 49-63.
- LERNOUT T., LEBRUN L., BRECHAT P.-H., « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives », *Santé publique*, éd. SFSP, 2007/6 (Vol. 19), p. 499-512.

- MELOT R., « De la gestion des espaces au projet de territoire : les enjeux politiques d'un changement de paradigme juridique », *L'Année sociologique*, Presses Universitaires de France, 2009/1 (Vol. 59), pp. 177-199.
- ROCHE R., « Du pilotage de la performance médico-économique au pilotage de la performance servicielle des GHT », éd. Gestion et management public, 2021, p. 79-107.
- X., « La communauté hospitalière de territoire (CHT) », éd. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2021, 3p.
- X., « La loi HPST à l'hôpital – les clés pour comprendre », ANAP, 2018, 12p.
- X., « Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS », éd. DGOS,
- X., « Fiche 05, quel est le rôle des instances du GHT en matière de coordination de la formation ? », nov. 2017, 2p.

## Webographie

- ALBERT M., « Qu'est-ce que le projet de soins partagé ? », [http://emservice.fr/ems/wp-content/uploads/2018/06/Breve\\_Projet\\_de\\_soins\\_partage.pdf](http://emservice.fr/ems/wp-content/uploads/2018/06/Breve_Projet_de_soins_partage.pdf), EM Services, 2018, consulté le 12 août 2023.
- CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <https://www.cnrtl.fr>, Site créé par le Centre national de la recherche scientifique, consulté le 2 août 2023.
- Cleiss, « Les conventions transfrontalières de coopération sanitaire ou médico-sociale », <https://www.cleiss.fr/docs/cooperation/index.html>, Cleiss,
- Collectivités locales, « Historique de la décentralisation », <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/institutions/historique-de-la-decentralisation>, Site du gouvernement, consulté le 23 juil. 2023.

- GHT Charente Maritime Sud, « Les instances du GHT », <https://www.ch-saintonge.fr/groupement-hospitalier-de-territoire-de-saintonge/instances-du-ght>, consulté le 5 juil. 2023.
- HOUDART X., « Les CHT sont mortes vive les GHT », <https://www.houdart.org/les-cht-sont-mortes-vive-les-ght-ou-de-la-creation-dune-nouvelle-espece-juridique-le-groupement-hospitalier-de-territoire-partie-1/>, consulté le 12 juil. 2023.
- CHIVA Ariège, « Les instances du GHT », [https://www.chiva-ariege.fr/images/Pr%C3%A9sentation\\_des\\_instances\\_du\\_GHT.pdf](https://www.chiva-ariege.fr/images/Pr%C3%A9sentation_des_instances_du_GHT.pdf), consulté le 5 août 2023.
- de COSTA C., « Et si nous essayions la coopération comme stratégie de bienveillance ? (ou l'inverse) », <https://www.ecoute-et-conseil.fr/2020/08/20/et-si-nous-essayions-la-cooperation-comme-strategie-de-bienveillance-ou-linverse/>, publié le 20 août 2020, consulté le 8 juil. 2023.
- IRDES, « La planification hospitalière », <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/158.html>, modifié le 5 janv. 2015, consulté le 11 août 2023.
- REDHONM., « Plan 'Hôpital 2007' », <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Plan-Hopital-2007>, modifié le 30 mars 2006, consulté le 14 août 2023.
- Relyens, « Les outils du management des risques au service du GHT », <https://www.relyens.eu/fr/newsroom/blog/les-outils-du-management-des-risques-au-service-du-ght>, publié le 28 mai 2021, modifié le 6 juin 2023, consulté le 5 juil. 2023.
- Hôpital Intercommunal, « Les instances et commissions », <https://chiv.fr/lhopital/presentation-generale/les-instances/>, consulté le 5 juil. 2023.
- Vie publique, « Gouvernance hospitalière : comment un hôpital est-il dirigé ? », <https://www.vie-publique.fr/fiches/37901-gouvernance-hospitaliere-comment-un-hopital-est-il-dirige>, dernière modification : 24 oct. 2022, consulté le 12 août 2023.

- Sénat, « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance », <https://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.html>, Rapport d'information n° 400 (2013-2014), déposé le 26 fév. 2014, consulté le 3 août 2023.
- Sénat, « Transformation des syndicats interhospitaliers en application de la loi HPST », <https://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ12080077S.html>, publiée le 02 août 2012, consulté le 10 août 2023.
- Vie Publique, « Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé », <https://www.vie-publique.fr/loi/20733-loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-tiers-payant-medecin-t>, dernière modification 28 janv. 2016, consulté le 15 août 2023.
- Vie Publique, « Gouvernance hospitalière : comment un hôpital est-il dirigé ? », <https://www.vie-publique.fr/fiches/37901-gouvernance-hospitaliere-comment-un-hopital-est-il-dirige>, dernière modification 24 oct. 2022, consulté le 15 août 2023.

## .ANNEXES

Annexe 1 : Récapitulatif des éléments de comparaison des trois SROS	p73
Annexe 2 : Distribution des effectifs de GHT en fonction du nombre de centres hospitaliers membres du GHT	p74
Annexe 3 : Distribution des effectifs de GHT en fonction des données capacitaires	p75
Annexe 4 : Analyse croisée des données capacitaires et de l'activité hospitalière	p76
Annexe 5 : Carte des groupements hospitaliers de territoire	p77
Annexe 6 : Comparaison de l'évolution de la densité médicale en spécialistes au regard de l'évolution de l'âge moyen des habitants par ancienne région (période : 2020-2040)	p78
Annexe 7 : Décompte des filières de soins des PMP au regard de spécialités médicales	p79
Annexe 8 : Modèle de gouvernance de la fonction achat	p80
Annexe 9 : Taux d'évolution des dépenses de titre 3 (fonctionnement) corrigé des évolutions d'activités et de prix	p81
Annexe 10 : Répartition des 29 modèles de collaboration recensées dans les PMP	p82
Annexe 11 : Modèle de trame de la convention de Groupement hospitalier de territoire	p83

## Annexe 1 :

### Titre du document : Récapitulatif des éléments de comparaison des trois SROS

Titre : Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives

Auteurs : Tiffany Lernout, Louis Lebrun, Pierre-Henri Bréchat

Source : Dans Santé Publique 2007/6 (Vol. 19), pages 499 à 512

Tableau II – Récapitulatif des éléments de comparaison des trois SROS

	SROS I	SROS II	SROS III
<b>Qualificatifs cités</b>	Concept, planification, innovant, fondateur	Participatif, objectifs, structurant, réseaux	Stratégique, territorialisation, économique
<b>Textes de référence</b>	Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991	Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 ; Circulaire DH/EO/98/n° 192 du 26 mars 1998 ; art. 44 et 45 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999	Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 ; Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004
<b>Style d'action publique</b>	Normative	Concertation avec contrat d'objectif et de moyens (COM) sur des objectifs de structures	Concertation avec COM sur des objectifs d'activités (T2A)
<b>Contexte d'élaboration</b>	Contraintes médico-économiques	Maîtrise médicalisée des dépenses de santé ; adaptation aux besoins de la population	Maîtrise des dépenses ; simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
<b>Objectifs explicites</b>	Répartir géographiquement les installations et activités de soins ; prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé	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	Prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale ; inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés ; assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques ; veiller à ce que cette organisation de soins réponde aux objectifs de santé publique et plans stratégiques
<b>Champ</b>	Soins	Soins ; expérimentation soins-prévention (Franche-Comté [9])	Soins préventifs, curatifs, palliatifs ; santé physique et mentale ; social ; médico-social ; soins de proximité
<b>Méthode d'élaboration</b>	Pas de méthodologie préconisée à l'échelon national	La circulaire du 26 mars 1998 et ses annexes donnent des indications de méthode et de contenu. Approche centrée sur le patient et ses besoins en soins. Tenir compte des bassins de santé <sup>(1)</sup>	Tenir compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ; la circulaire du 5 mars 2004 détermine les grandes lignes indispensables à l'élaboration des SROS III
<b>Lieux de mise en œuvre</b>	DRASS	ARH	ARH
<b>Acteurs tels qu'ils apparaissent dans les textes réglementaires</b>	Autorité administrative ; organismes d'assurance-maladie ; établissements de santé ; CROSS (Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale)	Pouvoirs publics ; acteurs et professionnels du système de santé ; société civile et grand public	Élus ; établissements ; professionnels ; usagers ; sociétés savantes
<b>ARTICULATION</b>	<b>Échelon national</b>	[PNS]	CNS/HCSP (Haut Comité de la Santé publique) ; PNS ; carte sanitaire
	<b>Échelon régional</b>	[PRS]	CRS ; PRS ; filières, réseaux
	<b>Territoire</b>	Secteurs	Conférences sanitaires de secteur (consultatives)
	<b>Établissement</b>		Projet d'établissement (PE) ; Fédérations/ Départements non obligatoires
	<b>Objectifs par établissement</b>	[COM]	COM/lits ; pas de lien obligatoire avec PRS et médico-social
<b>Financement étbs publics</b>	DGF	DGF	DGF → T2A dont MIGAC
<b>Financement étbs privés</b>	OQN	OQN	T2A dont MIGAC

(1) Les bassins de santé se fondent sur l'analyse des flux ville-hôpital et reposent sur l'homogénéité des pratiques de la population vis-à-vis du recours aux pôles hospitaliers. (Source : Territoires et accès aux soins – Rapport du groupe de travail – Annexe 2 – Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, janvier 2003).

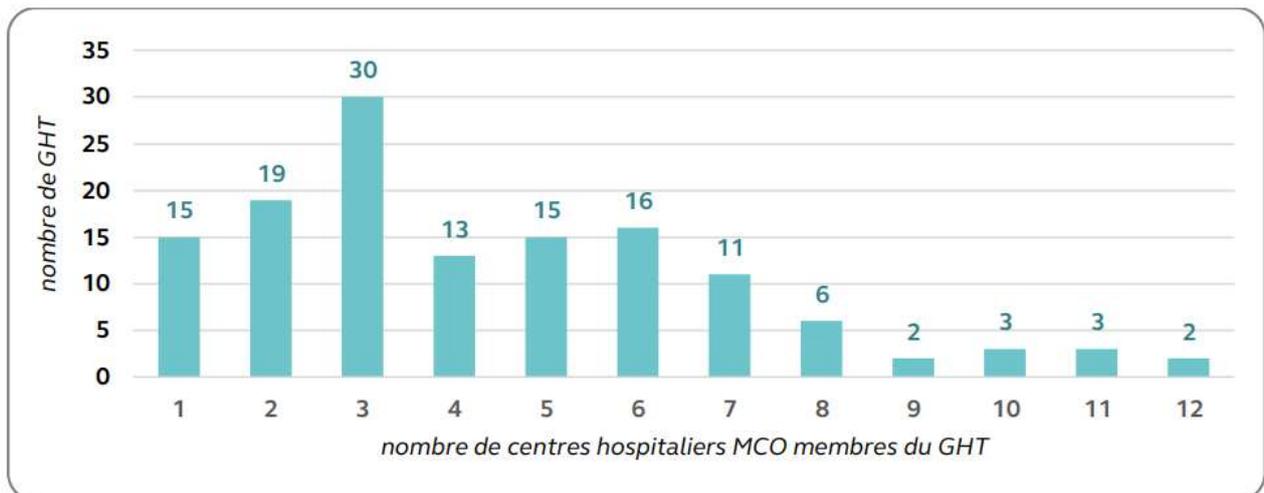
étbs établissements  
 [] en expérimentation  
 CNS Conférence nationale de santé  
 CRS Conférence régionale de santé  
 COM Contrat d'objectifs et de moyens  
 CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
 CROSS Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale  
 DARH Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation  
 DGF Dotation globale de financement  
 EPRD État prévisionnel des recettes et des dépenses  
 HCSP Haut comité de la santé publique créé le 3 décembre 1991  
 HCSP Haut conseil de la santé publique depuis le 22 décembre 2006

GCS Groupement de coopération sanitaire  
 GRSP Groupement régional de santé publique  
 LRPSP Loi relative à la politique de santé publique  
 MIGAC Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation  
 OQN Objectif national quantifié  
 PE Projet d'établissement  
 PNS Programme national de santé  
 PRAPS Programme régional pour l'accès et la prévention aux soins  
 PRS Programme régional de santé  
 PRSP Plan régional de santé publique  
 SIOS Schéma interrégional d'organisation sanitaire  
 T2A Tarification à l'activité

**Annexe 2 :**

**Titre du document : Distribution des effectifs de GHT en fonction du nombre de centres hospitaliers membres du GHT**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 37

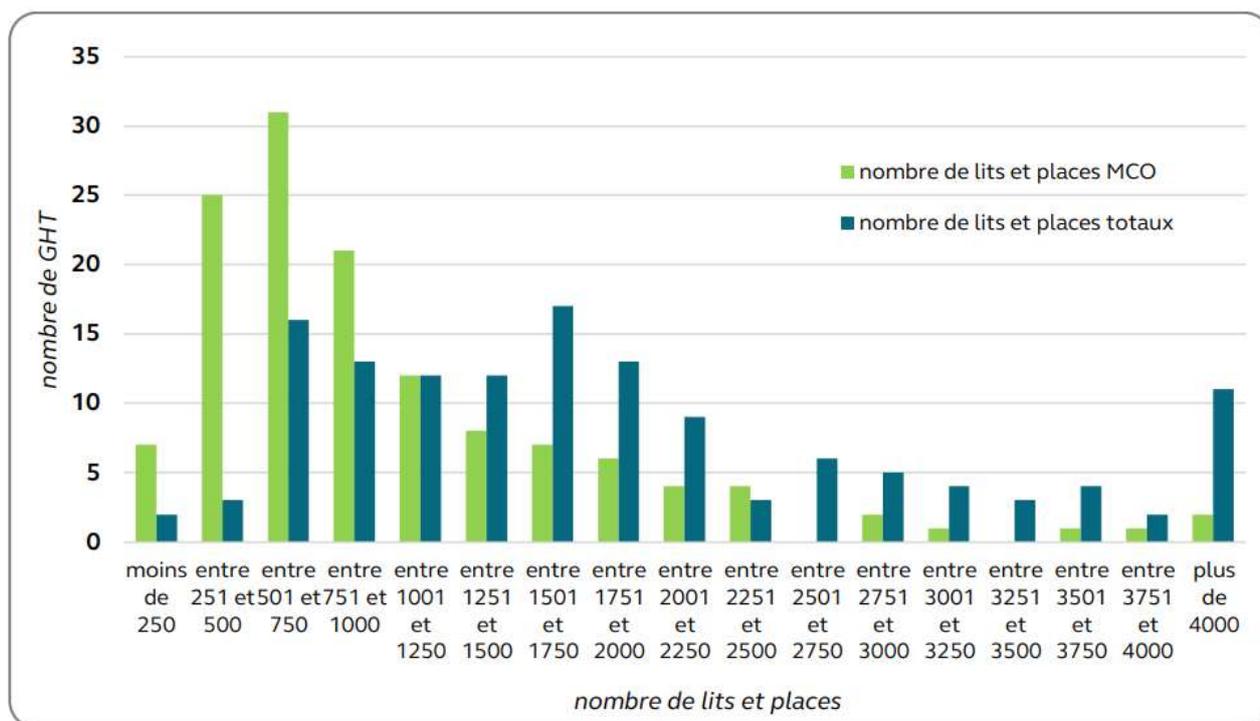


*Source : Cour des comptes d'après les données Diamant 2018*

**Annexe 3 :**

**Titre du document : Distribution des effectifs de GHT en fonction des données capacitaires**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 44

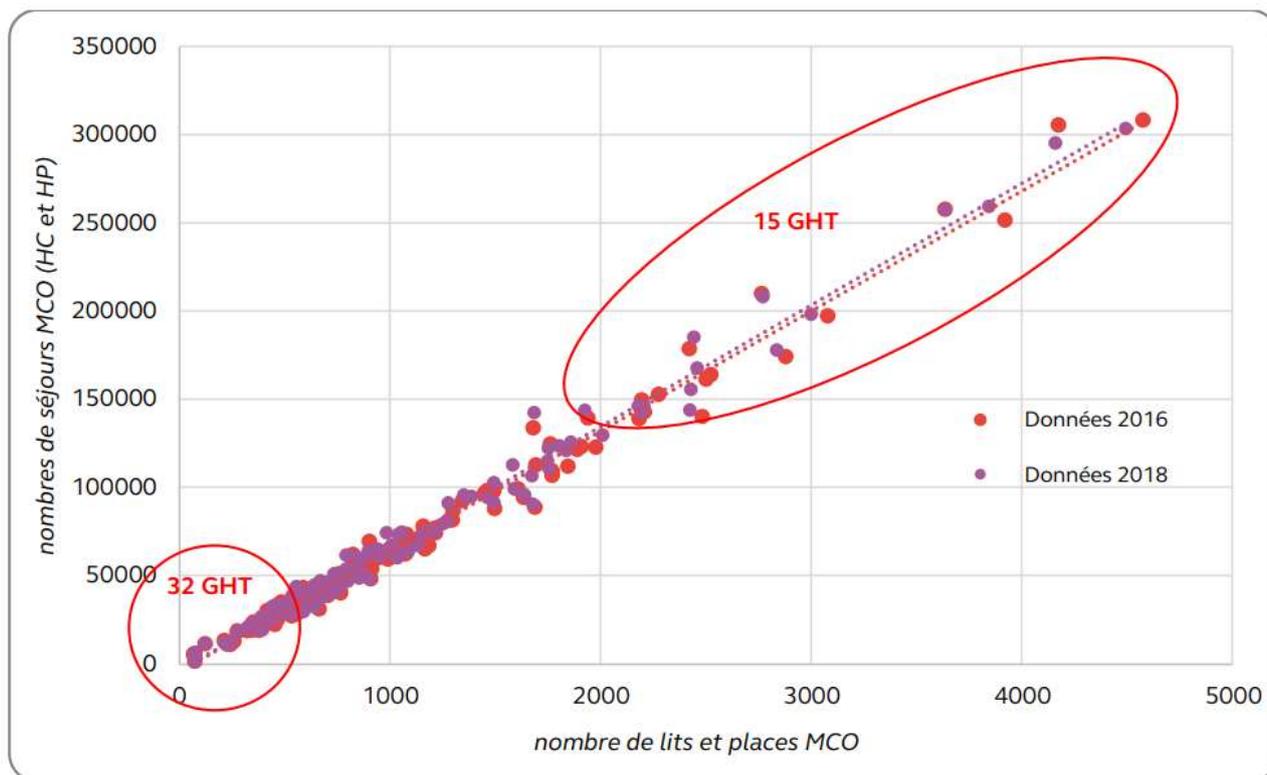


Source : Cour des comptes d'après les données de la SAE-Drees-2018 (bordereau GHT)

**Annexe 4 :**

**Titre du document : Analyse croisée des données capacitaires et de l'activité hospitalière des GHT (2016-2018)**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 45

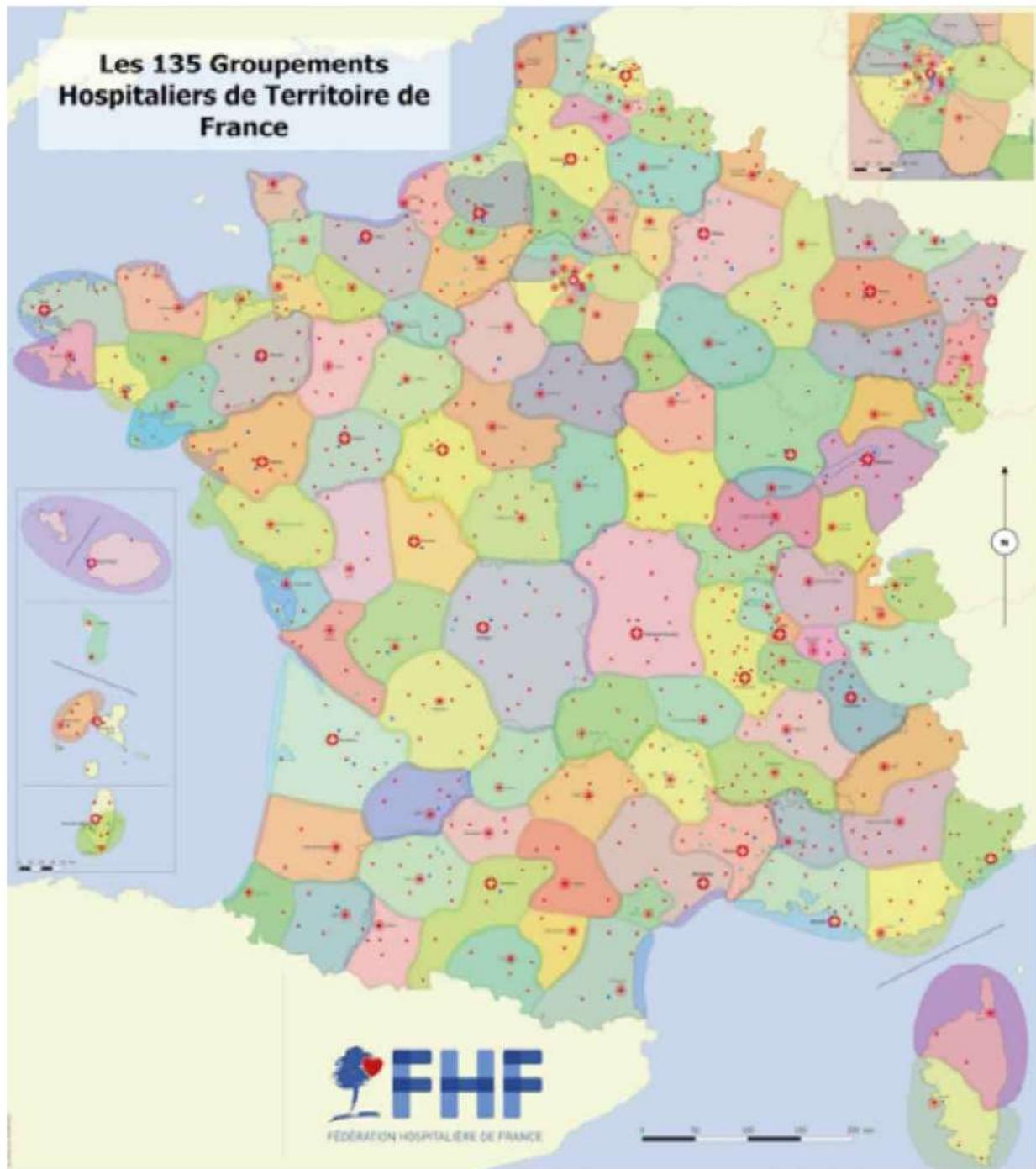


Source : Cour des comptes d'après les données de la SAE-Drees (Bordereau GHT) et PMSI-Atih (séjours MCO)

**Annexe 5 :**

**Titre du document : Carte des groupements hospitaliers de territoire**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 46



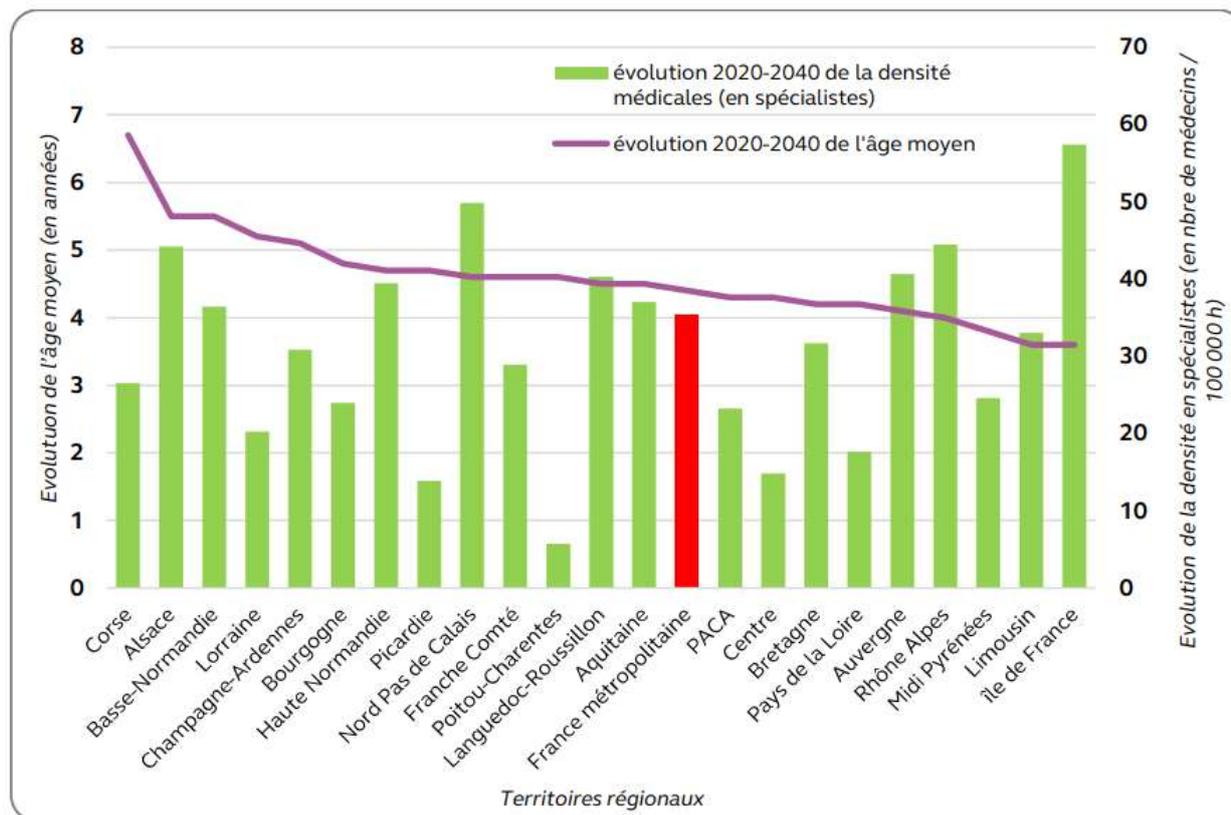
- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Périimètre des GHT                | Centre hospitalier    |
| Périimètre des GHT psychiatriques | Établissement support |
| CHU                               | CHS                   |
| Établissement support             | ESMS partie du GHT    |

Source : Fédération hospitalière de France, « Atlas des groupements hospitaliers de territoire » 2017 (carte établie en février 2017)

**Annexe 6 :**

**Titre du document : Comparaison de l'évolution de la densité médicale en spécialistes au regard de l'évolution de l'âge moyen des habitants par ancienne région (période : 2020-2040)**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 53



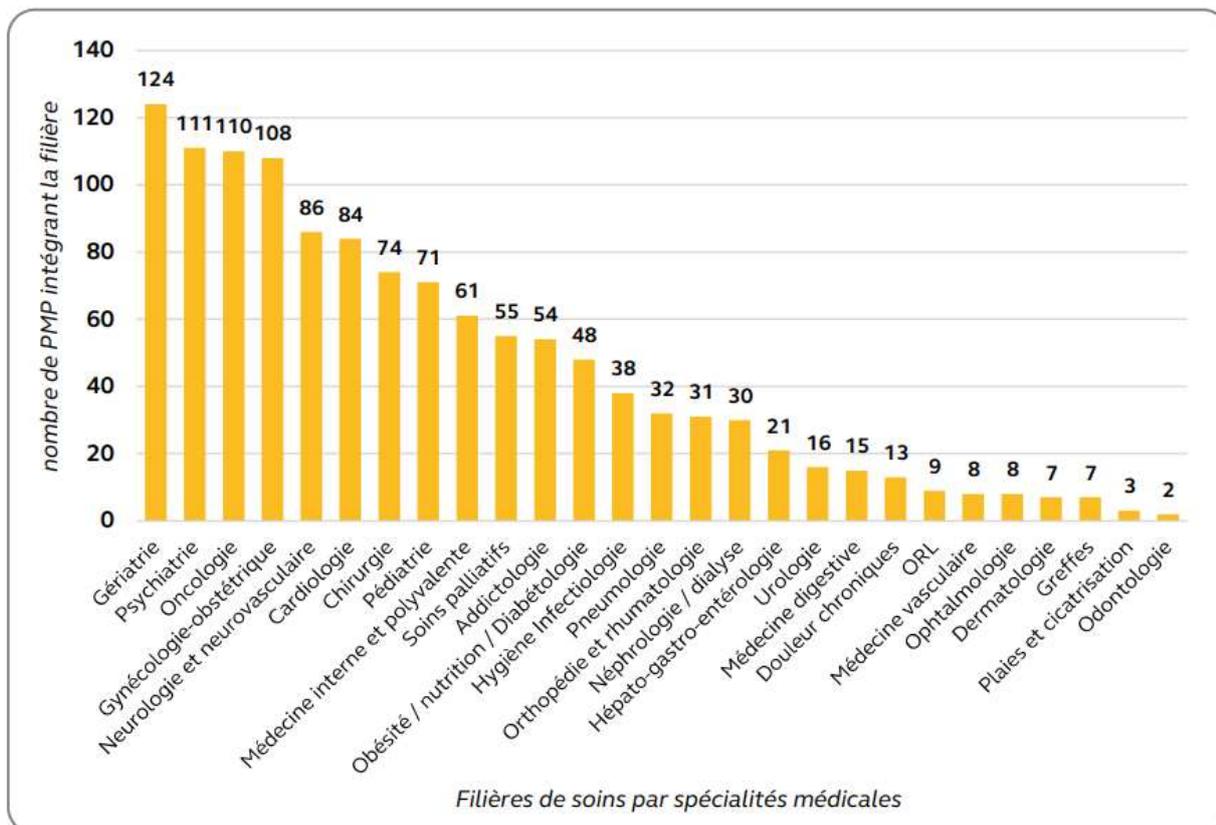
Source : Cour des comptes d'après les données Drees et Insee

Exemple : Pour la région Corse, entre 2020 et 2040, la progression de la densité en médecins spécialistes sera de +26,5 médecins / 100 000 habitants. Dans le même temps l'âge moyen des habitants aura progressé de +6,7 ans.

**Annexe 7 :**

**Titre du document : Décompte des filières de soins des PMP au regard de spécialités médicales**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 59

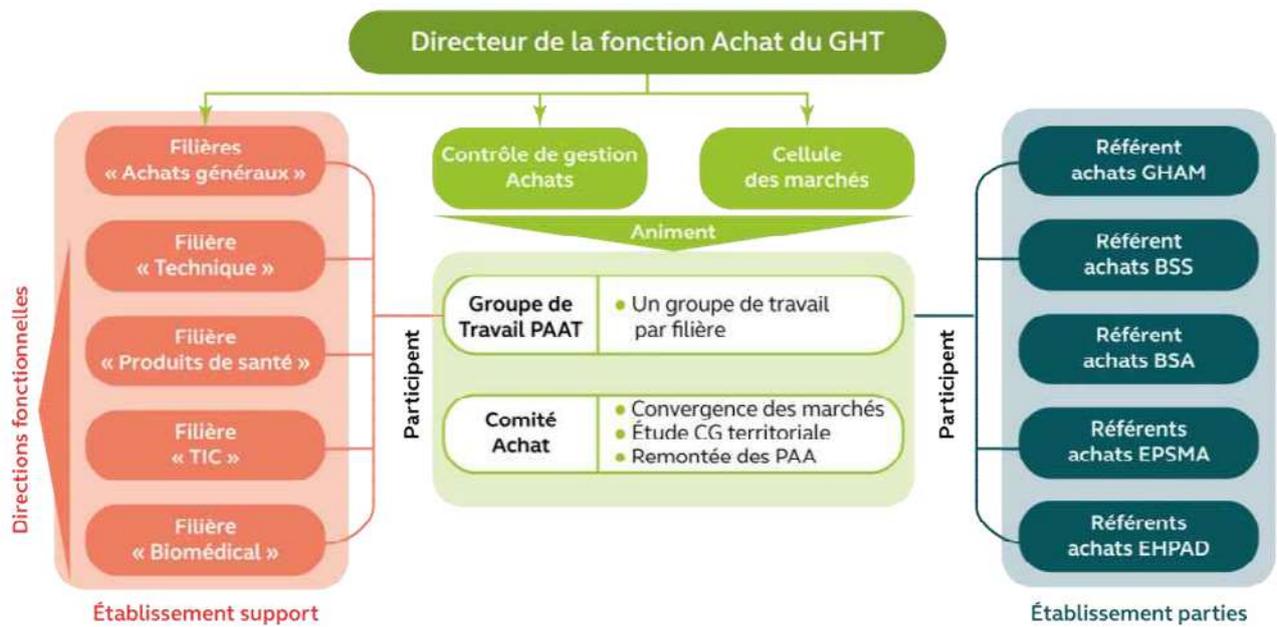


Source : Cour des comptes sur la base de l'analyse des 129 PMP métropolitains disponibles

**Annexe 8 :**

**Titre du document : Modèle de gouvernance de la fonction achat**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 106

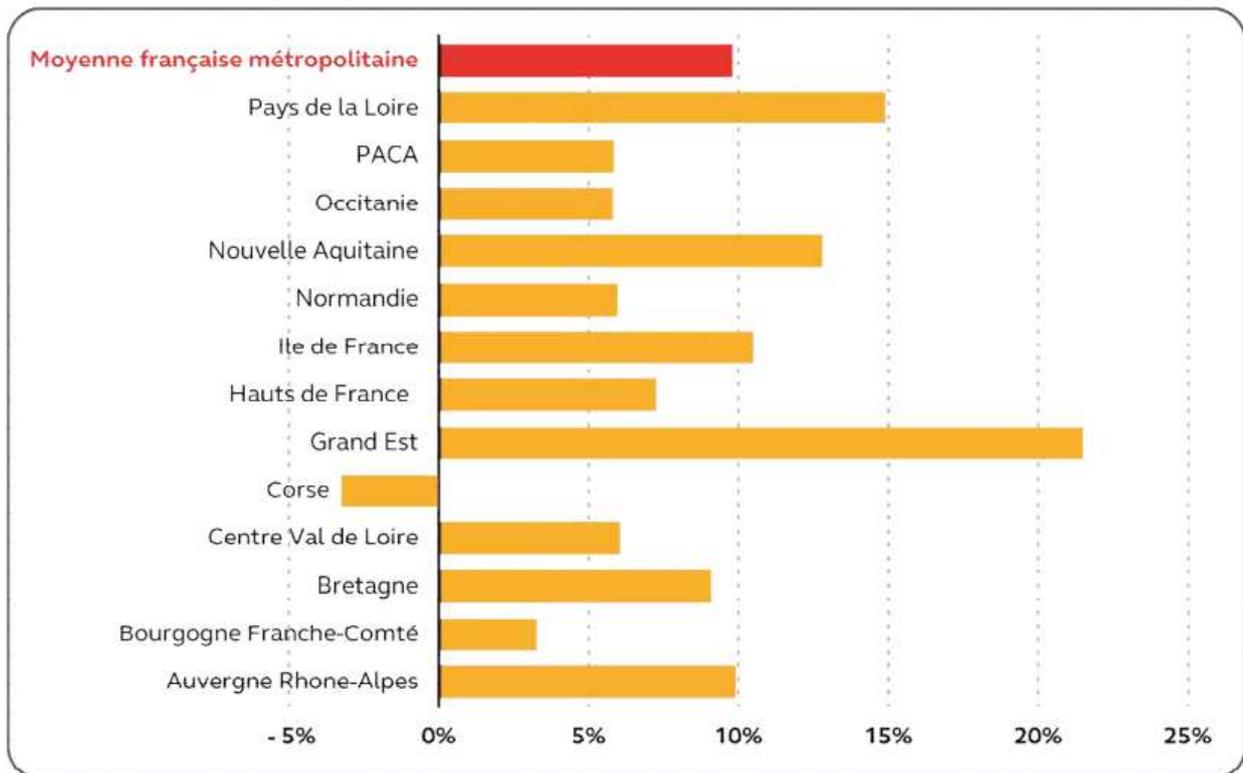


Source : GHT Aube et Sézanne

**Annexe 9 :**

**Titre du document : Taux d'évolution des dépenses de titre 3 (fonctionnement) corrigé des évolutions d'activités et de prix**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 109



Source : Cour des comptes

**Annexe 10 :****Titre du document : Répartition des 29 modèles de collaboration recensés dans les PMP**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 150

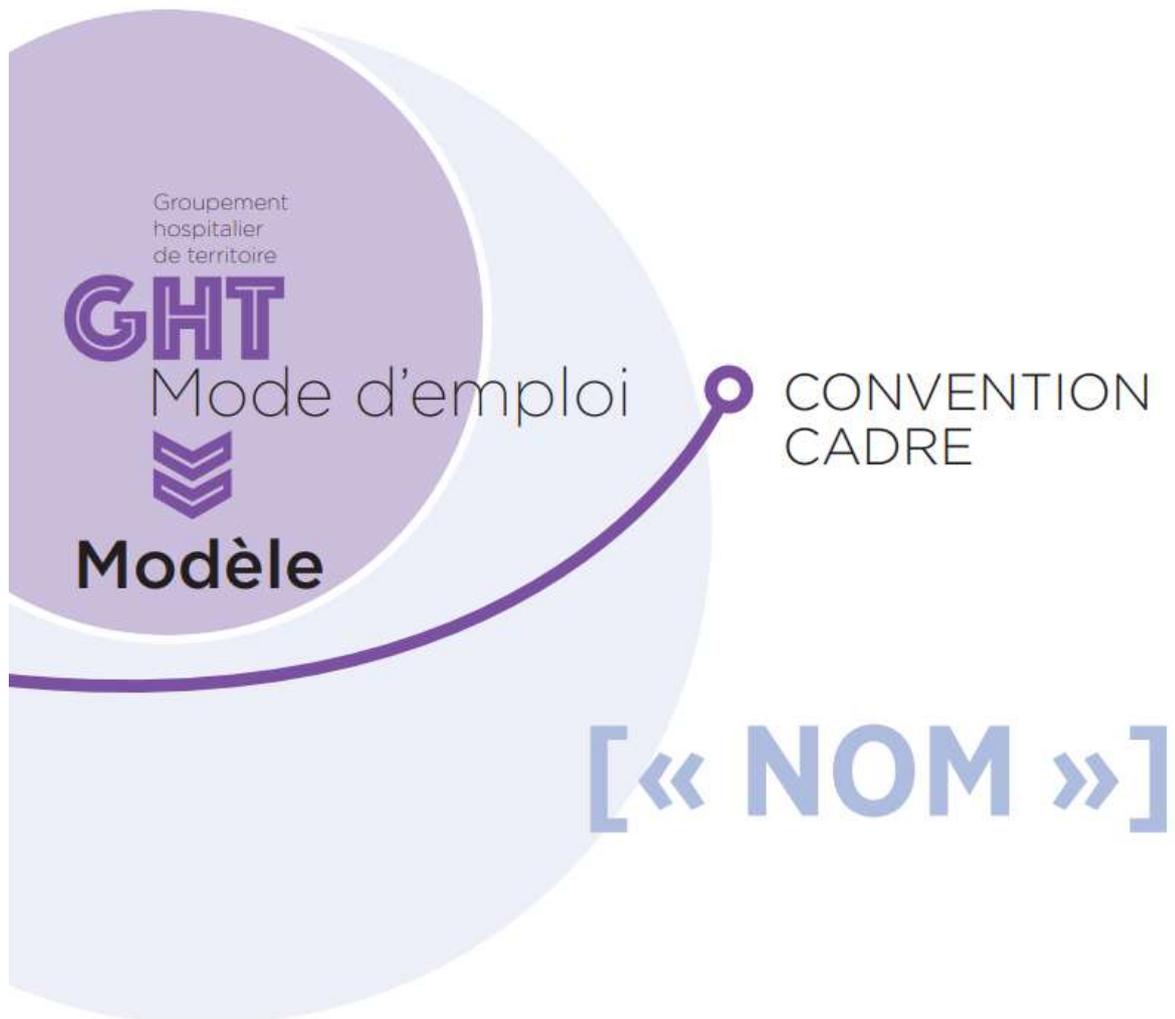
<b>Nature des collaborations</b>	<b>Sous-groupes</b>	<b>Nombre de modèles de collaboration</b>
<b>Fédérative</b>	Groupe A: collaborations documentaires (partage de procédure) et/ou échanges de pratiques et/ou partage de projets	3
	Groupe B: Entraide médicale sans modification de l'offre de soins	4
	Groupe C: Entraide médicale avec création d'une nouvelle offre de soins	5
<b>Intégrative</b>	Groupe D: intégration débutante des équipes médicales	2
	Groupe E: intégration marquée des équipes médicales	11
<b>Hors GHT</b>	Groupe F: collaborations médicales prévues en dehors du GHT	4

*Source : Cour des comptes*

**Annexe 11 :**

**Titre du document : Modèle de trame de la convention de Groupement hospitalier de territoire**

Source : Dans Cours des comptes, 2020, page 150



# Sommaire

Rappel des références juridiques - visas	3
<b>Partie I</b> Projet médical partagé et projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire	4
<b>Titre 1</b> Orientations stratégiques du projet médical partagé	4
<b>Partie II</b> Fonctionnement du groupement hospitalier de territoire	5
<b>Titre 1</b> Constitution du groupement hospitalier de territoire	5
COMPOSITION	5
DÉNOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	5
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	5
DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT	6
DROITS ET OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS PARTIES	6
<b>Titre 2</b> Associations et partenariats des établissements ou services au groupement hospitalier de territoire	6
[VARIANTE 1] SI CHU PARTIE À LA CONVENTION	7
[VARIANTE 2] SI PAS DE CHU DANS LE GHT	7
<b>Titre 3</b> Gouvernance	7
LE COMITÉ STRATÉGIQUE	7
OPTION SI LE CHOIX EST FAIT DE METTRE EN PLACE UN BUREAU RESTREINT	7
INSTANCE MÉDICALE COMMUNE	8
[VARIANTE 1] COMMISSION MÉDICALE DE GROUPEMENT	8
[VARIANTE 2] COLLÈGE MÉDICAL DE GROUPEMENT	8
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS	9
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT	9
COMITÉ TERRITORIAL DES ÉLUS LOCAUX	9
CONFÉRENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	10
<b>Titre 4</b> Fonctionnement	10
<b>Titre 5</b> Procédure de conciliation	11
<b>Titre 6</b> Communication des informations	11
<b>Titre 7</b> Durée et reconduction	11



## Rappel des références juridiques - visas

Vu les articles L. 6132-1 à L. 6132-6 du code de la santé publique instituant les groupements hospitaliers de territoire,

Vu le décret [XXX À XXX] relatif à [XX] du [DATE],

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le [S] schéma[S] régional[UX] d'organisation des soins de [RÉGION]

Vu la délibération n° [XX] du [XX] du conseil de surveillance du [NOM DE L'INSTITUTION PARTIE] relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu la délibération du conseil d'administration de [NOM DE L'INSTITUTION PARTIE]

Vu l'avis n° [XX] du [XX] du conseil de surveillance du [NOM DE L'INSTITUTION PARTIE],

Vu l'avis n° [XX] du [XX] de la commission médicale d'établissement de [NOM DE L'INSTITUTION PARTIE],

Vu l'avis n° [XX] du [XX] de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de [nom de l'institution partie],

Vu l'avis n° [XX] du [XX] du comité technique d'établissement de [NOM DE L'INSTITUTION PARTIE],

Vu les avis des commissions médicales d'établissement relatifs à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu la concertation avec le directory de [NOM DE L'INSTITUTION PARTIE], en date du [XXXX].

**Article 1**

Il est convenu la création d'un groupement hospitalier de territoire.

## Partie I PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET PROJET DE SOINS PARTAGÉ DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### Titre 1 Orientations stratégiques du projet médical partagé

**Article 2**

Les établissements parties à la présente convention établissent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

Pour ce faire, le projet médical partagé du groupement devra répondre aux objectifs suivants :

- o orientation n°1,
- o orientation n°2,
- o orientation n°3,
- o [LISTE NON LIMITATIVE].

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

## Partie II FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### Titre 1 Constitution du groupement hospitalier de territoire

## COMPOSITION

**Article 3**

Les établissements et services suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

- o [NOM DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ N°1], dont le siège est [ADRESSE],
- o [NOM DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ N°2], dont le siège est [ADRESSE],
- o [NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE MÉDICO-SOCIAL PUBLIC N° 1 ]  
dont le siège est [ADRESSE],
- o [NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE MÉDICO-SOCIAL PUBLIC N° 2],  
dont le siège est [ADRESSE].

Un autre établissement public de santé ou un autre établissement ou service médico-social public peut adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention, et qu'il n'est partie à aucun groupement hospitalier de territoire.

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

## DÉNOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

**Article 4**

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE [NOM] »

## OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

**Article 5**

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé, prévu au II de la présente convention, élaboré par les établissements.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

[À COMPLÉTER AVEC DES OBJECTIFS PERSONNALISÉS]



## CONVENTION CONSTITUTIVE

### DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT

#### Article 6

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est **[NOM DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ]**, dont le siège est **[ADRESSE]**.

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la présente convention,

**[OU]**

Cet établissement support a été désigné par le directeur de l'agence régionale de santé de ..., après avis du comité territorial des élus locaux prévu par l'article L. 6132-5 du code de la santé publique.

### DROITS ET OBLIGATIONS DES ÉTABLISSEMENTS PARTIES

#### Article 7

Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire, peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de **[X]** mois.

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent, par délibération, aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. À ce titre, la stratégie du groupement en matière santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques. Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit à la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

## Titre 2 Associations et partenariats des établissements ou services au groupement hospitalier de territoire

#### Article 8

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariats et d'associations avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec :

- les hôpitaux des armées,
- les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile,
- les établissements privés.

#### Article 9

##### **[VARIANTE 1] SI CHU PARTIE À LA CONVENTION**

Le centre hospitalier et universitaire **[XXXX]** partie à la présente convention assure, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3, sans qu'il soit nécessaire de conclure une convention d'association spécifique :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux,
- les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1,
- les missions de gestion de la démographie médicale,
- les missions de référence et de recours.

##### **[VARIANTE 2] SI PAS DE CHU DANS LE GHT**

Le groupement hospitalier de territoire est associé à un centre hospitalier et universitaire qui, pour le compte des établissements parties au groupement, assure les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3. Cette association fait l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et universitaire et l'établissement support du groupement.

### Titre 3 Gouvernance

#### LE COMITÉ STRATÉGIQUE

##### Article 10

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

[AUTRES COMPÉTENCES À DÉFINIR LE CAS ÉCHÉANT]

##### Composition

Le comité stratégique comprend :

- les directeurs des établissements visés à l'article 1 de la présente convention,
- les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 1 de la présente convention,
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques visés à l'article 1 de la présente convention,
- le président de la commission médicale de groupement ou du collège médical [RAYER LA MENTION INUTILE],
- le médecin responsable du département d'information médicale de territoire,
- le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale, [UNIQUEMENT SI CHU EST PARTIE]
- [AUTRE À DÉFINIR LE CAS ÉCHÉANT].

##### Fonctionnement

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.

Il se réunit au moins une fois par [PÉRIODE], sur convocation de son président.

Le comité stratégique adopte son règlement intérieur.

##### [OPTION] SI LE CHOIX EST FAIT DE METTRE EN PLACE UN BUREAU RESTREINT

Le comité stratégique met en place un bureau restreint dont les compétences sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique.

Le bureau est composé de :

- [XXXX]
- [XXXX]
- [XXXX]

Le bureau se réunit au moins une fois tous les [X], sur convocation de son président.

#### INSTANCE MÉDICALE COMMUNE

##### Article 11

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties ont choisi de mettre en place [un collège médical] [une commission médicale de groupement] [RAYER LA MENTION INUTILE].

##### [VARIANTE 1] COMMISSION MÉDICALE DE GROUPEMENT

##### Composition

Les présidents des commissions médicales d'établissement sont membres de droit de la commission médicale de groupement au titre de leurs fonctions.

La commission comprend [X] membres, dont :

- PRÉCISER LE NOMBRE PAR ÉTABLISSEMENT
- ET/OU PRÉCISER LE NOMBRE PAR STATUT

##### Fonctionnement

La commission médicale de groupement se réunit [X] fois par an.

Elle peut se réunir à la demande de son président ou à celle des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

La commission médicale de groupement adopte son règlement intérieur.

## CONVENTION CONSTITUTIVE

### Compétences

La commission médicale anime la réflexion médicale de territoire de groupement. À ce titre, elle participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Elle donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Elle est tenue informée, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son président.

Les compétences déléguées à la commission médicale de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions médicales d'établissement.

### [VARIANTE 2] COLLÈGE MÉDICAL DE GROUPEMENT

#### Composition

Le collège médical comprend [X] membres, dont :

- PRÉCISER LE NOMBRE PAR ÉTABLISSEMENT
- ET/OU PRÉCISER LE NOMBRE PAR STATUT

Ses membres sont désignés par [PRÉCISER LE MODE DE DÉSIGNATION : ÉLECTION DIRECTE, DÉSIGNATION PAR LES COLLÈGES].

La durée de leur mandat est de [X] ans.

#### Fonctionnement

Le collège médical de groupement se réunit [X] fois par an.

Le collège médical de groupement adopte son règlement intérieur.

#### Compétences

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire de groupement. À ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son président.

### INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

#### Article 12

L'instance des usagers du groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, par avenant à la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

### COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

#### Article 13

#### Composition

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leurs fonctions.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement comprend [X] membres, dont :

- (PRÉCISER LE NOMBRE PAR ÉTABLISSEMENT)
- (ET/OU PRÉCISER LE NOMBRE PAR PROFESSION)

#### Fonctionnement

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit [X] fois par an.

Elle peut se réunir à la demande de son président ou à celle des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement adopte son règlement intérieur.

#### Compétences

Les compétences déléguées à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements.

**COMITÉ TERRITORIAL DES ÉLUS LOCAUX****Article 14****Composition**

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- o des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement,
- o des maires des communes sièges des établissements parties au groupement,
- o des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement  
[RAYER LA MENTION SI PAS D'ESMS],
- o du président du comité stratégique,
- o des directeurs des établissements parties au groupement,
- o du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement  
[RAYER LA MENTION INUTILE],
- o [COMPLÉTER LE CAS ÉCHÉANT].

**Fonctionnement**

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour une durée de [X] ans.  
Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins [X] fois par an, soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

**Compétences**

Le comité territorial des élus locaux est 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. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

[COMPLÉTER LE CAS ÉCHÉANT SUR LES MISSIONS]

**CONFÉRENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL****Article 15**

Chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement bénéficie d'un siège au sein de la conférence territoriale de dialogue social.

Lorsqu'elle est présente dans au moins [NOMBRE DE CTE] comités techniques d'établissement, l'organisation syndicale bénéficie de [X] siège(s) supplémentaire(s) au sein de la conférence.

Lorsque l'organisation syndicale est présente dans tous les comités techniques des établissements parties à la convention, elle bénéficie de [X] sièges.

La conférence est réunie au moins [X] fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de l'espace, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

**Titre 4 Fonctionnement****Article 16**

Les directeurs des établissements ou services médico-sociaux [NOM DE L'ESMS 1] [NOM DE L'ESMS 2] délèguent au directeur de l'établissement support les compétences suivantes, nécessaires à la mise en œuvre de ses missions :

- o la représentation de l'établissement dans tous les actes de la vie civile et l'action en justice au nom de l'établissement, pour les compétences mutualisées au sein du groupement,
- o la gestion des affaires courantes et l'exécution des délibérations du conseil d'administration pour les compétences mutualisées au sein du groupement.

Ces compétences sont déléguées pour x années et renouvelées tacitement.

Le directeur de l'établissement déléguant est tenu informé, dans le cadre du comité stratégique du groupement, de la mise en œuvre de ces délégations.

**Article 17**

Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement, selon les modalités suivantes :

- o définir le cas échéant l'organisation retenue pour organiser un partage entre établissements sur la mise en œuvre des activités et fonctions mutualisées.

## CONVENTION CONSTITUTIVE

### Titre 5 Procédure de conciliation

#### Article 18

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à [X] conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de [X] mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS [RÉGION].

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

### Titre 6 Communication des informations

#### Article 19

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information au [CITER LES ACTEURS ...] dans un délai de [DURÉE] suivant leur signature.

Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du groupement, et notamment :

- la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée,
- autre à compléter le cas échéant.

### Titre 7 Duré et reconduction

#### Article 20

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction.

Fait à [VILLE], le [DATE],

[NOM ET FONCTION DU REPRÉSENTANT DE CHAQUE PARTIE]

Signature.



héral 01 45 73 60 20



# TABLE DES MATIÈRES

. REMERCIEMENTS.....	3
. SOMMAIRE.....	5
. SIGLES.....	7
. INTRODUCTION.....	11
. PARTIE I.....	19
. LES PRÉMICES DE LA COOPÉRATION :	19
. Les évolutions du système de santé qui ont conduit à créer le GHT.....	19
. Titre I. La mise en place de la planification sanitaire dans une vision décentralisée : naissance du GHT.....	21
. Chapitre 1. Les outils de la planification sanitaire, premier jalon du système hospitalier.....	22
. La carte sanitaire.....	22
. Le schéma régional d'organisation des soins (SROS).....	24
. Chapitre 2. L'application sur le terrain de la planification sanitaire.....	27
. La coopération impulsée par des structures de pilotage et de concertation au niveau régional : les Agences régionales.....	27
. La mise en place de la coopération par les dispositifs prévus : communauté, groupement, association.....	28
. Titre II. L'offre de soins mise en place sur le territoire.....	31
. Chapitre 1. l'accessibilité aux soins.....	31
. La gradation des soins.....	31
. Le projet médical partagé / le projet de soins partagé.....	33
. Chapitre 2. La restructuration hospitalière vers l'hospitalo-centrisme.....	35
. Une gouvernance interne à l'hôpital : un binôme de direction.....	35
. Une gouvernance inter hospitalière – les instances et les dispositifs du GHT.....	37
. PARTIE II.....	43
. LE GHT EST-IL UN OUTIL OBSOLÈTE OU UN DISPOSITIF D'AVENIR ?.....	43
. Titre I. Un bilan nuancé : la crédibilité des GHT paraît actuellement précaire.....	45
. Chapitre 1. la diversité des GHT et leur déploiement inégaux sur le territoire.....	46
. Les besoins de la population différents - Les GHT actuellement « au milieu du gué » avec des déploiements très inégaux.....	46
. La gouvernance du GHT – achat gain etc.....	49
. Chapitre 2. La réussite mitigée des objectifs permet de repenser le cadre du GHT.....	50
. L'absence de personnalité juridique pour inciter à la coopération.....	51
. Les difficultés contextuelles des GHT.....	52
. Titre II. Les enjeux d'aujourd'hui et de demain – modernisation du système de santé.....	55
. Chapitre 1. La territorialisation reste un enjeux auquel le GHT répond.....	55
. Pour une prise en compte complète de l'offre de soins.....	55
. Les outils à mettre en place pour assurer la proximité.....	56
. Chapitre 2. La similarité de structure entre les établissement et le GHT favorise la gestion du GHT et l'absorption des établissements par le GHT.....	57
. Après l'incitation à la coopération, la coercition.....	58
. <i>Les activités hors sanitaires à intégrer à la planification des soins</i> .....	59
. CONCLUSION.....	61
. BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE.....	63
. ANNEXES.....	73

. TABLE DES MATIÈRES.....93