



# **De la logique de groupe à celle de territoire Voyage au cœur du groupement hospitalier de territoire (GHT) ou plus de 40 ans de recherche sur la coopération hospitalière**

**Didier JAFFRE**

**Directeur de l'organisation des soins**

**Agence régionale de santé de Bourgogne Franche-Comté**

**Retour sur plus de 40 ans d'outils de coopération  
hospitalière  
GIHS, SIH, GCS, CE, CHT, GHT**

# De 1970 à 1990, entre volonté affichée des acteurs et réticence des acteurs (1)

Loi du 31 décembre 1970

Le groupement interhospitalier de secteur (GHIS), l'ancêtre du groupement hospitalier de territoire (GHT) : regroupe l'ensemble des établissements de santé publics et privés d'un même secteur sanitaire dans le but de faire émerger des domaines et des actions de coopération possibles entre les différents acteurs de soins

Le syndicat interhospitalier (SIH) pour mettre en œuvre formellement les actions de coopérations que le GHIS a décidé entre les établissements concourant au service public hospitalier, pour le financement et le partage des investissements et des équipements hospitaliers ; autrement dit l'ancêtre du groupement de coopération sanitaire (GCS) lui-même au service du GHT ! Le SIH est mort, vive le GCS

# De 1970 à 1990, entre volonté affichée des acteurs et réticence des acteurs (2)

Le pourquoi de la coopération interhospitalière ?

La maîtrise des dépenses de santé : l'hôpital coûte cher et il n'est plus possible avec un budget contraint de tout financer partout

Le partage d'activités est censé procurer des avantages et des gains sur les coûts de production : naissance d'économies d'échelle

Donc déjà une logique industrielle de groupe ...

# De 1970 à 1990, entre volonté affichée des acteurs et réticence des acteurs (3)

Loi de juillet 1991

L'inscription de la coopération dans une logique économique en permettant aux établissements de santé de s'associer dans le cadre de nouvelles structures juridiques qui ne sont pas des établissements de santé mais qui peuvent gérer certaines activités hospitalières : le SIH, le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement d'intérêt économique (GIE)

La coopération devient un impératif pour les établissements de santé au service d'une nouvelle planification hospitalière (c'est la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire, les SROS)

# De 1970 à 1990, entre volonté affichée des acteurs et réticence des acteurs (4)

Un constat en demi teinte au début des années 1990

Une volonté affichée des pouvoirs publics sur la nécessité de coopérer, certes ...

De nombreux outils juridiques à la disposition des établissements de santé, certes ...

Mais finalement très peu de coopérations mises en place, si ce n'est dans les domaines logistiques, la formation, les équipements matériels lourds

Une culture de l'individualisme hospitalier qui conduit d'avantage à la concurrence qu'à la complémentarité ; chacun veut conserver son hôpital dans son intégralité ; la coopération est vécue comme une menace d'absorption par la structure qui se révélera la plus performante

Encore moins de coopérations entre le secteur public et le secteur privé : des activités d'avantage concurrentielles que complémentaires, des modes de financement différents, des fonctionnements différents

# 1996 ou l'avènement de la coopération hospitalière publique privée

D'une nécessité purement économique la coopération devient une nécessité médicale : à la rareté des ressources financières s'ajoute la rareté des ressources humaines médicales, face pourtant au développement des normes et de la qualité des soins

Nombreux services hospitaliers de proximité menacés de fermeture : la coopération est leur seul moyen de survie ; et pourtant rares sont ceux qui l'ont compris ; de l'intérêt individuel à l'intérêt collectif, la coopération n'arrive pas à faire le lien

L'ordonnance de 1996

La coopération comme un principe essentiel dans l'adaptation du système hospitalier aux besoins de la population

Les communautés d'établissements de santé réunissent les représentants des établissements pour construire une politique active de coopération qui sera validée ou imposée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH)

Les GCS pour la coopération entre le public et le privé

La coopération : une orientation stratégique dans les projets d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens négociés avec les ARH

La coopération, le seul moyen pour répondre aux trois objectifs majeurs de la planification hospitalière : accessibilité aux soins, qualité des soins, efficacité dans la production hospitalière

# 2009 : 40 ans de coopération interhospitalière en demi teinte

Si de nombreuses coopérations existent dans les domaines logistique et médico-technique, les complémentarités administratives et médicales sont encore peu développées et se heurtent à des résistances de toute part

La logistique premier domaine d'application de la coopération : or les économies d'échelle ne sont pas toujours au rendez-vous, faute de réellement rationaliser les coûts de production, et notamment au niveau des personnels ; dès lors coopération ou externalisation ?

Le médico-technique ou l'avènement des GIE : de gestion privée un succès sur le plan économique mais hélas souvent source de conflits entre les membres

L'administratif comme élément déclencheur : une direction commune pour permettre le rapprochement entre les équipes hospitalières, l'harmonisation des pratiques ; oui mais cela ne suffit pas pour créer un véritable esprit d'entreprise commune

Les coopérations logistiques, médico-techniques, administratives sont des étapes intermédiaires mais pas suffisantes pour ancrer une véritable coopération hospitalière sur le médical et les activités de soins

La défense de soi-même prévaut encore sur la prise de conscience collective de la nécessité de coopérer



# D'une démarche volontaire à une démarche imposée

HPST renforce les mécanismes d'incitation, voir d'obligation, sur la coopération qui pourtant peine à se mettre en place

La coopération ne se décrète pas : les établissements doivent être moteurs d'une démarche volontariste de complémentarité ; la coopération comme convention

Mais si la coopération ne se met pas en place l'ARH (ARS) peut l'imposer ; la coopération devient une contrainte, voir un contrat mais dans bien des cas unilatéral

Les communautés d'établissements, existant depuis 2000, pourtant agréées sont restées des déclarations de bonne intention sans concrétisation

C'est pourquoi HPST crée les communautés hospitalières de territoire (CHT) !

# Les CHT de HPST

Une description précise des CHT dans la loi

Une simple possibilité offerte aux établissements de santé publics uniquement, et non une obligation, alors que les CE étaient obligatoires, relevant du domaine conventionnel (convention constitutive)

Des incitations financières prévues certes, mais pourquoi les CHT se feraient-elles mieux que les CE ?

Un rôle contraignant fixé au DG ARS, chargé de coordonner l'évolution du système de santé, et à ce titre pouvant demander à un établissement public de santé de conclure une convention de CHT, de créer un GCS

Des contraintes financières incitatives : la possibilité de diminuer les dotations MIGAC aux établissements ;

Une arme ultime à la main du DG ARS : prononcer la fusion des établissements.  
Autrement dit en l'absence de coopération volontaire, une autre forme de non coopération

# De la CHT volontaire au GHT obligatoire (1)

Obligation pour chaque établissement de santé public de faire partie d'un seul GHT sauf dérogation accordée par l'ARS

Pas de personnalité morale

Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée, d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ; assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou de transferts d'activités ; un projet médical partagé

La possibilité d'associer d'autres établissements au GHT, et notamment le CHU dans le cadre d'une convention d'association

# De la CHT volontaire au GHT obligatoire (2)

Une convention constitutive approuvée par le DG ARS et qui contient :

Projet médical partagé

Délégations d'activités

Transferts éventuels d'activités de soins ou d'EML

Organisation des activités et répartition des emplois médicaux et modalités de constitution des équipes médicales communes

Désignation du CH support approuvée par les 2/3 des conseils de surveillance, à défaut le DG ARS après avis du conseil territorial des élus

Composition du comité stratégique

Modalités d'articulation entre les CME et la mise en place éventuelle d'instances communes

Rôle du comité territorial des élus chargé d'évaluer les actions du GHT et de faire des propositions

# De la CHT volontaire au GHT obligatoire (3)

Les fonctions assurées par l'établissement support pour le compte des établissements membres du GHT

  Système d'information

  Département d'information médicale

  Achats

  IFSI et plans de formation continue et DPC

  Le cas échéant des équipes médicales communes, des pôles interétablissements, des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques

Les activités organisées en commun

  Imagerie médicale, le cas échéant au sein de pôle inter-établissements

Le rôle du CHU

  Enseignements de formation initiale des professionnels médicaux

  Recherche

  Gestion de la démographie médicale

  Référence et recours

# De la CHT volontaire au GHT obligatoire (4)

## Le calendrier de mise en œuvre

- Liste des GHT arrêtée par le DG ARS le 1<sup>er</sup> juillet 2016 dans le respect du schéma régional de santé, après avoir reçu les PMP
- Création du comité territorial des élus de chaque GHT
- Convention de GHT avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016
- Transformation des CHT existantes en GHT au 1<sup>er</sup> juillet 2016
- Attribution des MIGAC subordonnée à la conclusion d'une convention de GHT
- Appréciation consolidée des budgets pour approuver les budgets de chacun

# De la CHT volontaire au GHT obligatoire (5)

Trois différences de taille entre CHT et GHT

- le caractère obligatoire

- la détermination des GHT par l'ARS, et notamment leur ressort territorial

- un contenu défini par la loi avec un contenu obligatoire

# Quand la notion de groupe privé envahit le secteur public hospitalier



# Un groupe c'est quoi ?

Un ensemble d'entreprises soumises au contrôle d'une société mère

Une structure organisée et autonome de mise en valeur du capital, unifiant les phases de processus économique des entreprises qui le constituent et assure la fusion des capitaux

Le groupe, c'est le contraire de la fusion d'entreprises

Les entreprises qui constituent le groupe sont intégrées : liens forts et structurants entre elles , appartenance et adhésion aux objectifs de l'ensemble

Le groupe est soumis au contrôle stratégique d'une société mère qui en assure la direction pour veiller à l'intégration d'entités autonomes dans un ensemble plus vaste et définir les objectifs de cet ensemble : surmonter l'hétérogénéité des filiales

La société mère coordonne les activités des firmes dans le cadre du processus économique du groupe et fusionne les capitaux de ces unités sous un même contrôle

**Le groupe est donc un ensemble intégré d'entreprises soumis au contrôle d'une société mère qui en assure la direction et veille à l'unification des processus économiques et la fusion des capitaux**

# Les types de groupe

Primaires : groupes industriels engagés dans la mise en valeur du capital sous sa forme productive : maîtrise d'entreprises productives d'une ou plusieurs activités (groupes commerciaux, bancaires)

Groupes financiers : réunion de groupes primaires pour mieux mobiliser le capital argent

Ensembles financiers : fédérations de groupes financiers

Holdings : consacrées uniquement à la détention et la gestion des titres de sociétés membres d'un groupe

Conglomérats : participation dans un nombre très grand d'entreprises pour diversifier les activités et assurer une plus grande rentabilité des capitaux

# Les liens structurants au sein des groupes

Les liaisons financières : degré de participation d'une société A au capital d'une autre société B

Les liaisons personnelles

Les liaisons économiques : relations de marché obligées entre les entités du groupe (endettement, contractuelles, économiques de collaboration)

# Pourquoi constituer des groupes ?

Constituer de vastes circuits de financement pour avoir une relative autonomie par rapport aux autorités

Mieux maîtriser les coûts de transaction et notamment les déséconomies d'échelle liés à la taille de l'entreprise en cas de fusion, en conservant l'autonomie des entreprises et en se focalisant uniquement sur certaines relations

Barrière à l'entrée redoutable pour les concurrents potentiels

Infiltration des marchés mondiaux

# Le GHT, un groupe primaire d'établissements de santé publics

La notion de groupe public a été oubliée dans les débats sur la loi santé

Pourtant le GHT c'est appliquer une stratégie de groupe bien connue dans le secteur privé de la santé depuis des décennies

Ensemble intégré d'hôpitaux publics d'un même territoire, avec des liens structurés (convention constitutive), avec une société mère (l'établissement support), qui vise à mieux maîtriser la production de soins et à fusionner les capitaux (en l'occurrence les trésoreries)

GHT = type primaire de groupe industriel, avec des liaisons financières (budget consolidé), des liaisons personnelles (comité stratégique, direction commune), des liaisons économiques (SI, achats, ...)

L'association des CHU aux GHT : un ensemble financier de GHT ?

Rendre le secteur public concurrentiel par rapport au secteur privé

**Sortir d'une logique individualiste très ancrée pour une logique de groupe, la seule capable de maintenir et de développer les intérêts de chacun des sites hospitaliers publics du GHT**

**Les conditions : volonté des acteurs, légitimité de la maison mère, stratégie offensive face aux groupes privés de la santé**

# **Mais quelle notion de territoire sous-jacente à la définition des GHT ?**

# Les territoires de santé ?

Définis par HPST

Supports des autorisations et des objectifs quantifiés du SROS, mais également de la démocratie sanitaire (conférence de territoire)

**Trop vastes pour définir les GHT ; ce sont des territoires  
« administratifs »**

# Les bassins de santé ?

Cadre spatial de l'action du professionnel de santé ou de l'hôpital : celui où réside sa clientèle et autour de lui les autres professionnels :  
approche fondée sur l'offre de type institutionnel

Partie du territoire drainée par des flux, hiérarchisés et orientés vers un centre, de patients aux caractéristiques et comportements géographiques homogènes : approche comportementale de type populationnel

**Généralement une taille trop restreinte pour définir les GHT : ce sont des territoires de proximité**



# Les territoires hospitaliers ?

Un découpage intermédiaire entre les territoires de proximité et la région

Zones de besoins homogènes construites autour d'un centre hospitalier référent

Pôle hospitaliers : regroupement de l'ensemble des établissements de santé d'une même zone de besoin : un site siège et des sites de proximité

# La mission Hubert Martineau

Le territoire de GHT est un territoire de projet

Basé sur les flux de population, doit avoir une taille compatible avec l'objectif de maillage des territoires

Permettre la mise en œuvre du projet médical partagé : distance acceptable pour les patients et pour les professionnels (pas plus d'une heure entre les sites)

Ne pas avoir un nombre trop grand d'établissements au sein du GHT

**Pas de normes législatives mais prendre en compte l'efficacité médicale (tenir compte de la distance pour organiser des équipes de territoire qui puissent réellement fonctionner) et l'efficacité économique (tenir compte de la distance pour les usagers afin de ne pas perdre des recettes d'activités potentielles)**

# Le GHT, enfin une modalité concrète de coopération interhospitalière opérationnelle ?

# Une coopération entre établissements de santé publics encore au stade des balbutiements

Malgré les innombrables outils de coopération hospitalière développés depuis 1970

Mis à part les coopérations sur la logistique, encore bien loin de la notion de groupe public au sein d'un même territoire

Un secteur privé fortement restructuré, sans intervention des autorités, pour constituer des groupes importants

Un secteur public individualisé divisé : opposition des élus et des communautés hospitalières ; volonté peu enclin des directions ; la T2A a conduit à la concurrence ; une absence de prise de conscience de la nécessité de coopérer

Finalement un faible nombre de CHT réellement opérationnelles

# Les conditions nécessaires de la réussite des GHT

La reconnaissance de l'exercice territorial pour les directeurs et les praticiens hospitaliers, ce qui suppose une refonte des statuts fondés aujourd'hui sur la notion d'établissement et non de groupe : nécessité de revoir les conditions de nomination et de rémunération

La prise en compte du rôle primordial des élus et des usagers, au titre de la démocratie sanitaire : ils doivent être moteurs et donc au cœur du GHT

Un dialogue social accru pour une prise de conscience collective

Un territoire opérationnel et permettant de mettre en œuvre le projet médical partagé

Un projet médical partagé certes, mais décliné de manière opérationnelle : pôles d'activités territoriaux, chef de pôles de territoire, ...

**Ce n'est pas tant l'obligation et l'outil qui importent dans un groupe public hospitalier, mais les statuts des personnels que le composent et la place des élus**

# Conclusion : pourquoi faire de la coopération hospitalière une règle contraignante inscrite dans la loi ?

Depuis 46 ans la coopération hospitalière n'est envisagée que par l'approche des outils législatifs pour la mettre en œuvre

Et cela n'a pas marché !

De nécessité économique la coopération est devenue une nécessité médicale

Alors même que l'initiative des coopérations doit relever des établissements eux-mêmes pour être efficaces et appropriée par les acteurs, la loi confère aux ARS des pouvoirs pour imposer cette coopération , jusqu'à la rendre désormais obligatoire

La tarification à l'activité ne suffit-elle pas à elle-même pour que les établissements publics de santé d'un même territoire, plutôt que d'être en concurrence, se regroupent pour garantir leurs recettes d'activité et donc être en position de force face au secteur privé ?

# La coopération hospitalière entre contrainte, contrat et convention

L'échec de la coopération comme contrainte

L'échec de la coopération comme convention

Et pourquoi pas raisonner sur la notion d'un groupe de territoire régi par des liaisons contractuelles ?

**Merci de votre attention et bonne chance aux GHT  
(Groupes d'Hôpitaux publics d'un même  
Territoire)**