



BANQUE DES MEMOIRES

Master 2 de Droit Sanitaire et Social

Dirigé par Monsieur le Professeur Michel BORGETTO

2016

La recomposition territoriale de l'offre de soins et la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Charles VARÈNE

Sous la direction de Monsieur le Professeur Michel BORGETTO

*À ma mère, à mon père,
À ma grand-mère à qui je dédie ce premier travail universitaire,*

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pu être conduit sans l'enseignement de mon directeur de recherche Monsieur le Professeur Michel Borgetto de l'Université Paris 2 Panthéon-Assas que je remercie tout particulièrement.

Je tiens, également, à remercier mon maître d'apprentissage, Monsieur Roland Cecchi-Tenerini, membre de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), pour son attention et son accompagnement durant une année passée au sein de l'IGAS.

Merci à Monsieur Frédéric Martineau, membre de la mission *Groupements Hospitaliers de Territoire*, pour sa disponibilité et son expérience.

Merci à Monsieur Jean-Paul Segade, Monsieur Angel Piquemal, Monsieur Bernard Nuytten et Monsieur Félix Faucon, tous quatre membres de l'IGAS, pour leur écoute et leur discussion sans lesquelles ce mémoire n'aurait pu aboutir.

Merci à Madame Delphine Jaafar, Madame Claudine Bergoignan-Esper, Monsieur Pierre-Henri Bréchat et Monsieur Nabil Derrouiche pour leurs enseignements dans le cadre du Master 2 Droit sanitaire et social de l'Université Paris 2 Panthéon-Assas.

Merci, enfin, à Geneviève Knibiehler pour la traduction anglaise du résumé de ce mémoire.

« Les Hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un Peuple : ils sont plus appropriés à ses besoins et mieux tenus, à proportion de ce qu'il est plus rassemblé, plus humain, plus instruit »

Jacques Tenon, *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris*, 1788.

Résumé :

La loi du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* » énonce, dans son article 107, la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) afin, d'une part, de satisfaire la demande de soins à travers la définition et la mise en place d'un continuum de prise en charge et, d'autre part, de rationaliser les modes de gestion publique grâce à la mutualisation de fonctions supports ainsi qu'à d'éventuels transferts d'activités entre les établissements. Le dispositif GHT s'inscrit dans le cadre d'un processus de recomposition territoriale de l'offre de soins et matérialise cette politique publique à l'échelle des territoires. Ce mémoire aborde le GHT dans sa complexité juridique et économique ; il présente alternativement le GHT comme un mode de « coopération imposée » participant à une recomposition de l'offre de soin inachevée, puis comme une « fusion inavouée » préservant l'ensemble des dynamiques territoriales.

Abstract :

The Law, called "*modernizing our health system*" (loi *de modernisation de notre système de santé*), of 26 January 2016 sets out, in article 107, the creation of Territory Hospital Groups (Groupements Hospitaliers de Territoire, GHT) in order, first, to meet the demand for health care by defining and establishing a continuum of care, and, secondly, to rationalize the public management methods by pooling the support functions and possibly transferring activities from one hospital to another. The GHT arrangement is part of a broader process of territorial recomposition of care supply and brings this public policy into being on a territorial scale. This submission addresses the GHT in its complex economic and legal context; it alternatively presents the GHT as a way of « imposed cooperation » playing an active part in restructuring the unfinished healthcare, or as an « unspoken merger » protecting the full range of territorial dynamics.

Please cite this publication as : C. VARÈNE, *La recomposition territoriale de l'offre de soins et la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*, Mémoire de Master 2 droit sanitaire et social soutenu le 26 septembre 2016 sous la direction de Monsieur Michel Borgetto, Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), Banque des meilleurs mémoires de l'Université Paris 2 Panthéon-Assas (<https://assasrecherche.u-paris2.fr/ori-oai-search/index.html>), 2016, 214 p.

Principales abréviations

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CDU	Commission des usagers
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen
CSG	Contribution sociale généralisée
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
CTE	Comité technique d'établissement
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DIM	Département de l'information médicale
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
ESPIC	Etablissement de santé privé à but non-lucratif
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération hospitalière privée
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sanitaire et médico-sociale
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GPEC	Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
MSP	Mission de service public
ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPP	Partenariat public-privé
PSR	Plan stratégique régional
PRS	Projet régional de santé
SIH	Système d'information hospitalier
SPH	Service public hospitalier
SPTS	Service public territorial de santé
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROSS	Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale
T2A	Tarifification à l'activité

Sommaire

INTRODUCTION :	7
PARTIE 1 : LE GHT COMME UN MODE DE « COOPÉRATION IMPOSÉE » PARTICIPANT A UNE RECOMPOSITION DE L’OFFRE DE SOINS ENCORE INACHEVÉE :	11
Titre 1 : La recomposition territoriale comme un processus constant de l’organisation de l’offre de soins :	11
Chapitre 1 : La recomposition perpétuelle de l’offre de soins :	12
Chapitre 2 : La régulation insuffisante de l’offre de soins :	31
Titre 2 : Le groupement hospitalier de territoire comme un mode de « coopération imposée » :	51
Chapitre 1 : L’impact limité des processus de restructuration hospitalière :	51
Chapitre 2 : La restructuration de l’offre de soins à travers la mise en place des GHT :	71
Conclusion de la première partie	92
PARTIE 2 : LE GHT COMME UNE « FUSION INAVOUÉE » PRÉSERVANT L’ENSEMBLE DES DYNAMIQUES TERRITORIALES :	93
Titre 1 : La recomposition territoriale de l’offre de soins :	94
Chapitre 1 : La mise en place d’un processus de régulation publique à l’échelle des territoires :	94
Chapitre 2 : La mise en place de stratégies de groupe dans une optique plus concurrentielle :	116
Titre 2 : La préservation de l’ensemble des dynamiques territoriales et des grands principes du SPH :	133
Chapitre 1 : La préservation et la revalorisation des grands principes du SPH :	133
Chapitre 2 : L’optimisation et l’intégration des services :	147
Conclusion de la deuxième partie :	165
CONCLUSION GÉNÉRALE	166

Introduction

« Des décisions prises aujourd'hui dépendent la qualité, l'accessibilité, la pérennité de notre système de soins à horizon de dix ans »¹

En septembre 2015, alors que les débats s'animent autour du projet de loi de modernisation de notre système de santé², la Cour des Comptes publie, dans son rapport annuel, une étude consacrée à la recomposition territoriale de l'offre de soins ; elle conclut sur ce point : *« Alors que les enjeux démographiques et financiers deviennent encore plus lourds, il importe de donner sans attendre un nouvel élan aux actions de recomposition de l'offre de soins et de les inscrire dans un cadre plus cohérent, selon des modalités plus déterminées et en fonction d'objectifs d'efficience plus explicites »³.*

Cette étude fait part d'un constat globalement partagé⁴ sans, pourtant, que les modalités d'une réforme d'envergure, conjuguant recomposition territoriale de l'offre de soins et restructuration imposée des services, aient été jusqu'alors définies ; finalement, l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé⁵ énonce les moyens associés à une telle transformation : la recomposition territoriale de l'offre de soins s'organiserait autour de la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

I - La définition des termes du sujet :

Afin de saisir les termes du sujet, il convient de définir successivement la recomposition territoriale de l'offre de soins (A) ainsi que le dispositif GHT (B).

¹ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, Septembre 2015, p. 215.

² Projet de loi n°2302 relatif à la santé, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014.

³ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 215.

⁴ Notamment E. COUTY et autres, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, mars 2013 ; de même, IGAS, *L'hôpital*, Rapport annuel, La Documentation Française, 2012.

⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

A – La définition de la recomposition territoriale de l'offre de soins :

La recomposition territoriale de l'offre de soins désigne une politique publique volontariste⁶, menée par le régulateur (l'Etat et des autorités déconcentrées), afin de favoriser l'adéquation entre l'offre de soins (publique et privée) et la demande de soins (inégale et changeante) au sein d'un espace géographique pertinent (le territoire) ; il importe de relever trois éléments : premièrement, la recomposition de l'offre de soins s'inscrit dans un processus de régulation dont le caractère transversal vise à maîtriser l'offre de soins quelle que soit la personnalité juridique de l'opérateur ; deuxièmement, l'adéquation entre l'offre et la demande de soins constitue, dans le cadre d'un système socialisé, une nécessité d'autant plus vive que cette offre repose, majoritairement, sur l'action de l'opérateur public ; troisièmement, la détermination d'un espace géographique pertinent implique une confrontation entre la carte administrative et la réalité des bassins de populations appréhendés sous l'angle de la démographie et des inégalités de santé⁷.

B – La définition du dispositif GHT :

Le dispositif GHT vise à « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* »⁸. Ainsi, deux éléments caractérisent le GHT : d'une part, la volonté de satisfaire la demande de soins à travers la définition et la mise en œuvre d'un continuum de prise en charge ; d'autre part, la volonté de restructurer l'offre publique de soins à travers des processus de groupement et de mutualisation destinés à rationaliser les moyens des services. En outre, la mise en place des GHT s'inscrit dans le cadre de la recomposition territoriale de l'offre de soins et matérialise cette politique publique volontariste à l'échelle des territoires.

Ainsi, la recomposition territoriale de l'offre de soins et la mise en place des GHT constituent, respectivement, *l'objectif* et *le moyen* associés à la résolution des priorités annoncées dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé. Ces deux mouvements connexes doivent être remis en perspective.

⁶ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 187.

⁷ Voir notamment : P.-H. BRÉCHAT, *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé*, Thèse de doctorat en droit public, Université Panthéon-Assas, novembre 2012, 612 p.

⁸ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Article 107 codifié à l'article L. 6132-1-II CSP.

II – Les enjeux liés aux termes du sujet :

Dans le cadre d'un processus de régulation, la recomposition territoriale de l'offre de soins (A) et la mise en place des GHT (B) sont, respectivement, confrontées à une série d'enjeux.

A – Les enjeux liés à la recomposition territoriale de l'offre de soins :

La recomposition territoriale de l'offre de soins constitue un processus complexe qui soulève des réactions partagées : au titre de la complexité, la recomposition territoriale de l'offre de soins se heurte à une difficulté *présente* puisqu'elle applique un processus économique (la recomposition) à un espace géographique (le territoire) dans le cadre d'un service public (le service public hospitalier (SPH)) – lui-même soumis à des externalités telles que l'adaptation aux besoins de santé (en termes cliniques et démographiques)⁹, l'évolution technologique¹⁰ et la contrainte budgétaire¹¹. Dans le même ordre d'idées, la recomposition territoriale de l'offre de soins se heurte à une difficulté *à venir* : les évolutions suscitées ne permettront jamais d'atteindre un optimum stable puisque les questions se renouvellent à mesure que les solutions se dessinent¹². Ainsi et, au-devant de ce constat, il convient de définir une politique publique structurante – bien que sûrement provisoire – assurant « à un horizon de dix ans » une offre de soins de qualité ainsi qu'une stabilisation – sinon une réduction – des dépenses hospitalières.

B – Les enjeux liés à la mise en place des GHT :

La mise en place des GHT s'inscrit dans un ensemble de mesures portées par la loi du 26 janvier 2016 qui répond à trois problématiques¹³ : premièrement, la contrainte budgétaire ; deuxièmement, la complexité administrative ; troisièmement, la question de la proximité et de la qualité des soins. Elle définit, par conséquent, un ensemble de priorités¹⁴ : le pilotage unifié du système de santé, la

⁹ G. M. HODGSON, « *An institutional and evolutionary perspective on health economics* », Cambridge Journal of Economics, Vol. 32, No. 2 (March 2008), p. 235-256.

¹⁰ *Ibidem*, p. 235-256.

¹¹ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 187 : « *Entre 1994 et 2012, la consommation des soins de ville et des soins hospitaliers est passée de 70 Md€ à 132 Md€, soit une augmentation de 39 % en volume* » (source : Éco Santé, en euros constants 1994).

¹² G. M. HODGSON, « *An institutional... (op. cit.)*, p. 248 : « *Even if an optimum policy solution were found, it would not remain an optimum for long : relentless technological and demographic changes will shift the optimum solution elsewhere. In any case, problems of uncertainty make the identification of any optimum generally problematic ; when it is endlessly shifting, then these problems are compounded* » (« *Quand bien même une politique optimale serait découverte, celle-ci ne serait que de courte durée : les évolutions de la technologie et de la démographie déplaceront bientôt l'optimum. En tout état de cause, de telles incertitudes rendent problématique toute tentative de définition ; et, comme ces données sont en constante évolution, les incertitudes s'en trouvent aggravées* »).

¹³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁴ *Ibidem*.

prévention et la prise en charge globale des déterminants de santé, la coordination des parcours, le respect des grands principes du service public. Elle énonce, également, deux grandes dispositions pour favoriser la recomposition territoriale de l'offre de soins : d'une part, la réhabilitation du SPH¹⁵ et, d'autre part, la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)¹⁶. Concernant la mise en place des GHT, elle engage un processus dont le terme prévisionnel (plusieurs fois reporté) a, finalement, été arrêté à janvier 2021. Concernant la réception des textes normatifs, il convient de souligner la contradiction entre un accord de principe et une difficulté de fait : la rencontre des acteurs opérationnels confirme le consensus global sur l'idée d'une réforme¹⁷, tandis que la teneur des débats professionnels et institutionnels révèle certaines réticences : d'un côté, une volonté sincère de coopération ; de l'autre, un ensemble d'appréhensions – fondées ou non – concernant l'avenir du SPH, la répartition de la compétence entre les établissements de santé et les autorités de tutelles, l'accessibilité de l'offre de soins et l'adaptation des professions de santé.

Au fond, deux séries d'enjeux se dessinent : la première série d'enjeux est *administrative* tandis que la seconde est *économique*.

Concernant les enjeux administratifs et, au regard de la réhabilitation du SPH, il convient de s'interroger sur la faculté des GHT à garantir l'effectivité des grands principes du service public à l'échelle d'un territoire ; ainsi, *nous nous demanderons si la recomposition territoriale de l'offre de soins est susceptible de porter atteinte, ou au contraire, de préserver les grands principes du SPH ?*

Concernant les enjeux économiques et, au regard d'un objectif affiché de coopération matérielle, il s'agit de s'interroger sur la capacité des GHT à réduire les dépenses hospitalières tout en améliorant la qualité de l'offre de soins ; ainsi, *nous nous demanderons si la recomposition territoriale de l'offre de soins est susceptible, ou non, d'améliorer l'efficacité économique du SPH ?*

Ici, nous répondrons à l'ensemble de ces problématiques en observant les interactions entre la recomposition territoriale de l'offre de soins et la mise en place des GHT : dans un premier temps, nous présenterons le GHT comme un mode de « *coopération imposée* » inscrit dans le cadre d'une recomposition de l'offre de soins, encore, inachevée (partie 1) ; puis, dans un second temps, nous montrerons que le GHT est une forme de « *fusion inachevée* » qui préserve, en l'état, l'ensemble des dynamiques territoriales (partie 2).

¹⁵ *Ibidem*, article 99, codifié à l'article L. 6112-1 CSP.

¹⁶ *Ibidem*, article 107, codifié à l'article L. 6132-1 et L. 6132-7 du CSP.

¹⁷ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, 2015, p.10.

Partie 1 : Le GHT comme un mode de « coopération imposée » participant à une recomposition de l'offre de soins encore inachevée :

« L'organisation de l'offre de soins est confrontée en permanence à plusieurs défis : s'adapter aux besoins de santé, prendre en compte les contraintes démographiques et géographiques, faire face aux contraintes financières, tout en améliorant la qualité et l'efficacité des soins délivrés »¹⁸ ; ce constat révèle une constante en économie de la santé : l'action publique est soumise à des déterminants multiples et fluctuants¹⁹ qui renouvellent les questions à mesure que les solutions se dessinent²⁰ – de ce point de vue, la recomposition de l'offre de soins apparaît comme un processus continuellement inachevé. La mise en place des GHT s'inscrit dans un double contexte : d'une part, elle s'inscrit dans un mouvement de recomposition territoriale qui, pour être encore inachevé, a été un processus constant de l'organisation de l'offre de soins (Titre 1) ; d'autre part, elle prend la forme d'une « coopération imposée » – forme iconoclaste de contrat justifiée par les exigences de la régulation publique (Titre 2).

Titre 1 : La recomposition territoriale comme un processus constant de l'organisation de l'offre de soins :

Dans un premier temps, nous essayerons de montrer que la recomposition territoriale de l'offre de soins apparaît comme un processus constant durant l'histoire des réformes hospitalières ; ainsi, au cours des années comprises entre 1941 et 2016, deux tendances apparaissent : d'un point de vue historique, la période semble marquée par une recomposition perpétuelle de l'offre de soins (Chapitre 1) tandis que, d'un point de vue économique, l'offre de soin semble avoir connu une régulation publique insuffisante (Chapitre 2).

¹⁸ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans...* (op. cit.), p. 187.

¹⁹ K. J. ARROW, « *Uncertainty and the welfare economics of medical care* », The American Economical Review, Volume LIII, n°5, 1963 : Parmi les déterminants économiques de la santé : l'offre et la demande en matière de soin, les concurrences sectorielles, l'évolution technologique.

²⁰ G. M. HODGSON, « *An institutional...* (op. cit.), p. 248.

Chapitre 1 : La recomposition perpétuelle de l'offre de soins :

L'économiste américain G. M. Hodgson souligne, dans un article publié en 2008, la brièveté des politiques de santé publique : « *Quand bien même une politique optimale serait découverte, celle-ci ne serait que de courte durée : les évolutions de la technologie et de la démographie déplaceront bientôt l'optimum. En tout état de cause, de telles incertitudes rendent problématiques toute tentative de définition ; et, comme ces données sont en constante évolution, les incertitudes s'en trouvent aggravées* »²¹. Cette idée claire et transversale permet de comprendre deux choses : premièrement, l'histoire de l'offre de soins est l'histoire d'une recomposition perpétuelle ; deuxièmement, en matière de santé publique, les réformes – y compris structurelles – s'inscrivent dans une unité de temps relativement courte²². Ici, nous essayerons de montrer que l'offre de soins a fait l'objet d'une recomposition perpétuelle ; la période 1941-2016 peut être divisée en deux temps : premièrement, le temps de la réglementation des politiques hospitalières (Section 1) ; deuxièmement, le temps de régionalisation des politiques de santé (Section 2).

Section 1 : Une réglementation progressive ayant abouti à la consécration de l'hôpital public :

L'histoire des réformes hospitalières peut, dans un premier temps, être rapportée à une période de réglementation qui aboutit à la consécration de l'hôpital public. Cette période de réglementation repose sur une phase de reconnaissance juridique (I) et sur une phase d'organisation hospitalière (II).

I – Une phase de reconnaissance juridique :

La réglementation progressive de l'offre de soins débute par une phase de reconnaissance juridique pour l'hôpital public ; cette reconnaissance s'affirme, successivement, au gré des lois du 21 décembre 1941²³ (A) et des ordonnances de 1958²⁴ (B).

²¹ G. M. HODGSON, « *An institutional... (op. cit.)*, p. 248.

²² Voir notamment : C. ÉVIN, « *La place de l'hôpital public dans le système de santé* », RDSS, 2015, n° HS, p. 19 : « *III - L'hôpital public se réforme en permanence* ».

²³ Loi, 21 décembre 1941 de réorganisation des hôpitaux et des hospices civils, dite aussi « *Charte hospitalière* ».

²⁴ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière ; ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires ; ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

A – La loi du 21 décembre 1941 ou le début de « l'étatisation des hôpitaux »²⁵ :

La loi du 21 décembre 1941 crée un régime juridique propre aux établissements de santé. Il s'agit d'une reconnaissance qui permet à l'hôpital de disposer d'un socle juridique autonome. On peut considérer, en effet, que l'influence de cette loi repose sur deux grands *actes* : d'une part, *un acte d'harmonisation* (1°) et, d'autre part, *un acte d'étatisation* (2°).

1°/ Un acte d'harmonisation :

La loi du 21 décembre 1941 consacre l'autonomie juridique des hôpitaux et contribue à harmoniser les règles qui leurs sont applicables. On peut considérer que cette autonomie a été « préparée » par un ensemble de lois²⁶ et « déclenchée » par la mise en place des assurances sociales²⁷ : d'une part, la loi du 7 août 1851 favorise l'*autonomie juridique* des hôpitaux grâce à la reconnaissance de leur personnalité morale et leur confère l'*autonomie budgétaire* en imposant un prix de journée destiné à la prise en charge des indigents ; d'autre part, la mise en place des assurances sociales²⁸ ouvre les portes de l'hôpital aux « non-indigents »²⁹ et change de fonctionnement *en termes de gestion* (puisque l'hôpital devient, peu à peu, le lieu central de la prise en charge sanitaire) et *en termes d'organisation* (puisque l'hôpital devient un prescripteur généraliste de soins³⁰). La loi du 21 décembre 1941 substitue de nombreuses dispositions à celle du 7 août 1851 et y apporte deux modifications majeures : premièrement, elle établit un « *principe d'accès aux soins hospitaliers de tous les citoyens et non plus des seuls indigents* » ; deuxièmement, elle « *réaffirme le caractère d'établissement public de l'hôpital* » et confirme sa personnalité morale et financière³¹. La loi du 21 décembre 1941 contribue à l'harmonisation du régime juridique applicable aux hôpitaux ; elle constitue un acte d'étatisation dans la mesure où elle impose une organisation nouvelle au sein du système hospitalier.

²⁵ Formule empruntée à Christian Maillard dans C. MAILLARD, *Histoire des hôpitaux de 1940 à nos jours*, Dunod, Paris, 1986, 200 p.

²⁶ Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices ; lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 sur les assurances sociales ; loi du 13 juillet 1935 ; décret-loi du 17 juin 1938 ; décret-loi du 19 juillet 1939.

²⁷ J.-M. THIVEAUD, « *Finance, Politique et Santé : Bilan de Quelques millénaires : pratiques, législation et coûts jusqu'à la France de 1945* », Revue d'économie financière, Numéro Spécial : le financement de la santé, n° 34, 1995, p. 15-46 ; J. IMBERT (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, Paris, 1982, p. 406.

²⁸ La mise en place des assurances sociales procède des lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930.

²⁹ J.-M. CLÉMENT, *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République*, LEH - Bibliothèque du cercle des hospitaliers, Bordeaux, 2010, p.18.

³⁰ D. HENRIET et J.-C. ROCHET, « *Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé* », dans M. MOUGEOT, *Régulation du système de santé*, La Documentation Française, 1999, p. 119 : « *Un système de santé est caractérisé par deux fonctions essentielles : une fonction d'assurance qui permet de couvrir financièrement les coûts associés à la maladie et une fonction de production de soins au sens large destinée à traiter la maladie* ».

³¹ J. IMBERT (dir.), *Histoire... (op. cit.)*, p. 406.

2°/ Un acte d'étatisation :

Jean-Marie Clément écrit, à propos de la loi du 21 décembre 1941, que l'État « *garant des grands équilibres économiques, devait alors reprendre de l'influence sur les hôpitaux* »³². La loi du 21 décembre 1941 impose une architecture interne, normée et uniforme à l'hôpital public ; cette architecture est fondée sur la valorisation et l'objectivation des fonctions administratives. Elle se traduit, en premier lieu, par la promotion du directeur d'établissement (qui récupère les attributions antérieurement confiées au président de la commission administrative et obtient le pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel administratif au sein de l'hôpital public – à l'exception du personnel médical³³) et entraîne, en second lieu, l'organisation de l'hôpital en services³⁴. Cette nouvelle architecture³⁵ s'appuie, par ailleurs, sur un mouvement de territorialisation de l'activité hospitalière. Ce mouvement est à la fois *utile* et *étonnant* : utile, parce qu'il inscrit l'hôpital dans un territoire et l'éloigne (un peu) des pesanteurs communales qui bridait son administration ; étonnant, parce que l'hôpital s'inscrit dans une échelle « territoriale » qui présente, à la fois, le mérite de la pertinence (parce qu'elle correspond à des besoins locaux) et l'écueil de « l'incohérence administrative » (parce qu'elle correspond à un territoire qui inclut et dépasse celui des collectivités locales). En outre, la loi du 21 décembre 1941 distingue trois types d'établissements en fonction de leur importance³⁶ et revoit les modalités de participation des communes aux établissements de santé et la composition de la commission administrative³⁷.

La loi du 21 décembre 1941 est déterminante parce qu'elle confère à l'hôpital une réelle autonomie qui s'exprime sur le plan juridique et administratif ; elle constitue, dans cette mesure, un acte d'étatisation. La réforme hospitalo-universitaire de 1958 contribuera, de façon remarquable, à l'architecture d'ensemble du système.

³² J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)*, p.18.

³³ Leur nomination appartient alors au Ministre compétent ou, éventuellement, au préfet de département.

³⁴ Trois mesures sont prises à cet effet : La création de services au sein de l'hôpital, la nomination de chefs de services et la mise en place d'une « commission médicale consultative » au sein de chaque établissement.

³⁵ Il n'est pas interdit de noter l'orientation très singulière des réformes : le pouvoir de l'administration – et, en particulier, ceux du directeur – concerne quasi-exclusivement le personnel administratif. Cette orientation présente l'avantage de la cohérence mais objective un trait, d'ors et déjà, caractéristique du secteur : le personnel médical relève d'un régime dérogatoire. Cette dérogation peut être justifiée par la nature spécifique de l'activité – c'est bien leur argument – mais fonde un régime annexe qui marquera, constamment et durablement, la gestion de la masse salariale à l'hôpital public.

³⁶ Les centres hospitaliers régionaux, les hôpitaux et les hospices ; voir sur ce point C. CLÉMENT, *L'autonomie des établissements publics de santé* – dans C. CASTAING, H. GAUMONT-PRAT et A. LECA (dir.), *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément – Enseignement, Hôpital, Médecine*, LEH, Bordeaux, 2014 : « *est illustrative, à cet égard, la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics qui assigna des limites géographiques aux hôpitaux ; ce qui eut pour effet de distinguer les établissements publics locaux et les établissements publics nationaux* ».

³⁷ La commission administrative de l'établissement comprend alors, en majorité, des membres du conseil municipal de la commune sur laquelle l'hôpital était implanté, des personnalités qualifiées ainsi que certains membres de la commission médicale consultative nouvellement créée.

B – Les ordonnances de 1958 ou la réforme « hospitalo-universitaire »³⁸ :

La relation entre la loi du 21 décembre 1941 et les ordonnances de 1958³⁹ est faite de *continuités* et de *ruptures* : de continuités, dans la mesure où les ordonnances de 1958 ont poursuivi le mouvement d'autonomie hospitalière commencé en 1941 ; de ruptures, puisque 1958 marque la fin de la VI^e République et le commencement de la Ve République. Ce changement de régime marque, pour beaucoup, le point de départ d'une nouvelle histoire hospitalière⁴⁰ ; il convient, à ce titre, de présenter l'objet de la réforme (1°) avant d'en mesurer l'apport (2°).

1°/ L'objet de la réforme hospitalo-universitaire :

L'objet de la réforme hospitalo-universitaire repose sur une volonté de rupture avec un système hospitalier cloisonné et sur une volonté de rassemblement autour d'un hôpital désormais considéré comme « *le centre où doivent converger les efforts pour les soins, l'enseignement et la recherche* »⁴¹. En effet, dans le cadre des nouvelles institutions, la réforme de l'hôpital semble être une nécessité d'autant plus vive que l'hospice d'avant-guerre était devenu un établissement public autonome ouvert à l'ensemble de la population. Cependant, les moyens de la réforme restaient en suspens et, si certains préconisaient une intervention limitée de l'État et l'émergence d'un système semi-privé⁴², d'autres au contraire pensaient que l'intervention de l'État était nécessaire à condition d'être coordonnée avec une certaine autonomie locale⁴³. La seconde inspiration prévaut et s'inscrit dans une logique de rupture avec un système cloisonné et privilégié qui avait abouti à une sorte de « mandarinat »⁴⁴ ; trois reproches, au moins, sont adressés au système antérieur : premièrement, la multiplicité des activités (enseignement, recherche, pratique, conseil) ne pouvait permettre aux professeurs de médecine d'exercer régulièrement chacune de leurs obligations ; deuxièmement, le système hospitalier n'était pas assez structuré pour répondre aux exigences d'une société où l'hôpital devait être accessible à tous ; troisièmement, les exemples étrangers montraient (aux États-Unis notamment) que d'autres systèmes rendaient possible la conjugaison entre des carrières plus

³⁸ Sur ce point voir notamment : J.-N. FABIANI, *C'est l'hôpital qui se moque de la charité – La fabuleuse histoire de l'hôpital du Moyen-Âge à nos jours*, Édition les arènes, Paris, 2016, p.145.

³⁹ Les « ordonnances de 1958 », appelées aussi « réforme Debré » désignent, en réalité, trois ordonnances : l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, l'ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires et l'ordonnance n°58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

⁴⁰ Voir sur ce point les ouvrages de Jean-Marie Clément et d'Arthur Soene : J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)* et A. SOENE, *L'Hôpital dans la Ve République*, LEH Éditions, 1994.

⁴¹ R. DEBRÉ, *L'honneur de vivre – Témoignages*, Babelio, 1960, p. 532.

⁴² J.-M. CLÉMENT, *Cours de droit hospitalier*, Tome 1, LEH Éditions, 2004, p.28.

⁴³ J.-P. DOMIN, *Une histoire économique de l'hôpital (XIX-XXème siècle) – Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, Tome II (1946-2009), Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, 2013, p. 82-83.

⁴⁴ R. DEBRÉ, *L'honneur... (op. cit.)*, p. 523.

inclusives et des services plus performants. Pour Robert Debré, la réforme de l'hôpital doit s'appuyer sur une volonté de rassemblement qui aboutit, en 1958, à un projet de loi fondée sur *une idée* et sur *un principe social* : l'idée est de « *moderniser les hôpitaux français, ou plutôt construire des hôpitaux neufs où pourraient être satisfaites les exigences de la médecine et de la société moderne, agencer le confort des patients...* » ; le principe social vise à « *modifier le sentiment général d'une population habituée à considérer l'hôpital comme un refuge de la misère* » puisque « *les malades de toutes classes de la nation devaient être, dans le cas de diagnostic difficile, de maladie ou de blessure grave, de soins urgents, dirigés vers l'hôpital* »⁴⁵. La loi, qui a conservé dans une large mesure le projet initial, transforme l'hôpital public.

2°/ L'apport de la réforme hospitalo-universitaire :

Les ordonnances de 1958 transforment l'hôpital public au niveau de son activité et de son organisation. En premier lieu, l'activité de l'hôpital est recomposée autour du triptyque « soins-enseignement-recherche » ; la réforme de la formation médicale favorise l'avènement du corps hospitalo-universitaire tandis que la réforme de l'exercice médical s'appuie sur une unité de *temps* et une unité de *lieu* : l'unité de temps aboutit à la création du plein temps hospitalier afin que « *les membres du personnel médical et scientifique exercent conjointement les fonctions universitaires et hospitalières* »⁴⁶ et l'unité de lieu aboutit à la création des centres hospitalo-universitaires (CHU). En second lieu, l'organisation de l'offre de soins est recomposée grâce à un certain nombre de mesures relatives à la gouvernance et au pilotage de l'activité. Concernant la gouvernance, l'ordonnance du 11 décembre 1958 valorise la fonction de directeur⁴⁷ et aboutit à la modernisation de la commission administrative⁴⁸. En parallèle, la réforme des instances nationales entraîne trois changements : premièrement, le maillage institutionnel est affirmé à l'échelle du territoire national⁴⁹ ; deuxièmement, les premiers éléments de planification sanitaire commencent d'être mis en œuvre⁵⁰ ;

⁴⁵ R. DEBRÉ, *L'honneur...* (op. cit.), p. 533.

⁴⁶ A. SOENE, *L'Hôpital...* (op. cit.), p. 20.

⁴⁷ Concernant la valorisation du directeur, celui-ci est désormais nommé par le Ministre (et non plus par le préfet de département) après réception au concours national, il est chargé de « *la conduite générale de l'établissement* » et se voit attribuer des responsabilités disciplinaires.

⁴⁸ Concernant la modernisation de la commission administrative, celle-ci est revue dans ses attributions et son fonctionnement – sans, pourtant, que ses facultés d'action soient libérées : en effet, l'instance souffre d'une représentation inéquitable (surreprésentation communale, sous-représentations médical, absence de représentation d'élus du personnel), de la tutelle juridique du préfet et de la tutelle financière de la Sécurité Sociale.

⁴⁹ L'ordonnance du 11 décembre 1958 crée, notamment, la Commission Nationale de l'Équipement Hospitalier, le Conseil Supérieur des hôpitaux, le Conseil Supérieur de la Fonction Hospitalière.

⁵⁰ J. IMBERT (dir.), *Histoire...* (op. cit.), p. 507 : « *L'ordonnance du 11 décembre 1958 prévoit des établissements communaux mais aussi intercommunaux, départementaux et nationaux. Elle subordonne à une décision du ministre, après avis d'une commission régionale ou nationale de coordination, la création de maisons de santé privées. Le décret du 4 janvier 1963 donne, pour la première fois au ministre de la santé le droit d'imposer, sur avis de la commission nationale de l'organisation hospitalière, la création ou la suppression de services médicaux* ».

troisièmement, des indicateurs de performance commencent à être développés⁵¹. Concernant le pilotage, l'ordonnance du 13 décembre 1958 favorise la coordination des équipements sanitaires grâce à la mise en place de deux mesures⁵² : d'une part, une meilleure utilisation du patrimoine hospitalier⁵³ et, d'autre part, une recherche de convergence entre le secteur public et le secteur privé⁵⁴.

Les ordonnances de 1958 constituent un tournant en matière de politique hospitalière dans la mesure où la réforme hospitalo-universitaire imprègne les établissements d'une logique nouvelle et modernise leur fonctionnement ; de plus, en prenant en compte la dimension économique des politiques hospitalières⁵⁵, les ordonnances suscitent une logique de gestion dont les premiers effets s'expriment entre 1958 et 1970 et aboutissent à une phase d'organisation.

II – Une phase d'organisation hospitalière :

L'intervalle compris entre les années 1941 et 1958 a favorisé l'émergence d'un socle normatif stable pour l'hôpital public ; en comparaison, les années comprises entre 1958 et 1991 sont battues par les vents contraires : d'un côté, l'accroissement de la masse salariale ; de l'autre, l'accroissement des déficits publics et, en particulier, des dépenses socialisées⁵⁶. Dans ce contexte, le législateur s'efforce d'organiser le système hospitalier avec la création d'un service public dédié aux soins et à la santé⁵⁷ (A) ; puis, de rationaliser le service ainsi créé (B).

A – La consécration du service public hospitalier :

Roger Grégoire écrit, en 1970, que la relation entre l'hôpital public et la notion de service public hospitalier devait être clarifiée⁵⁸ ; cette clarification intervient suite à la création du service public hospitalier (1°) et à la création de la fonction publique hospitalière (2°).

⁵¹ *Ibidem*, p. 507 : « Les besoins théoriques étudiés par les services extérieurs du ministre de la santé commencent à être déterminés par l'utilisation d'indices lits-population ».

⁵² A. SOENE, *L'Hôpital...* (op. cit.), p. 19.

⁵³ Au titre de l'utilisation du patrimoine hospitalier, il convient de noter que le nombre d'établissements de santé privé a cru, très largement, au cours du XXe siècle, soit au gré d'une concurrence directe (en s'installant à proximité d'un hôpital public), soit au gré d'une concurrence plus éloignée (en s'installant là où l'offre publique est limitée – voir absente) ; cette mesure repose sur une initiative positive de l'état : d'une part, une volonté de contrôler l'offre de manière transversale ; d'autre part, une volonté de mettre en œuvre des mesures de planification pertinentes.

⁵⁴ La convergence entre les secteurs publics et privés entraîne la mise en place de déterminants communs relatifs à la gestion des lits et à la création ou à l'extension des établissements.

⁵⁵ J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 150 et s.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 55 : « De 1949 à 1980, les dépenses de protection sociale ont profondément augmenté passant de 12,18 % à 24, 17 % du produit intérieur brut (PIB) ».

⁵⁷ R. GRÉGOIRE, *Rapport sur les problèmes de l'hospitalisation*, Paris, Ministère de la Santé, 1970 : « La mise en place d'un véritable service public de l'hospitalisation a pour but de substituer à la « balkanisation » actuelle un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays ».

⁵⁸ *Ibidem*.

1°/ La création du service public hospitalier :

La loi du 31 décembre 1970 apparaît comme une « *loi fondatrice du nouveau système hospitalier* »⁵⁹ ; elle s'appuie sur une nouvelle conception de l'offre de soins⁶⁰ – réunissant offre publique et privée – et respecte les orientations et les complémentarités de chaque secteur⁶¹. La conséquence est double : d'une part, la loi conjugue l'application des grands principes du service public (égalité, continuité et mutabilité) à l'exercice des missions de service public⁶² et soumet, d'autre part, les établissements privés à un processus d'autorisation préalable à sa participation au service public hospitalier⁶³. Ces deux mesures – témoins d'une mainmise de l'État⁶⁴ – sont conjuguées avec une forme d'assise territoriale ; en effet, l'offre de soins s'appuie, à présent, sur une « *carte sanitaire* » dont le but est de « *résoudre le développement anarchique des équipements hospitaliers par une coordination plus grande des investissements résultant d'un découpage géographique et d'une détermination des équipements prioritaires* »⁶⁵. Cette logique de coordination laisse émerger la notion de « *groupements hospitaliers* »⁶⁶ dont le sens, non-encore institutionnel, s'appuie sur une logique réaliste : d'une part, inscrire l'offre de soins dans un cadre géographique et, d'autre part, répondre à une demande localisée. La carte sanitaire s'appuie sur deux échelles (le secteur et la région) et sur deux déterminants (le type d'installation et d'équipement ainsi que les besoins sanitaires de la population). Cette démarche de planification permet de conditionner – et de limiter – les possibilités de création, d'extension et de transformation des établissements de santé⁶⁷. La loi du 31 décembre 1970, importante à bien des égards⁶⁸, apporte deux changements

⁵⁹ J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 61 et s.

⁶⁰ Loi n° 31 décembre 1970, Art. 2 : « *Le service public hospitalier a pour mission d'assurer les examens de diagnostic, le traitement – notamment les soins d'urgence – des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel* » ; par ailleurs, le service public hospitalier « *concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire, médical et pharmaceutique, et à la formation du personnel paramédical* », il « *concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée* », il « *participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire* » ; rapporté dans J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 64.

⁶¹ J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 22 : « *Le secteur public majoritaire en médecine et le secteur privé très important en chirurgie et en obstétrique* ».

⁶² Voir : D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, Mementos, Dalloz, 2012.

⁶³ J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 23 : « *Ainsi les établissements privés non lucratifs pourront demander leur participation au service public hospitalier et les établissements privés à but lucratif pourront solliciter la signature d'un contrat de concession de service public hospitalier* ».

⁶⁴ J. IMBERT (dir.), *Histoire...* (op. cit.), p. 518 : « *La loi du 31 décembre 1970, la seule qui ait reçu la consécration des assemblées parlementaires depuis un siècle, si elle était pleinement mise en œuvre, suffirait à bien situer le caractère de l'hôpital, établissement public rattaché à une collectivité locale et assurant un service public prépondérant au sein du service public hospitalier* ».

⁶⁵ J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 91.

⁶⁶ J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 95-108.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 24 : « *Ce n'était pas la première fois que l'on critiquait le trop grand nombre d'hôpitaux et de cliniques, mais c'était la première fois que, grâce à une carte sanitaire fixant des objectifs d'équipement, les pouvoirs publics allaient autoriser la création, l'extension ou la transformation d'établissements sanitaires publics ou privés* ».

⁶⁸ La loi du 31 décembre 1970 modifie également les instances internes des établissements publics hospitaliers : d'une part, elle renforce les attributions du conseil d'administration et, d'autre part, elle renforce les pouvoirs du directeur d'établissement (sur ce point voir : J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 94-96). Par ailleurs, elle favorise la

majeurs : d'une part, elle « officialise » le service public hospitalier auquel elle associe un ensemble de principes ; d'autre part, elle affirme le rôle planificateur de l'État à travers la carte sanitaire⁶⁹. La loi du 9 janvier 1986 contribue à l'organisation du système.

2°/ La création de la fonction publique hospitalière :

La loi du 9 janvier 1986 entreprend de consolider le service public en créant une fonction publique hospitalière (FPH)⁷⁰. Dans un rapport préparatoire, Claude Huriet explique clairement qu'« *il est souhaitable de rechercher une harmonie des situations statutaires des agents publics* » afin « *de clarifier et d'améliorer la situation des personnels* » et constate, par ailleurs, que « *si ce texte se justifie par l'hétérogénéité du statut actuel de la fonction publique hospitalière, il est nécessaire de l'améliorer en vue d'accroître sa cohérence et de permettre une gestion plus adaptée des établissements* »⁷¹. Jusqu'alors, en effet, le secteur sanitaire et social était caractérisé par son hétérogénéité sur le plan de l'organisation et sur le plan de la diversité des statuts et des dérogations⁷². Face à ce constat, la loi envisage d'intégrer les agents hospitaliers au sein de la fonction publique⁷³ et de reconnaître, en son sein, une « *spécificité hospitalière* »⁷⁴. Au fond, l'harmonisation des statuts de la FPH aboutit à un certain nombre de reconnaissances statutaires et contribue à organiser de façon plus cohérente la gestion des personnels. Le statut des directeurs d'hôpitaux est revalorisé dans la mesure où leurs fonctions les rapprochent désormais « *d'avantage d'un chef d'entreprise que d'un haut fonctionnaire de l'État* » impliquant « *de les doter d'un statut leur permettant d'exercer pleinement leurs fonctions* »⁷⁵.

La loi du 9 janvier 1986 participe, avec la loi du 31 décembre 1970, à un mouvement d'organisation ; ce mouvement préfigure, dans une certaine mesure, un processus de rationalisation mis en œuvre dès les années 1990.

représentation et la coopération des établissements publics à travers la création des syndicats inter-hospitaliers (SIH) dont l'efficacité sera jugée, rétrospectivement, limitée.

⁶⁹ Cette prééminence sera, en outre, renforcée par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 qui introduit le « budget global ».

⁷⁰ Étonnamment, cette étape n'est pas mentionnée – ou très peu – dans les manuels d'histoire hospitalière alors qu'elle se révèle structurante en terme de gestion des personnels.

⁷¹ C. HURIET, *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière*, Sénat, n° 76, Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 1985, Session ordinaire 1985-1986, Tome I – Exposé général et examen des articles, p. 9.

⁷² *Ibidem*, p. 11-13.

⁷³ *Ibidem*, p. 15.

⁷⁴ *Ibidem*, p. 18.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 25.

B – La rationalisation du système hospitalier :

La décennie 1980-1990 marque une période d'incertitudes et de ruptures sur le plan économique et social (1°) qui entraîne des mesures de rationalisation dont les premiers effets apparaissent avec la loi du 31 juillet 1991 (2°).

1°/ Le contexte économique et social :

Le contexte économique et social des années 1980-1990 est marqué par une vague d'incertitudes qui suscite de nombreuses transformations pour l'hôpital⁷⁶. En effet, la loi du 31 juillet 1991⁷⁷ entreprend de mettre fin à l'hospitalo-centrisme, d'approfondir la planification sanitaire et d'harmoniser les modes de financements des établissements de santé. Si, au fond, ces objectifs semblent être en conformité avec les nécessités d'alors, une dimension supplémentaire apparaît : face à une situation de crise budgétaire, le rôle de l'hôpital change et s'inspire d'une logique concurrentielle désormais conditionnée par la réalité économique⁷⁸. Dans ce contexte, le projet de loi portant réforme hospitalière est présenté aux assemblées dans un climat tumultueux dont témoignent encore quelques comptes rendus de séance⁷⁹. Ce qui interpelle est la divergence entre l'unanimité apparente concernant le souhait de réforme et le désaccord profond qui entoure le projet de loi : en effet, en dépit de l'évolution des techniques médicales et des besoins de la population, la réforme fait l'objet de vives critiques au point d'être qualifiée d'« *inacceptable* », d'« *incertaine* » et d'« *asphyxiante* »⁸⁰. C'est dans ce climat et, au terme de nombreux amendements, que la réforme – néanmoins structurante – allait être adoptée. La loi du 31 juillet 1991 s'inscrit dans un contexte économique et social contraint ; elle essaye d'y remédier par un ensemble de mesures qui tend à rationaliser l'offre de soins.

2°/ La rationalisation de l'offre de soins :

Les objectifs de la réforme du 31 juillet 1991 sont, pour Jean-Marie Clément, excessivement clairs : « *réduire le nombre de lits hospitaliers en s'appuyant sur une planification de plus en plus*

⁷⁶ J.-P. DOMIN, *Une histoire... (op. cit.)*, p. 137 et s. : Le passage de l'État social keynésien à l'État social libéral correspond au passage de la médecine sociale vers l'« hôpital entreprise ».

⁷⁷ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière dite « loi Évin ».

⁷⁸ J.-P. DOMIN, *Une histoire... (op. cit.)*, p. 175.

⁷⁹ Sénat, Séance du 4 juin 1991, Compte rendu intégral, Présidence de Monsieur Dreyfus-Schmidt – vice -président : Certain extraits témoignent de la vigueur des débats : « *On a tenté d'accréditer la thèse selon laquelle le Gouvernement voulait asphyxier, étrangler le secteur privé lucratif. On lui a prêté les plus obscurs desseins et, parmi ceux-ci, l'intention de procéder à une nationalisation rampante de notre système de soins. La simple lecture du texte montre qu'il s'agit là d'arguments polémiques* ».

⁸⁰ C. HURIET, *Rapport... (op. cit.)*, p. 13 et s.

contraignante »⁸¹ ; cette perspective s'appuie sur des mesures de planification et de rationalisation. La loi du 31 juillet 1991 entend, en premier lieu, maîtriser l'offre de soins par la planification puisque les échelles de planification antérieures (la carte sanitaire et la Région) avaient montrées certaines limites⁸² ; la loi du 31 juillet 1991 prévoit un schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) – en supplément de la carte sanitaire – élaboré dans chaque région en fonction des activités de soins (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie), des activités coûteuses (notamment, néonatalogie, urgences, réanimation...) et des équipements médico-techniques. Le SROSS, modifié tous les cinq ans, apparaît comme un outil pertinent et propice à des recompositions régulières de l'offre de soins. La loi du 31 juillet 1991 entend, en second lieu, rationaliser l'offre de soins en favorisant, d'une part, la performance des établissements grâce à la mise en place des projets d'établissement, la définition de contrats d'objectifs et de moyens et la détermination d'objectifs quantifiés nationaux (OQN) applicables aux cliniques et en favorisant, d'autre part, les coopérations inter-hospitalières, les syndicats interhospitaliers, la création de groupements d'intérêt économique (GIE) et de groupements d'intérêt public (GIP).

Au fond, la loi du 31 juillet 1991 est importante parce qu'elle est *fédératrice* et *pragmatique* : fédératrice, parce que la loi organise l'offre de soins à l'échelle territoriale en fonction des besoins et non seulement en fonction de la présence d'opérateurs publics ; pragmatique, parce qu'en utilisant la notion *d'établissement de santé*, le législateur défie l'apparente rigidité des ordres juridiques à propos d'une activité (la santé) dont la finalité est, en réalité, transversale⁸³.

L'histoire des réformes hospitalières est le fruit d'une réglementation progressive ayant abouti à la consécration de l'hôpital public ; cependant, les limites de l'hospitalo-centrisme apparaissent et les lois ultérieures tendent, par un mouvement de régionalisation, de répartir l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

⁸¹ J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)*, p. 26.

⁸² G. VINCENT, « *Les réformes hospitalières* », Revue française d'administration publique, ENA, 2005, n°113, p. 49 à 63 « *les instruments de planification sanitaire ont montré leurs limites au cours de leur mise en œuvre. La carte sanitaire, élaborée à partir d'indices populationnels, est avant tout basée sur l'existant et ne permet pas une bonne adaptation de l'offre de santé à des besoins par nature évolutifs* » ; COUR DES COMPTES, *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, 2002, p. 216 : la carte sanitaire est décrit comme un outil « *purement quantitatif et souvent frustré qui, si elle permet d'empêcher la création d'installations nouvelles dans les zones saturées, se révèle impropre à recomposer l'existant* ».

⁸³ Sénat, Séance du 4 juin 1991, Compte rendu intégral, Présidence de Monsieur Dreyfus-Schmidt – vice-président : « *Notre système hospitalier rassemble, à côté des hôpitaux publics, des établissements privés à but non lucratif participant au service public et des établissements privés à but lucratif. Ce pluralisme, mesdames, messieurs les sénateurs, est une force, dans la mesure où il introduit dans le système hospitalier complémentarités et émulations. Opposer les uns aux autres relèverait d'une conception archaïque du système de soins modernes* ».

Section 2 : Une capacité limitée de l'hôpital public à proposer une offre de soins efficiente sur l'ensemble du territoire :

L'histoire des réformes hospitalières peut, dans un second temps, être rapportée à une période de régionalisation qui révèle, en contrepoint, la capacité limitée de l'hôpital public à proposer seul une offre de soins efficiente sur l'ensemble du territoire. Cette période marque le dépassement de l'hospitalo-centrisme grâce à une phase de régionalisation des politiques hospitalières (I) ; puis, grâce à une phase de régionalisation des politiques de santé (II).

I - La régionalisation des politiques hospitalières :

La décennie 1990-2000 a révélé au moins deux grandes crises dans le système de protection sociale : d'une part, l'ampleur structurelle des déficits de la Sécurité sociale et, d'autre part, la maîtrise encore trop imprécise des dépenses de santé ; dans ce contexte, les ordonnances du 24 avril 1996⁸⁴ souhaitent « étendre le pouvoir de l'État sur tous les organismes de Sécurité sociale » et « de régionaliser la tutelle étatique sur le système hospitalier »⁸⁵. Il convient de présenter la réforme engagée en 1996 (A) ainsi que ses aménagements ultérieurs (B).

A - L'ampleur de la réforme de 1996 :

Les ordonnances de 1996 bouleversent le système de protection sociale et réorientent la démocratie sociale vers une démocratie parlementaire⁸⁶ ; de façon plus singulière, l'ordonnance *relative à l'hospitalisation publique et privée* (n°96-346) répond à un contexte de crise (1°) et met en œuvre un ensemble de mesures structurelles (2°).

1°/ Un contexte de crise budgétaire :

La réforme de 1996 s'inscrit dans un contexte de crise marqué par l'accroissement des déficits de la Sécurité sociale dont l'ampleur entraîne une profonde réforme du système. Jean-Jacques Dupeyroux expose clairement ce contexte : « À partir du moment où le déficit annuel du régime général passait d'une dizaine de milliards de francs dans les années 80 à plus d'une cinquantaine avec les années 90, les problèmes de la Sécurité sociale ont changé de dimension, voire de nature. Chacun a compris que quel qu'en soit le sens, des réformes drastiques devenaient inéluctables. Ce fut l'objet

⁸⁴ Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; Ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la Sécurité sociale ; Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁸⁵ J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 28.

⁸⁶ Voir sur ce point : N. DUFOURCQ, « Démocratie sociale et Sécurité sociale », *Droit Social*, 1994, p. 1108.

du « plan Juppé » exposé par le Premier ministre à l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995. En simplifiant, deux grands volets : le rétablissement urgent de l'équilibre financier, la réorganisation du système »⁸⁷. La réforme du système de protection sociale concerne le financement de la sécurité sociale et entraîne un changement de paradigme très net fondé sur des mesures de budgétisation⁸⁸ – à travers la mise en place d'une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)⁸⁹ – et de fiscalisation à travers l'affectation de ressources fiscales – via la CSG – au financement de la sécurité sociale⁹⁰. Parallèlement, l'ordonnance du 24 avril 1996 réforme l'organisation hospitalière publique et privée, elle entraîne un mouvement de régionalisation de l'offre hospitalière et contribue à une régulation plus aboutie de l'offre de soins⁹¹. Face à un contexte de crise, les ordonnances de 1996 transforment l'ensemble du système de protection sociale et entraînent des mesures structurelles relatives à la gouvernance hospitalière⁹².

2°/ Une réforme structurelle :

L'ordonnance du 24 avril 1996⁹³ crée les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH)⁹⁴ dont l'objet est « de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources »⁹⁵. Sur le plan juridique, les ARH sont constituées sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP) afin de réunir en un seul lieu et, sur la base d'une échelle raisonnable, les autorités compétentes (État et organismes financeurs de l'assurance maladie) ; le « plan Juppé » offre, ainsi, une assise territoriale aux politiques hospitalières. Par ailleurs, les ordonnances de 1996 transforment la planification sanitaire, la maîtrise des coûts et la maîtrise de la qualité. Concernant la planification sanitaire, le SROSS est remplacé par un schéma régional de l'offre de soins (SROS) afin de recenser les moyens disponibles à l'échelle régionale. Concernant la maîtrise des coûts, les coopérations inter-hospitalières sont valorisées dans une optique de rationalisation : la communauté des établissements de santé est créée afin de coordonner le service public hospitalier à l'échelle du secteur, de même que les groupements de coopération sanitaire « ayant pour mission de fédérer les activités des établissements publics et

⁸⁷ J.-J. DUPEYROUX, « Le plan Juppé », Droit social, 1996, p. 753.

⁸⁸ R. PELLET, « La Cour des Comptes et les lois de financement de la Sécurité sociale », Droit social, 1996, p. 774.

⁸⁹ X. PRÉTOT, « Le Parlement et le financement de la Sécurité sociale », Droit social, 1996, p. 762.

⁹⁰ R. PELLET, « Étatisation, fiscalisation et budgétisation de la Sécurité sociale », Droit social, 1995, p. 296.

⁹¹ B. MAQUART, « La réforme de l'hospitalisation publique et privée », Droit social, 1996, p. 868.

⁹² V. G. RODWIN et C. LE PEN, « Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ? », Droit social, 1996, p. 859 : « la principale originalité du plan Juppé, ce qui le distingue radicalement des autres plans, c'est son ambition d'aller au-delà des « mesures d'effet immédiat » et d'enclencher un train de « réformes structurelles » ».

⁹³ Ordonnance n° du 24 avril 1996 issue du plan « Juppé » de 1995.

⁹⁴ Les ARH remplacent les structures antérieures (DRASS et DDASS) tout en poursuivant une logique de rationalisation et de simplification des moyens et des dépenses.

⁹⁵ Article L 6115-1 CSP (abrogé par la Loi du 21 juillet 2009).

privés »⁹⁶. Concernant la maîtrise de la qualité de l'offre de soins, la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) soumet les établissements de santé à l'accréditation⁹⁷.

Pour la première fois les ordonnances de 1996 « ont jeté les bases d'un nouveau système de contraintes s'appuyant sur la prise en compte simultanée d'une régulation par les équipements, sur la base des schémas régionaux d'organisation sanitaire, et d'une régulation par les coûts, fondée par les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale »⁹⁸. Ces mesures ont été aménagées par la suite.

B – Les modifications ultérieures à la réforme de 1996 :

La période couvrant les années comprises entre 1996 et 2009 est marquée par l'aménagement des réformes antérieures. Une première phase d'aménagement se met en place au cours des années 2002-2003 (1°) tandis qu'une seconde phase, plus singulière, peut être identifiée à partir de l'année 2005 (2°).

1°/ Les aménagements des années 2002-2003 :

Les aménagements compris entre les années 2002 et 2003 finalisent la réforme de 1996 ; cependant, certaines faiblesses structurelles, propres à l'hôpital, demeurent⁹⁹ et aménagements ne constituent qu'une « réponse partielle »¹⁰⁰. À l'image de la réforme de 1996, le plan « Hôpital 2007 » s'inscrit dans un climat de tension sociale qui aboutit à l'identification d'une crise « morale, démographique, financière et managériale »¹⁰¹. Le changement de gouvernance s'organise, néanmoins, autour de quatre axes¹⁰² : premièrement, le développement d'un « schéma qui doit associer une autonomie d'organisation interne au respect du projet régional de santé » ; deuxièmement, une réorientation managériale concernant les praticiens et les agents hospitaliers ; troisièmement, une évaluation plus régulière des pratiques et des performances ; quatrièmement, l'émergence de la notion d'efficience au sein des services¹⁰³. Par la suite, la loi du 2 juillet 2003¹⁰⁴ autorise le gouvernement à prendre,

⁹⁶ J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)*, p. 29.

⁹⁷ A. COULOMB, « L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements », *Droit social*, 1996, p.888.

⁹⁸ M. NOGUÈS, *Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé – La fin d'un conflit ?*, Médecine et société – Territoires et économie de la santé, PUF, 2001, p. 29

⁹⁹ G. VINCENT, « Les réformes hospitalières », *ENA, Revue française d'administration publique*, 2005/1, n°113, 2005, p. 49-63.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ D. DEBROSSE, A. PERRIN, G. VALLANCIEN, *Projet Hôpital 2007 – Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale »*, 2003.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ Le rapport qualité-coût du service rendu à l'utilisateur.

par voie d'ordonnance, un certain nombre de mesures de simplification ; puis, l'ordonnance du 4 septembre 2003¹⁰⁵ entraîne trois changements : d'abord, elle supprime définitivement la carte sanitaire et revalorise le SROS ; ensuite, elle supprime les syndicats inter-hospitaliers (SIH) et favorise le développement des groupements de coopération sanitaire (GCS) ; enfin, elle modifie le droit du financement des hôpitaux et autorise le recours au bail emphytéotique¹⁰⁶. En outre, la loi du 18 décembre 2003 initie le passage à la tarification à l'activité (T2A) qui repose sur « *la mise en concurrence des établissements en fonction de leurs coûts* »¹⁰⁷ et privilégie, pour certains, « *les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens* »¹⁰⁸.

2°/ La nouvelle gouvernance :

L'ordonnance du 2 mai 2005¹⁰⁹ entend rénover l'offre de soins afin de « *redonner aux établissements publics et privés confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française* »¹¹⁰. La transformation de l'hôpital public s'appuie sur trois mesures : premièrement, une mesure relative à la gouvernance (à travers le « *recentrage des fonctions du conseil d'administration sur les questions stratégiques* » et « *l'intervention d'une administration provisoire en cas de carence des directions* »¹¹¹) ; deuxièmement, une mesure relative à la « *médicalisation de la gestion hospitalière* » (une cogestion entre les médecins et l'administration réalisée au sein du conseil exécutif nouvellement créé)¹¹² ; troisièmement, une mesure relative à la réforme de la tarification et à la mise en place de la T2A¹¹³. La T2A est mise en œuvre progressivement¹¹⁴ afin d'indexer « *l'allocation des ressources aux établissements de santé sur le volume et la nature de leur activité* »¹¹⁵ ; cette mesure a soulevé de nombreuses critiques dans la mesure où elle « *réintroduit des mécanismes inflationnistes dans la*

¹⁰⁴ Loi d'habilitation n°2003-581 du 2 juillet 2003.

¹⁰⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

¹⁰⁶ IRDES, « *Historique des réformes hospitalières en France* », 2015.

¹⁰⁷ G. VINCENT, « *Les réformes... (op. cit.)*, p. 49-63.

¹⁰⁸ J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)*, p. 33.

¹⁰⁹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.

¹¹⁰ J.-F. MATTÉI, Ministre en charge de la santé, propos rapportés dans J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)*, p. 423.

¹¹¹ J.-M. CLÉMENT, *Histoire... (op. cit.)*, p. 425-426.

¹¹² Ibidem, p. 426.

¹¹³ K. DOUMAIL, *Guide pratique de la tarification à l'activité*, LEH, 2009 ; S. L. GREER, M. WISMAR, J. FIGUERAS, *Strengthening Health System Governance – Better policies, stronger performance*, European Observatory on Health Systems and Policies services, Open University Press, 2015, p. 253 : « *a radical reform in 2004/5 introduced a Diagnosis Related Group (DRG) payment system (also called T2A, Tarification à l'activité) for all acute medical and surgical procedures in public hospitals in place of the global budgets which had operated previously. The main objective of this reform was to harmonize the rules on pricing under a single fixed price model for both public and private providers (Galletto et al. 2014)* ».

¹¹⁴ Une période transitoire de 8 ans est, initialement, prévue ; voir notamment : A. VASSELLE, *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, adopté par l'Assemblée Nationale*, Tome II : Assurance Maladie, Sénat, n° 72, Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2007, Session ordinaire 2007-2008 p. 29.

¹¹⁵ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit... (op. cit.)*, p. 534.

gestion hospitalière en incitant à l'accroissement des budgets par l'augmentation de l'activité »¹¹⁶, de même qu'elle entraîne une modification des activités¹¹⁷ et un ensemble d'interrogations relatives à la pertinence de certaines prises en charge¹¹⁸.

II – La régionalisation des politiques de santé :

Dans le sillage de la régionalisation des politiques hospitalières, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)¹¹⁹, aboutit à la régionalisation des politiques de santé ; il importe de présenter l'ampleur de cette loi (A) avant d'en mesurer l'apport (B).

A – L'ampleur de la réforme :

Pour Jean-Marie Clément, « Cette nouvelle loi de réforme hospitalière va bien au-delà du domaine hospitalier, elle concerne l'ensemble du champ sanitaire et médico-social »¹²⁰ ; et pour cause, la loi HPST, qui repose sur une ambition globale (1°), constitue une réforme structurante (2°).

1°/ Une ambition globale :

La loi HPST engage un mouvement de « modernisation globale du système de santé » ; cependant, elle incarne cette « globalité » à travers une forme d'inflation législative. Dans *Droit et passion du droit sous la Ve République*, Jean Carbonnier souligne ce mouvement – parmi les « dérèglements du droit » – et écrit, à ce titre, que « l'inflation des lois est l'élément qui est senti comme le plus pesant, qui est le plus visible en tout cas, le plus aisément quantifiable dans une société pourvue d'un Journal officiel »¹²¹. La loi HPST reflète, parmi d'autres, ce syndrome du droit contemporain¹²² et force un texte qui ne contenait, à l'origine, que trente-cinq articles à en comprendre, après les débats parlementaires, cent trente-cinq¹²³. Pour autant, quelle qu'en soit la méthode, la loi HPST apparaît

¹¹⁶ D. TABUTEAU, *Démocratie sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013, p. 202.

¹¹⁷ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit... (op. cit.)*, p. 535 ; IRDES, *Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A*, 2013.

¹¹⁸ IGAS, *L'hôpital*, Rapport annuel, 2012, p. 60 et s.

¹¹⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹²⁰ J.-M. CLÉMENT, *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires – Analyse, critique et perspectives*, LEH, 2009, p. 7.

¹²¹ J. CARBONNIER, *Droit et passion du droit sous la Ve République*, Champs Essai, Flammarion, 1996, p. 106-107.

¹²² J.-M. CLÉMENT, *La nouvelle... (op. cit.)*, p. 7 : « Beaucoup de lecteurs de ces 40 pages du Journal officiel, du 22 juillet 2009, ont été découragés par l'aspect extrêmement aride de cette nouvelle loi ».

¹²³ M. BORGETTO, C. BERGOIGNAN-ESPER, « La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » », RDSS, 2009, n° 5, p. 789.

comme une loi structurante dont l'ambition est de résoudre les trois crises du système¹²⁴ : premièrement, une crise de l'hôpital lui-même qui, malgré de nombreux rapports¹²⁵, n'avait pas connu de réforme structurelle depuis les ordonnances de 1996 ; deuxièmement, une crise de l'accès aux soins consécutive à l'évolution de la démographie médicale, à l'extension des déserts médicaux et aux nouvelles formes d'exercice des professionnels de santé ; troisièmement, une crise de l'organisation territoriale de l'offre de soins résultant d'une structuration encore inachevée et perturbée par de vives concurrences sectorielles. La loi HPST illustre une forme d'inflation législative mais reste, pour autant, structurante¹²⁶.

2°/ Une réforme structurante :

La loi HPST vise, simultanément, quatre objectifs¹²⁷ : premièrement, la modernisation des établissements de santé ; deuxièmement, l'accès à des soins de qualité ; troisièmement, la prévention en matière de santé publique ; quatrièmement, l'organisation territoriale de l'offre de soins. Ces mesures envisagées aboutissent à la réorganisation interne¹²⁸ et à la redéfinition des missions de l'hôpital, à la création d'Agences Régionales de Santé (ARS en lieu et place des ARH) et à une coopération accrue entre les établissements de santé (à travers, notamment, la création de communautés hospitalières de territoire (CHT) et la valorisation des groupements de coopération sanitaire (GCS)). Par ailleurs, un ensemble de quatorze missions de service public (MSP)¹²⁹ se substitue au service public hospitalier (SPH). La loi dépasse l'apparente rigidité des ordres

¹²⁴ A. MILON, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Tome I : Examen des articles, Sénat n°380, Session ordinaire de 2008-2009, Annexe au procès-verbal de la séance du 6 mai 2009, p. 11.

¹²⁵ P. RITTER, *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*, 2008 ; Y. BUR, *Rapport d'information déposé par la commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, 2008 ; G. LARCHER, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 2008 ; G. VALLENCIEN, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire à la demande de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*, 2008 ; J. MARESCAUX, *Rapport sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires (CHU)*, 2009.

¹²⁶ J.-M. CLÉMENT, *La nouvelle...* (*op. cit.*), p. 7 : « La loi HPST est une grande loi de santé publique : pour ou contre, il est indéniable que chacun sera frappé par la volonté du législateur d'impliquer l'État dans l'offre égalitaire et de qualité des soins » ; C. CLÉMENT, *La Communauté hospitalière de territoire (CHT), mode d'emploi – constitution et fonctionnement*, LEH, 2012, p. 9 ; C. ANASTASY, *Préface*, dans *La Loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre*, ANAP, 2009 : « La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » institue une territorialisation des politiques de santé et porte une réforme globale qui doit permettre aux institutions et structures de s'adapter aux nouveaux besoins de la population ».

¹²⁷ M. BORGETTO, C. BERGOIGNAN-ESPER, « La loi... » (*op. cit.*), p. 789 et s.

¹²⁸ M. DUPONT, « La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ? », RDSS, 2009, n° 5, p. 791 ; ANAP, *La Loi...* (*op. cit.*), 2009 : notamment, le fonctionnement des instances internes, leur rôle et leur composition, la qualité et la sécurité des soins, la gestion des ressources humaines.

¹²⁹ Article L. 6112-1 et s. CSP.

juridiques et retient une approche *matérielle* (à raison d'un ensemble de missions préalablement définies) afin de satisfaire un but *pragmatique* : premièrement, valoriser les « missions » accomplies par les établissements de santé ; deuxièmement, être en mesure de contrôler, quel que soit la nature de l'établissement de santé impliqué, les dépenses financières.

La loi HPST entraîne un changement de paradigme en matière d'offre de soins : d'une part, elle restructure et régule le système ; d'autre part, elle le transforme grâce à une définition matérielle du SPH. Au regard de ces changements, il convient de décrire l'apport de la réforme.

B – L'apport de la réforme :

La loi HPST élargit le phénomène de régionalisation au champ sanitaire et social (1°) ; en outre, elle favorise la rationalisation de l'offre de soins à travers la valorisation des coopérations inter-hospitalières (2°).

1°/ La régionalisation de la gouvernance sanitaire et sociale :

La régionalisation de la gouvernance sanitaire et sociale¹³⁰ s'inscrit dans le prolongement et dans le dépassement des ordonnances de 1996 ; ce mouvement constitue, pour Jean-Marie Clément, un « *parachèvement étatique* »¹³¹ et, plus largement, un signe évident de régulation publique ; en effet, ce mouvement résulte de la création des ARS (substituées aux ARH) dont les missions étendues consistent à mettre « *en œuvre au niveau régional la politique de santé publique de la Nation* » et à « *réguler, orienter et organiser, en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de service de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé* »¹³². La substitution des ARS aux ARH¹³³ a, d'abord, entraîné une redéfinition des compétences sur le plan *matériel* (avec la mise en œuvre des politiques de santé publique et de l'offre des services de santé) et sur le plan *territorial* (avec l'association des collectivités territoriales à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces politiques) ; ce passage a, ensuite, entraîné une redéfinition des pouvoirs *internes* (entre le conseil de surveillance et le directeur général de l'agence) et *externes* (l'association d'organes consultatifs dans le cadre de la démocratie sanitaire) propres aux agences. La création des ARS renforce les traits d'une institution,

¹³⁰ M. BORGETTO, « *Les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale* », RDSS, 2016, n° 3, p. 403.

¹³¹ J.-M. CLÉMENT, *La nouvelle... (op. cit.)*, p. 75.

¹³² L'article L. 1411-1 CSP énonce un ensemble de 10 missions attribuées aux ARS.

¹³³ F. CHAUVIN, « *De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé* », RDSS, 2009, p.65.

à présent, regardée comme la « *clé de voûte territoriale* » du système de santé¹³⁴.

2°/ La valorisation des coopérations inter-hospitalières :

La loi HPST entend « *favoriser les coopérations entre établissements de santé* »¹³⁵ ; elle met en œuvre trois mesures : premièrement, la suppression des communautés d'établissements de santé et des SIH ; deuxièmement, le maintien d'outils de coopération traditionnels tels que le groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), les groupements d'intérêt public (GIP) et les groupements d'intérêt économique (GIE) ; troisièmement, la revalorisation des GCS¹³⁶. Le GCS de moyens vise à l'organisation commune des fonctions-support, à la réalisation ou à la gestion d'équipements d'intérêt commun et à l'intervention coordonnée de professionnels médicaux dans plusieurs établissements membres du groupement ; le GCS soin constitue une innovation et concerne, plus spécifiquement, le groupement d'activités sanitaires¹³⁷. En outre, la loi HPST crée les CHT afin de « *favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents, en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population* »¹³⁸, leur mise en œuvre « *doit permettre de mieux organiser l'offre publique de soins sur les territoires de santé* »¹³⁹. Les CHT sont créées, entre établissements de santé publique (soit du fait de leur initiative, soit sur initiative du directeur général de l'ARS), au terme d'une « *convention constitutive* » et sur un « *projet médical commun* » ; leur objectif est de mettre en œuvre une stratégie commune à l'échelle d'un territoire¹⁴⁰. La loi HPST aboutit à la régionalisation des politiques de santé : d'une part, elle redéfinit le rôle et les missions dévolues aux établissements de santé ; d'autre part, elle renforce la gouvernance et valorise la coopération inter-hospitalière.

L'intervalle compris entre les années 1941 et 2009 révèle, *a posteriori*, la capacité limitée de l'hôpital public à proposer une offre de soins efficiente sur l'ensemble du territoire ; cette tendance s'exprime, d'une part, à travers le dépassement de l'hospitalo-centrisme et, d'autre part, à travers la déconcentration des politiques de santé, la réinvention progressive de l'échelle régionale et

¹³⁴ C. BERGOIGNAN-ESPER et M. DUPONT, *Droit...* (*op. cit.*), p. 66.

¹³⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Titre I, Chapitre III.

¹³⁶ Article L. 6112-1 CSP.

¹³⁷ C. BERGOIGNAN-ESPER, « *Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation* », RDSS, 2009, n° 5, p. 806 et s.

¹³⁸ J.-M. ROLLAND, *Réforme de l'hôpital*, Assemblée Nationale, Rapport n° 441, Tome I, p. 23.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ J.-M. CLÉMENT, *La nouvelle...* (*op. cit.*), p. 79 et s.

l'élargissement parallèle des compétences qui y sont associées¹⁴¹. L'ensemble de ces évolutions conduit l'État à réguler un système de santé qui constitue, sur le plan économique, un marché ; au regard de ces évolutions, la régulation publique peut être considérée, à certains égards, comme insuffisante.

¹⁴¹ D. TABUTEAU, « *Politiques de santé et territoire* », RDSS, 2009, n° HS, p.7.

Chapitre 2 : La régulation insuffisante de l'offre de soins :

La régulation¹⁴² peut être définie comme « *l'ensemble des techniques qui permettent d'instaurer et de maintenir un équilibre économique optimal qui serait requis par un marché qui n'est pas capable, en lui-même, de produire cet équilibre* »¹⁴³. La régulation entraîne, ainsi, un usage ambivalent du droit¹⁴⁴ qui, non content de proclamer des droits positifs, s'efforce d'orienter des comportements économiques¹⁴⁵ sur un marché défaillant¹⁴⁶. La régulation du système de santé illustre cet usage : d'une part, elle s'applique à un marché caractérisé par son irrégularité et concerne, d'autre part, une pluralité d'acteurs aux intérêts divergents¹⁴⁷. Si, dans un premier temps, nous avons voulu montrer que la recomposition territoriale était un processus constant de l'organisation de l'offre de soins, nous aimerions montrer, dans un second temps, qu'elle constitue un déterminant de la régulation dont les effets se sont révélés insuffisants au cours des années qui ont précédé la mise en place des GHT. La régulation de l'offre de soins apparaît, ainsi, limitée par les caractéristiques propres au marché de la santé (Section 1) parce qu'elle s'est, justement, focalisée sur une offre de soins en constante recomposition (Section 2).

Section 1 : Une régulation limitée par les caractéristiques propres au marché de la santé :

Plusieurs économistes soulignent le fait que « *les défaillances du marché de la santé impliquent que les gouvernements jouent un rôle plus importants* »¹⁴⁸ ; pour autant, le rôle de l'État – en tant que

¹⁴² A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique de l'économie*, Dalloz, Lexiques, 2016, p. 732 : Définition de la régulation : « *Synonyme de politique économique. La notion a une connotation systémique et désigne alors les mécanismes qui stabilisent le système économique à un niveau jugé acceptable* ».

¹⁴³ B. DU MARAIS, *Droit public de la régulation économique*, Presses de Science Po et Dalloz, Amphi, 2004, p. 483 et s.

¹⁴⁴ T. KIRAT, *Économie du droit*, La Découverte, Repères, 2012, p. 26-27 : « *La montée en puissance de l'usage de la loi comme outil de résolution des problèmes économiques et sociaux a été largement commenté, souvent critiquée, et se trouve au centre des débats sur la question de l'effectivité (ou de l'ineffectivité) du droit* ».

¹⁴⁵ F. RANGEON, « *Réflexions sur l'effectivité du droit* », dans CURAPP, *Les usages sociaux du droit*, Colloque, Publications du Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie, 1990.

¹⁴⁶ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique... (op. cit.)*, p. 260-261 : Définition des défaillances du marché, Imperfection du marché (Market Failures) : « *L'efficacité du marché est notamment liée au degré de transparence des informations, à l'intensité de la concurrence, et au mécanisme d'ajustement des prix. On distingue quatre formes principales d'imperfection de marché. 1° L'équilibre par un système de prix ne peut être obtenu en raison de l'existence même de coûts spécifiques dus au fonctionnement du marché. Le recours au marché comporte des coûts de transaction, et le marché n'intègre pas spontanément la valeur des effets externes, ou externalités. (...) Ces défaillances laissent alors une place à l'intervention publique, ou collective, par la négociation ou la régulation* ».

¹⁴⁷ M. MOUGEOT, *La régulation... (op. cit.)*, p. 11 : « *Toute analyse du système de santé est délicate car elle implique une interaction entre des variables médicales et économiques, entre des considérations éthiques, sociales et financières et entre des finalités contradictoires* ».

¹⁴⁸ B. CLEMENTS, D. COADY et S. GUPTA, *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*, International Monetary Fund, 2012, p. 6 : « *The imperfections in the health care market imply that governments must play an important role* » ; J. E. STIGLITZ, « *Government Failure vs. Market Failure : Principles of Regulation* », accessible sur <http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac%3A126997>.

régulateur de l'offre de soins – semble contraint. En effet, la régulation du système de santé est intrinsèquement limitée par les caractéristiques propres au marché de la santé (I) et apparaît, de ce fait, insuffisante (II).

I – Une régulation de l'offre de soins intrinsèquement limitée :

La régulation de l'offre de soins semble être intrinsèquement limitée par les défaillances du marché de la santé¹⁴⁹ ; à ce titre, il convient de présenter les caractéristiques de ce marché (A) avant de présenter les caractéristiques de la régulation en matière de santé publique (B).

A – Le marché de la santé :

Kenneth J. Arrow publie, en 1963, un article fondateur en matière d'économie de la santé¹⁵⁰ ; la légitimité de cette discipline repose sur l'étude d'un marché micro-économique¹⁵¹ caractérisé par son incertitude (1°) et par son imperfection (2°).

1°/ Les incertitudes du marché :

Le marché de la santé est le lieu théorique où s'organise la rencontre entre l'offre et la demande de soins. Deux éléments alimentent l'incertitude du marché : d'une part, la spécificité de la santé envisagée comme un bien¹⁵² et, d'autre part, les caractéristiques propres au marché de la santé. Dans un rapport consacré à l'organisation du système de santé, Gilles Saint-Paul s'interroge sur « *ce qui justifie l'intervention publique en matière de santé* »¹⁵³ ; il répond à cette interrogation en deux temps : premièrement, *la santé n'est pas un bien comme les autres* ; deuxièmement, *l'offre de soins serait probablement d'une qualité inférieure si elle était laissée au libre jeu du marché concurrentiel*. Pour justifier la nature « extraordinaire » du « bien santé », on retient deux

¹⁴⁹ B. MAJNONI D'INTIGNANO, *Santé et économie en Europe*, PUF, Que sais-je, 2013, p. 87.

¹⁵⁰ K. J. ARROW, « *Uncertainty...* (op. cit.).

¹⁵¹ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 534 : Définition du marché : « *Rencontre de l'offre et de la demande pour un bien ou un service. (...) En théorie microéconomique, un marché peut être caractérisé par la nature des produits (homogénéité, hétérogénéité), le nombre d'intervenants (atomicité, molécularité), la qualité de l'information (transparence, opacité), l'adaptabilité réciproque entre l'offre et la demande (fluidité, viscosité) les conditions de cette adaptabilité pouvant être subdivisées en distinguant celles qui portent sur l'accès au marché et la sortie du marché (liberté ou au contraire barrières à l'entrée et à la sortie) et celles qui portent sur les facteurs de production (mobilité)* ». De même : CA Paris, 17 juin 1992, *Compagnie générale de vidéocommunication* : Le marché est « *le lieu théorique où se confrontent l'offre et la demande de produits ou de services qui sont considérés par les acheteurs ou les utilisateurs comme substituables entre eux mais non substituables aux autres biens ou services offerts* ».

¹⁵² *Ibidem*, p. 90-91 : Définition du bien banal : « *Bien ou produit courant et pour lequel la quantité demandée par les consommateurs augmente lorsque leur revenu augmente. Il s'oppose au bien anomal* ».

¹⁵³ G. SAINT-PAUL, *Réflexions sur l'organisation du système de santé*, Conseil d'Analyse Économique, La Documentation française, Paris, 2012, p. 9.

arguments : d'une part, un argument éthique¹⁵⁴ selon lequel la vie humaine est douée d'une égale valeur¹⁵⁵ – sans, pourtant, que cette valeur soit absolue¹⁵⁶ – ce qui déjoue, dans une certaine mesure, les calculs types coûts-bénéfices ; d'autre part, un argument économique¹⁵⁷ d'après lequel l'offre de soins s'inscrit dans un marché d'assurance caractérisé par de nombreuses imperfections¹⁵⁸. Kenneth J. Arrow présente 5 facteurs qui, une fois rassemblés, caractérisent le marché de la santé¹⁵⁹ : premièrement, une demande caractérisée par son « irrégularité » et par son « imprévisibilité » ; deuxièmement, une relation asymétrique, fondée sur une relation de confiance, entre le demandeur de soins (le patient) et le prescripteur (le médecin) détenant l'information ; troisièmement, l'aléa thérapeutique inhérent à la production de soin ; quatrièmement, la réglementation de l'activité – et, notamment, des professions de santé – qui limite l'offre et entend, ainsi, maintenir (voir accroître) la qualité des soins ; cinquièmement, l'encadrement relatif des prix pratiqués par les offreurs de soin. Philippe Herder-Doneich souligne¹⁶⁰, outre les facteurs sus-cités, la forte incidence des orientations des consommateurs (*Preferences*) en raison de la disparité de l'offre ainsi que l'efficacité des politiques publiques (*The efficiency of central administration*) dans leur capacité à substituer l'offre de santé au libre jeu du marché. Le marché de la santé est caractérisé par son incertitude et son irrégularité ; de plus, la transmission de l'information engendre, sur ce marché, un certain nombre d'imperfections.

2°/ Les imperfections de marché :

Le marché optimal¹⁶¹ est caractérisé par l'absence d'imperfection ; en contrepoint de ce modèle

¹⁵⁴ P. MEYER, *Philosophie de la médecine*, Grasset et Fasquelle, Le collège de philosophie, 2000, p. 421 : « *Le respect de la vie humaine, de ses premiers instants aux derniers moments, a été la préoccupation constante des diverses instances éthiques mises en place par l'État ou par des administrations hospitalières* ».

¹⁵⁵ B. MAJNONI D'INTIGNANO, *Santé...* (op. cit.), p. 35 : « *Une politique de santé est optimale (point de vue collectif et individuel) si la valeur accordée à la vie des individus qui la compose est la même, quelle que soit la situation de risque et quel que soit l'individu. Un résultat en accord avec les principes éthiques et moraux, les Droits de l'homme et la déontologie médicale* ».

¹⁵⁶ G. SAINT-PAUL, *Réflexions...* (op. cit.), p. 9 : « *On pourrait évidemment envisager que le coût de la vie humaine soit infini dans tous les domaines d'intervention publique, mais cela signifierait que tout investissement devrait être réalisé, quel que soit son coût, dès lors qu'il épargne au moins une vie, ce qui conduirait finalement à consacrer l'ensemble des ressources nationales à la préservation de la vie humaine (qui en l'absence d'autres formes de consommation, notamment l'alimentation, deviendrait impossible). La perspective selon laquelle la vie humaine n'aurait « pas de prix » (au sens propre) semble donc déboucher sur une impasse* ».

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 10.

¹⁵⁸ Sur ce point voir : 2°/ Les imperfections du marché.

¹⁵⁹ K. J. ARROW, « *Uncertainty...* (op. cit.) : « *This list is not exhaustive, and it is not claimed that the characteristics listed are individually unique to this market. But, taking together, they do establish a special place for medical care in economic analysis* ».

¹⁶⁰ P. HERDER-DORNEICH, « *Social control in health economics* », *Review of social economy*, Vol. 36, N°1, 1978, p. 11-18.

¹⁶¹ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 611 : Définition de l'optimum : « *Niveau jugé le meilleur dans une optique déterminée ou valeur d'une grandeur ou d'un ensemble de grandeurs parmi diverses autres et considérée comme la plus adaptée à la réalisation d'un ou plusieurs objectifs, compte tenu d'un ensemble de contraintes* ».

théorique, le marché de la santé est caractérisé par des imperfections consécutives à l'existence d'une pluralité d'acteurs et entretenues par des asymétries d'informations. Pour Gilles Saint-Paul, la pluralité des acteurs procède du caractère « *anti-économique* » de l'offre de soins¹⁶² ; en effet, la régulation publique du marché – et, donc, l'intervention de l'État – semble justifiée dans la mesure où « *le marché laissé à lui-même fonctionnerait moins bien que le système actuel* »¹⁶³ au regard, notamment, de la réglementation imposée aux professions de santé et de la planification sanitaire. Au-delà de cette justification, le marché de la santé est composé de quatre types d'acteurs¹⁶⁴ – « les professionnels de santé », les « gestionnaires », le « monde marchand » et « le monde politique » – dont la coordination constitue un enjeu de gouvernance : « *aucun système de santé n'est, en effet, régulé par une seule de ces quatre logiques* » et « *la régulation empirique de chaque système se caractérise par une dose donnée (toujours non nulle) de chacune de ces logiques* »¹⁶⁵. La coordination de ces logiques admet, d'une part, que « *le système de santé est constitué d'espaces de décisions dans lesquels l'une ou l'autre des logiques domine* »¹⁶⁶ et aboutit, d'autre part, à des asymétries d'informations qui révèlent l'imperfection du marché. À ce titre, Gilles Saint-Paul identifie trois imperfections de marché : premièrement, il relève le problème de *l'aléa moral*¹⁶⁷ ; deuxièmement, la question de *l'incomplétude des marchés*¹⁶⁸ ; troisièmement, le risque de *la sélection adverse*¹⁶⁹. Ces trois éléments soutiennent la théorie de l'agence¹⁷⁰ selon laquelle l'imperfection de marché repose sur plusieurs asymétries d'informations notamment perceptibles entre patient et praticien¹⁷¹ de même qu'entre assureur et producteur de soins¹⁷². Concernant la relation patient-praticien on retient que le patient s'en remet à l'avis du médecin parce qu'il détient un savoir qui lui est, au moins en partie, inconnu¹⁷³ ; concernant la relation assureur-producteur de soins on remarque que le prix de l'offre de soins a peu d'incidence sur le comportement du patient¹⁷⁴

¹⁶² G. SAINT-PAUL, *Réflexions...* (op. cit.), p. 11.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 11.

¹⁶⁴ A.-P. CONTANDRIOPOULOS, « *La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance – Health governance : a performance-oriented regulation* », Santé publique, 2008, volume 20, N°2, p. 191-199.

¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹⁶⁷ G. SAINT-PAUL, *Réflexions...* (op. cit.), p. 15 : « *l'assuré exerce des actions non observables par l'assureur, susceptibles de réduire ou d'accroître les risques, mais que l'assureur ne peut pas contrôler* ».

¹⁶⁸ *Ibidem* : « *les personnes dont la morbidité est plus élevée en raison de certaines de leurs caractéristiques observables, notamment leurs conditions héréditaires* ».

¹⁶⁹ *Ibidem* : « *le niveau de risque varie de façon non observables entre les individus. Dans de telles circonstances, les individus de risque faible peuvent être incités à ne pas s'assurer, et dans ce cas les primes augmentent pour le reste des assurés* ».

¹⁷⁰ Sur la théorie de l'agence voir notamment : B. SALANIÉ, *La théorie des contrats*, Économica, Paris, 1994 et P. CAHUC, *La nouvelle microéconomie*, La Découverte, Paris, 1993.

¹⁷¹ J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 150 et s.

¹⁷² D. HENRIET et J.-C. ROCHET, « *Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé* », (Complément B), dans M. MOUGEOT, *La régulation...* (op. cit.), p. 121-122.

¹⁷³ D. TABUTEAU et A. MORELLE, *La santé publique*, PUF, Que sais-je ?, 2010, p. 80-81.

¹⁷⁴ S. E. WHITESELL, W. E. WHITESELL, « *Hospital Mergers and Antitrust: Some Economic and Legal Issues* », The American Journal of Economics and Sociology, Vol. 54, 1995 (n°3), p. 308.

dans la mesure où, une fois assuré, le producteur de soins détermine le coût reposant, *in fine*, sur l'assureur¹⁷⁵.

Les imperfections de marché sont dues à l'existence de plusieurs acteurs détenant une part asymétrique d'information ; face à un marché, à la fois, complexe et potentiellement inéquitable dans un système de concurrence pure, la régulation publique apparaît légitime.

B – La régulation du marché de la santé :

La régulation du système de santé s'applique à un marché irrégulier et incertain ; dans ce contexte, il convient de présenter successivement l'objet (1°) et les déterminants de la régulation (2°).

1°/ L'objet de la régulation sanitaire :

La régulation sanitaire peut être définie comme la mise en œuvre d'une politique publique (caractérisée par des mesures interventionnistes d'économie politique) appliquée au système de santé, visant à contrebalancer les effets potentiels d'un système de marché, afin de garantir à ce secteur d'activité un certain niveau de qualité (relatif à l'offre de soins) et une stabilité de la dépense (individuelle et socialisée)¹⁷⁶. Pour Béatrice Majnoni d'Intignano, la régulation du système de santé poursuit trois objectifs¹⁷⁷ : premièrement, « *le respect des équilibres macroéconomiques pour la dépense publique* » (assuré par la démocratie parlementaire – via le vote de la LFSS) ; deuxièmement, « *la recherche d'un optimum microéconomique* » concernant l'offre de soins (une recherche d'efficacité visant à maximiser la qualité du service tout en minimisant son coût) ; troisièmement, « *le respect des objectifs d'équité et de solidarité* ». Pour Alain Jourdain et Pierre-Henri Bréchat il est possible d'identifier, dans la lignée des modèles de gouvernance développés par André-Pierre Contandriopoulos¹⁷⁸, quatre méthodes de régulations¹⁷⁹ : premièrement, une « *option libérale* »¹⁸⁰ avec laquelle le marché concurrentiel est privilégié et où « *l'hôpital-entreprise* » tend à

¹⁷⁵ Dans la mesure où, le patient étant assuré, la rente informationnelle revient au producteur de soin qui détermine, indirectement, le coût reposant sur l'assureur.

¹⁷⁶ Pour plus de précisions sur la régulation du marché de la santé : S. THOMSON, J. FIGUERAS, T. EVETOVITS, M. JOWETT, P. MLADOVSKY, A. MARESSO, J. CYLUS, M. KARANIKOLOS, H. KLUGE, *Economic crisis, health system and health in Europe – impact and implications for policy*, Policy Summary, World Health Organization (WHO), 2015, p. 107-109.

¹⁷⁷ B. MAJNONI D'INTIGNANO, *Santé... (op. cit.)*, p. 87.

¹⁷⁸ A.-P. CONTANDRIOPOULOS, « *La gouvernance... (op. cit.)*, p. 191-199. Voir supra : 2°/ Les imperfections de marché / a – La pluralité des acteurs ou l'enjeu de la gouvernance.

¹⁷⁹ A. JOURDAIN et P.-H. BRÉCHAT (dir.), *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2012, 2e édition, p. 32-33.

¹⁸⁰ L'« option libérale » se rapporte, en pratique, au modèle de régulation par le marché pratiqué aux États-Unis ; sur ce point voir : B. PALIER, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, Que sais-je ?, 2004, p. 69.

maximiser ses profits en tirant partie des systèmes de tarification ; deuxièmement, une « *option constructiviste ou bureaucratique* »¹⁸¹ qui organise, de façon rationnelle, « *les rapports entre les acteurs de l'organisation pour atteindre de façon optimale les objectifs prédéterminés* » ; troisièmement, une (première) option intermédiaire fondée sur les « *régulations professionnelles* »¹⁸² où les professionnels de santé jouent, du fait de leur savoir¹⁸³, un rôle prééminent ; quatrièmement, une (seconde) option intermédiaire fondée sur les « *régulations politiques* » où la décision légitime revient au « *payeur* ». La régulation des systèmes de santé s'appuie sur des objectifs et concourt à une maîtrise politiquement orientée de l'offre de soins ; en outre, elle s'appuie sur un ensemble de déterminants.

2°/ Les déterminants de la régulation sanitaire :

La régulation sanitaire s'appuie, d'un point de vue pratique, sur un ensemble de déterminants de type *économiques* et *politiques*. En premier lieu, la régulation sanitaire s'appuie sur un ensemble de déterminants de type *économiques* ; on relève à ce titre¹⁸⁴ : *la régulation des dépenses* qui tend à être maîtrisée au niveau systémique (via l'ONDAM), au niveau des établissements (via la mise en œuvre de procédures budgétaires et de mécanismes relevant de la comptabilité publique) et au niveau des activités réalisées (via la mise en œuvre de la T2A) ; *la maîtrise de la demande* au gré de mesures incitatives (via l'exonération du ticket-modérateur) ou tendant à la « *des-incitation* » (les dépassements d'honoraires) ; la maîtrise de l'offre caractérisée par des mesures de planification (via la mise en place de cartes sanitaires et de schémas – SROSS et SROS) et des mesures financières (via l'ONDAM, la T2A et de mécanismes conventionnels pour les établissements de santé privés). En outre, la régulation sanitaire tient compte d'un espace de liberté ménagé pour le secteur assurantiel (en marge de la Sécurité sociale) et pour le secteur de la médecine libérale et privée (en marge du secteur de santé publique)¹⁸⁵. En second lieu, la régulation sanitaire s'appuie, également, sur un ensemble de déterminants de type *politiques* ; ces déterminants relèvent : premièrement, de la quantité d'informations détenues dans le cadre d'un marché imparfait ; deuxièmement, de la conception (centrale ou décentralisée) des modes de gouvernance en matière de santé publique ; troisièmement, de la projection stratégique de l'État en matière d'économie politique. Ces éléments

¹⁸¹ L' « option constructiviste ou bureaucratique » se rapporte, en pratique, au modèle de « régulation étatique » ; sur ce point voir : B. PALIER, *La réforme...* (op. cit.), p. 70-71.

¹⁸² L'option fondée sur les « régulations professionnelles » se rapporte, en pratique, à la « régulation négociée allemande » ; sur ce point voir : B. PALIER, *La réforme...* (op. cit.), p. 69.

¹⁸³ P. HERDER-DORNEICH, « *Social...* » (op. cit.), p. 11-18.

¹⁸⁴ D. TABUTEAU et A. MORELLE, *La santé...* (op. cit.), p. 80-86.

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 81.

permettent de définir autant d'axes d'amélioration¹⁸⁶ et révèlent, *a contrario*, les lacunes d'une planification à certains égards insuffisante.

Les déterminants de la régulation sanitaire peuvent être répartis en fonction de leur caractère économique ou politique ; cette esquisse théorique révèle, cependant, un ensemble de « levier » qui permet de favoriser le développement d'une forme de régulation plus optimale. La régulation connaît certaines limites qui tiennent, intrinsèquement, à la nature du marché de la santé ; dans ce contexte, la régulation de l'offre de soins s'est, parfois, montrée insuffisante.

II – Une régulation de l'offre de soins insuffisante :

La régulation de l'offre de soins apparaît, à certains égards, insuffisante¹⁸⁷ ; cette insuffisance repose sur la coexistence de deux secteurs (A) et se manifeste, notamment, à travers l'existence de perméabilités sectorielles (B).

A – La coexistence d'une offre publique et privée :

La dualité de l'offre de soins repose sur l'existence de deux secteurs concurrents ; ainsi, en parallèle du secteur public, l'existence du secteur privé connaît une justification théorique (1°) et repose sur une réalité économique (2°).

1°/ Une justification théorique :

La France apparaît, pour certains, comme « *le seul grand pays d'Europe où s'est autonomisé un droit de la santé spécifique dans l'ordre juridique privé* »¹⁸⁸ ; il faut dire, en effet, que l'essor de l'offre de soins privée est le fruit d'une longue résistance sur le plan juridique. Pour Antoine Leca, la médecine libérale relève, d'avantage de la sociologie juridique que du droit positif dans la mesure où elle ne fait l'objet, en tant que telle, d'aucune mention au sein du CSP¹⁸⁹. Elle doit cependant son existence à *un acte de conciliation* et à *un acte d'affirmation* : la conciliation intervient lors du débat sur les assurances sociales (autour des lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930) tandis que

¹⁸⁶ Sur le rapport entre concurrence et « *indispensable régulation* » voir : D. TABUTEAU, « *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre replis et renouveau* », RDSS, 2013, p. 5.

¹⁸⁷ B. PALIER, *La réforme...* (op. cit.), p. 119 : « *Il faudrait aller beaucoup plus loin pour améliorer le fonctionnement du système, tout en respectant les objectifs d'égalité aux soins, d'égalité d'état de santé et de viabilité financière (...)* ».

¹⁸⁸ A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé*, Éditions LEH, Bordeaux, 2014, p. 264.

¹⁸⁹ A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ?* », RDSS, 2011, n° HS, p. 91.

l'affirmation intervient, dans la lignée de la Charte de la médecine libérale¹⁹⁰, grâce au Code de déontologie médicale de 1947¹⁹¹. Les fondements de la médecine libérale peuvent être, selon Antoine Leca, résumés en 4 principes¹⁹² : premièrement, la liberté d'installation ; deuxièmement, le libre choix du médecin par le patient ; troisièmement, la liberté de prescription du médecin ; quatrièmement, « *l'entente directe avec le malade sur les honoraires, le droit du praticien d'être rémunéré à l'acte et le paiement direct par le patient* ». Au-delà de ces principes, la survivance d'un exercice privé tend à s'opposer à la « médecine de caisse » et à faire valoir ses intérêts à travers des débats récurrents relatifs aux grands actes de régulation tels que la répartition géographique des professionnels de santé¹⁹³, la réglementation des professions¹⁹⁴ ou la maîtrise des dépenses de santé¹⁹⁵. L'existence d'une offre de soins privée apparaît justifiée par le droit et organisée autour du principe de liberté ; cette existence est d'autant plus forte qu'elle s'appuie sur une réalité économique.

2°/ Une réalité économique :

La médecine libérale repose sur une réalité économique fondée, pour certains, sur les bienfaits de la concurrence mais dont les effets demeurent, pour d'autres, critiquables. Ainsi, au-delà des revendications relatives au principe de liberté, certaines hypothèses économiques soutiennent la mise en place d'un marché concurrentiel – ou, dit autrement, une abstention de l'État dans la sphère économique. L'abstention de l'État en matière économique a été, initialement, conceptualisée par Friedrich Von Hayek¹⁹⁶ tandis que la promotion d'un modèle concurrentiel public-privé a été défendu par les travaux de Gordon Tullock : « *Un des moyens d'accroître la compétitivité des services du gouvernement consiste, tout simplement, à les priver de tout contrat d'exclusivité* »¹⁹⁷. Au regard des imperfections de marché¹⁹⁸, l'hypothèse d'une mise en concurrence apparaît théoriquement soutenable, mais au regard de ses conséquences pratiques, cette hypothèse semble être, à juste titre, critiquée. Au fond, ce n'est pas l'existence d'un marché de santé privé qui doit être

¹⁹⁰ Signée en 1927 par le docteur Paul Cibrié.

¹⁹¹ Codifié aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112 CSP et commenté sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/saved_ressources/Commentaires_du_code_de_deontologie_medecale.pdf.

¹⁹² A. LECA, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ?* », RDSS, 2011, p. 91.

¹⁹³ Y. BOURGUEIL, J. MOUSQUÈS, A. TAJAHMADI, *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? – Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, Rapport n° 534 (biblio n°1635), 2006.

¹⁹⁴ C. HURIET, *Rapport... (op. cit.)*, p. 22.

¹⁹⁵ D. POLTON, « *La régulation des dépenses en médecine de ville : dépasser le débat maîtrise médicalisée / maîtrise comptable* », Droit social, 1996, p. 808.

¹⁹⁶ F. VON HAYEK, *La route de la servitude*, PUF, 1985.

¹⁹⁷ G. TULLOCK, *Le marché politique*, Paris, Économica, 1972, p. 62.

¹⁹⁸ Voir Chapitre II, Section I, A, 2°/ *Les imperfections de marché*.

critiquée – l'histoire et le droit l'ont justifiée¹⁹⁹ – mais la logique de « coexistence dérogatoire » qu'il impose ; comme l'exprime justement Jean Peneff²⁰⁰ : « *la grande force de la médecine du XX^e siècle est d'avoir conservé son organisation libérale dans un service devenu public et transformé la socialisation des revenus individuels de ses membres en pivot de la politique libérale. Défendre ainsi un libéralisme sans risques d'insolvabilité des clients est un privilège exceptionnel. A la différence de leurs prédécesseurs, les médecins sont aujourd'hui débarrassés des démarches judiciaires pour faire rentrer les impayés. Leurs honoraires sont garantis. La sécurité qui en découle en fait des 'saliés' singuliers qui déterminent librement leur objet de travail, leurs conditions de travail (horaires, lieu, malgré les astreintes) et préservent leur autonomie avec le choix des actes et des prescriptions. Ils peuvent définir leur niveau de revenus en adaptant le volume des actes produits* ». Aussi, si la liberté est légitime sur le plan juridique, son usage et son opportunité peuvent être critiqués sur le plan de la justice sociale.

L'existence de deux marchés apparaît justifiée sur le plan théorique ; cependant, les effets de cette dualité entraînent, en pratique, des situations de confusion sur le plan juridique et économique²⁰¹.

B – La perméabilité entre secteur public et secteur privé :

L'existence du secteur privé apparaît sociologiquement justifiée ; cependant, la coexistence des offres apparaît, à certains égards, pernicieuse : elle entraîne un système dual (1°) et la création de dérogations multiples sur le plan statutaire (2°).

1°/ Un système dual :

Les concurrences public-privé aboutissent à des positions économiques exorbitantes et à une concurrence dispendieuse. Pour Didier Tabuteau, « *le sentiment d'omniprésence de l'État dans le système de santé, que ressentent la plupart des professionnels du secteur, ne doit pas faire illusion* »²⁰² ; en effet, la double tutelle répartie entre l'État (sur le secteur public) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (sur la médecine de ville) aboutit

¹⁹⁹ A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ, *Histoire... (op. cit.)*, p. 183 et s.

²⁰⁰ J. PENEFF, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2006, p. 214 cité dans A. Leca, « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ?* », RDSS, 2011, p. 91, (note 24).

²⁰¹ Voir notamment : E. LÉVY, « *L'économiste de la santé face à la distinction public-privé* », Archives de la Philosophie du droit, 1997, n°41, p. 387-393.

²⁰² D. TABUTEAU, *Démocratie sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013, p. 191.

à des « effets délétères »²⁰³. Au fond, l'analyse de l'offre sectorielle en matière de santé aboutit à faire du principe d'égal accès aux soins et du parcours-patient des défis pour le service public alors même que les efforts de régulation devraient se concentrer sur ces points²⁰⁴. L'inconvénient d'une telle dualité est de reposer sur un système de financement unique ; qui fournit à l'opérateur privé une sorte de « rente ». Bruno Palier cite, au sein d'un développement sur l'augmentation des dépenses de santé²⁰⁵, une intervention de Christian Prieur : « *L'assurance-maladie, en finançant les biens et les services médicaux, assure aux professionnels de santé leurs revenus : ceux-ci ont donc tout intérêt à les augmenter en créant des dépenses qui seront de toute façon remboursées par les assurés. (...) C'est ainsi que le principe d'exercice libéral de la médecine (...) n'est pas compatible avec un financement socialisé si celui-ci est considéré comme un remboursement sans limite* »²⁰⁶. Au-delà de l'analyse globale du système, l'analyse sectorielle confirme, par ailleurs, ce constat²⁰⁷.

2°/ La survivance de « coexistences dérogatoires » :

La conséquence de cette dualité entraîne des phénomènes de concurrence directe²⁰⁸ et des situations de perméabilité entre les secteurs. Ainsi, ce qui apparaît, pour certains, comme l'expression d'une logique de marché, constitue, pour d'autres, une forme de concurrence exercée « contre l'état »²⁰⁹. En réalité, ce mouvement illustre ce que François Ewald appelle la « marchandisation des services de protection »²¹⁰ et ce qu'Alain Supiot associe à la « gouvernance par les nombres »²¹¹. À titre d'exemple, on remarque notamment que les cliniques privées représentent 40 % des établissements de santé et ¼ des capacités totales d'hospitalisation en France²¹² ; de même, on remarque que la régulation des prix/tarifs à l'hôpital est intrinsèquement contrainte par les principes inhérents au secteur privé²¹³ (dépassements d'honoraires qui « s'ajoutent

²⁰³ *Ibidem*, p. 193.

²⁰⁴ *Ibidem*, p. 190 et G. SAINT-PAUL, *Réflexions...* (op. cit.), p. 50 et s.

²⁰⁵ B. PALIER, *La réforme...* (op. cit.), p. 67.

²⁰⁶ C. PRIEUR, « *Le système de santé – Qualité des soins* », formation à l'URML du Languedoc-Rousillon, 2003 : propos rapportés dans B. PALIER, *La réforme...* (op. cit.), p. 67.

²⁰⁷ COUR DES COMPTES, « *Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délais* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, Septembre 2015, p. 301-344.

²⁰⁸ D. TABUTEAU, *Démocratie...* (op. cit.), p. 134 : La diffusion de cette logique « n'a que rarement été revendiquée sur un plan politique ».

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ F. EWALD, « *La société assurancielle et son avenir* », *Le Débat*, novembre-décembre 2009, n°157 cité dans D. TABUTEAU, *Démocratie...* (op. cit.), p. 134.

²¹¹ A. SUPIOT, *L'esprit de Philadelphie – La justice sociale face au marché total*, Seuil, 2010 ; A. SUPIOT (dir.), *La gouvernance par les nombres – Cours au Collège de France (2012-2014)*, Fayard, Poids et mesures du monde, 2015.

²¹² F. BARTOLI, H. DE BEAUCHAMPS, N. DESTAIS ET I. YÉNI, *Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soin*, IGAS (RM2012-112P), 2012 cité dans IGAS, *L'hôpital*, Rapport annuel, 2012, p. 259.

²¹³ IGAS, *L'hôpital...* (op. cit.), p. 31.

aux prix administrés ») et entraîne des écarts-coûts difficilement justifiables entre les secteurs²¹⁴. Cette tendance, emportée par la diffusion du « *new-public management* »²¹⁵, contribue à rapprocher les secteurs et, dans certaines hypothèses, à justifier une forme de perméabilité : en témoigne, notamment, la conclusion de contrat d'exercice libéral²¹⁶ au sein des cliniques privées²¹⁷ et des hôpitaux²¹⁸ ; de même, les phénomènes de titularisation des infirmiers qui, destinés à pallier la pénurie de personnel, généralisent le contournement du concours et, *in fine*, des principes constitutifs de la fonction publique²¹⁹ ; enfin, le développement de partenariats publics-privés (PPP) permettant la rémunération d'un prestataire privé pour assurer la gestion d'un service public²²⁰ que Didier Tabuteau assimile à la « *dissolution du service public hospitalier* » – phénomène que la Cour des Comptes a, par ailleurs, vivement critiqué²²¹. L'existence de positionnements hybrides de la part des acteurs résulte, d'une part, d'un système construit sur une dualité et, d'autre part, sur la survivance de positions dérogatoires justifiées par de nouvelles orientations en termes de management.

Finalement, au regard de ses aboutissements, la régulation publique apparaît limitée par les caractéristiques propres au marché de la santé ; comme le souligne Claude Évin, le « *système de santé et son financement ont leur histoire et s'organisent autour de structures qui ont leurs faiblesses mais qu'il serait illusoire de vouloir complètement ignorer (...). Ce système permet en effet d'avantage de consommer de soins qu'il ne produit de la santé* »²²². Dans ce contexte, l'effort de régulation apparaît insuffisant au cours des années qui ont précédé la mise en place des GHT. Dans le même ordre d'idées, la planification régionale de la santé – en tant qu'élément de la régulation – s'appuie sur une échelle, certes, pertinente mais qui demeure perfectible.

²¹⁴ Z. OR, T. RENAUD, L. COM-RUELLE, *Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? – Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs publics et privé en France*, IRDES, DT n°25, 2009.

²¹⁵ S. L. GREER, M. WISMAR, J. FIGUERAS, *Strengthening Health System Governance – Better policies, stronger performance*, European Observatory on Health Systems and Policies serices, Open University Press, 2015, p. 253 : « *under the New Public Management movement, in France, as of 2010, the health care code requires public hospitals to replace the unitary system of the board of directors with the dual system comprised of the supervisory and the management boards under the reform 'Hôpital, Santé, Patients, Territoires' or HSPT* ».

²¹⁶ Articles 83 du Code de Déontologie Médicale, L. 4113-9 et R. 4127-83 du CSP ; Décret du 25 avril 2001 et Circulaire du 26 novembre 2001 ; M. GHEBALI-BAILLY, « *La légalité de la nouvelle réglementation de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital* », AJDA, 2003, p.1514.

²¹⁷ Voir notamment : COUR DES COMPTES, « *Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance-maladie à mieux connaître* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, septembre 2014, p. 447.

²¹⁸ M. BORGETTO, « *L'exercice de la médecine face aux mutations du modèle libéral* », RDSS, 2013, n° 4, p. 573 ; F. MANDIN, « *Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public* », RDSS, 2013, n° 4, p. 591 et s. ; F. HÉAS, « *Exercice de la médecine et salariat* », RDSS, 2013, n° 4, p. 573 et s. ; C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit... (op. cit.)*, p. 507 s.

²¹⁹ Par exemple : TA Besançon, 27 décembre 2007, (n° 0601035) et « *Refus de titularisation illégal d'une stagiaire dont l'insuffisance professionnelle n'est pas établie – Tribunal administratif de Besançon 27 décembre 2007* », AJFP 2008, p.182.

²²⁰ D. TABUTEAU, *Démocratie... (op. cit.)*, p. 137.

²²¹ COUR DES COMPTES, « *Les coopérations... (op. cit.)*, p. 259-286.

²²² C. ÉVIN, « *Quelques réflexions à propos du chapitre santé du plan Juppé* », Droit Social, 1996, p. 300.

Section 2 : Une régulation publique fondée sur une échelle évolutive :

Pour Michel Noguès, « *il est certain qu'il faut décloisonner le système à différents niveaux avant d'opter pour quelque solution que ce soit. Les clivages sont en effet nombreux, et concernent tout à la fois, les modes d'allocation des ressources, les territorialités existantes, la nature juridique et la destination médicale des établissements, les compétences administratives en matière de décision et, plus encore, le partage entre le champs hospitalier et le domaine de la médecine libérale* »²²³. Ce constat renforce l'idée selon laquelle l'échelle régionale de pilotage est évolutive. Dans un premier temps, nous verrons, que la régulation sanitaire s'applique à une échelle régionale en « trompe l'œil » (I) avant de montrer que cette échelle tend à être dépassée par un mouvement de territorialisation plus affirmé (II) qui préfigure la mise en place des GHT.

I – Un mouvement de « régionalisation en trompe l'œil » :

Dans *Démocratie sanitaire*, Didier Tabuteau parle de « *régionalisation en trompe l'œil* »²²⁴ ; il écrit, à ce titre, que « *l'irruption de la notion de région sur le champ de la santé s'explique paradoxalement par l'absence jusqu'à ces dernières décennies d'un véritable pilotage par l'État du système de santé* »²²⁵. Le faux-semblant qui entoure la régionalisation des politiques de santé est relatif : d'une part, elles s'établissent, effectivement, sur un mouvement de déconcentration régional (A) mais elles suscitent, d'autre part, un ensemble d'enjeux plus vastes qui relativisent la pertinence de cette échelle (B).

A – La régionalisation des politiques de santé :

La régionalisation des politiques de santé est un mouvement qui, pour être contestable, n'en est pas moins vérifié : les lois successives ont, depuis 1996, contribué à l'architecture d'un système de pilotage régional des politiques de santé (1°) tandis qu'elles ont, dans le même temps, révélé certaines limites propres à cette échelle (2°).

1°/ L'architecture du système régional :

L'architecture du système régional de santé repose sur les ARS et sur la mise en œuvre du plan stratégique régional de santé mais, également, sur la mise en place de différents schémas. En effet,

²²³ M. NOGUÈS, *Gestion... (op. cit.)*, p. 97.

²²⁴ D. TABUTEAU, *Démocratie... (op. cit.)*, p. 105.

²²⁵ *Ibidem*.

depuis la loi HPST, le pilotage régional du système de santé repose sur les ARS ; ce pilotage régional implique la coordination de programmes et d'actions tels que la déclinaison des objectifs de la politique nationale de santé²²⁶, les principes de l'action sociale et médico-sociale²²⁷, les principes fondamentaux du code de la Sécurité sociale (CSS)²²⁸. En outre, l'ARS définit et met en œuvre le plan stratégique régional (PSR) de santé²²⁹ qui vise à évaluer l'état et l'évolution des besoins de santé, à analyser l'offre de soins présente dans la région, à déterminer une politique d'objectifs en termes de prévention et d'accès aux soins, à définir des mesures de coordination entre les acteurs²³⁰. La planification régionale de l'offre de soins s'organise, également, autour de schémas²³¹. On relève, notamment, le schéma régional de prévention²³² dont l'objectif est de décliner, à l'échelle infrarégionale, les objectifs du plan stratégique régional de santé en matière de prévention. On relève, également, le schéma régional de l'offre de soins (SROS) dont l'objet est de « *prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé* »²³³ et dont les modalités ont été concentrées autour de l'efficience (la coopération, la coordination et l'accessibilité économique) et de l'accessibilité géographique. On relève, enfin, le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) qui s'articule autour d'une double échelle : une planification régionale et une planification départementale (échelle privilégiée de l'action sanitaire et sociale et médico-sociale²³⁴). L'architecture du système est donc ancrée, d'un point de vue administratif, autour de l'échelle régionale ; cependant, cette échelle a révélé certaines limites.

2°/ Les limites de la planification régionale :

Les limites de la planification régionale apparaissent parallèlement à sa mise en œuvre à travers un mouvement de recomposition infrarégionale de l'offre de soins et à travers le développement de territoires de santé²³⁵. Ainsi, à l'image des compétences de l'ARS et de l'échelle opérationnelle des plans et des schémas suscités, la recomposition de l'offre de soins s'est organisée à une échelle infra-ou interrégionale ; en effet, l'organisation de l'offre de soins repose sur une unité de coordination territoriale. Le territoire de santé est retenu « *pour la prise en compte des activités de santé publique, de soins et d'équipements pour les établissements de santé, de prise en charge et*

²²⁶ Article L. 1411-1 CSP.

²²⁷ Articles L. 116-1 et L. 116-2 CASF.

²²⁸ Article L. 111-2-1 CSS.

²²⁹ Article R. 1434-2 CSP.

²³⁰ Voir notamment : P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 59.

²³¹ *Ibidem.*

²³² Article R. 1434-3 CSP.

²³³ Article L. 1434-7 CSP.

²³⁴ M. TACHON, « *La mise en plan du social départemental* », dans A. JOURDAIN et P.-H. BRÉCHAT (dir.), *La nouvelle...* (op. cit.), p. 187-204.

²³⁵ Voir notamment : P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.).

d'accompagnement médico-social, ainsi que pour l'accès aux soins de premiers recours »²³⁶. Les attributions des territoires de santé sont, depuis 2009, plus vastes : auparavant, ils servaient à répartir localement l'offre hospitalière ; désormais, ils participent à une planification globale de l'offre proposée par les établissements et services médico-sociaux, par les établissements de santé publique et la médecine de ville et d'ambulatoire²³⁷. En outre, une conférence de territoire est constituée par chaque ARS afin de rassembler les représentants des acteurs du système et les représentants des usagers²³⁸ présents sur le territoire²³⁹.

Les limites de la planification régionale apparaissent à travers le développement d'une échelle territoriale plus précise et plus transversale. Cependant, cette nouvelle échelle suscite un certain nombre d'enjeux.

B – Les enjeux de la recomposition territoriale de l'offre de soins :

Dans son rapport annuel, publié en 2012, l'IGAS relève des « *enjeux potentiellement contradictoires entre proximité des soins, sécurité et efficacité* »²⁴⁰ ; en effet, deux questions sous-tendent la réflexion menée autour de la recomposition territoriale de l'offre de soins : d'une part, la question de l'accessibilité aux soins (1°) et, d'autre part, celle de l'efficacité de l'offre de soins (2°).

1°/ La question de l'accessibilité :

La question de l'accessibilité aux soins repose sur la coordination des professionnels de santé et sur la coordination des secteurs public et privé ; elle pose, implicitement, la question de la répartition des professionnels de santé sur le territoire mais révèle aussi que le tissu hospitalier est globalement satisfaisant. La Cour des Comptes remarque que « *D'une manière générale, il faut constater dans notre pays en matière d'offre de soins de nombreuses disparités géographiques de santé* »²⁴¹ et relève un manque de coordination entre les secteurs et des failles en termes d'accessibilité aux soins²⁴². Elle identifie, par ailleurs, une dé-corrélation entre l'organisation de l'offre médico-sociale et le processus de recomposition hospitalière ainsi que des « *tentatives tardives d'organisation des*

²³⁶ Articles L. 1434-16 et -17 CSP, D. 1434-21 à 40 CSP et Décret n°2010-347 du 31 mars 2010.

²³⁷ Voir notamment : B. APOLLIS, E. TERRIER, « *La réforme de la planification hospitalière* », AJDA, 2006, p. 422.

²³⁸ P.-H. BRÉCHAT et C. MAGNIN-FEYSOT, « *La place des usagers dans les différentes instances participant à la planification* », dans A. Jourdain et P.-H. BRÉCHAT (dir.), *La nouvelle... (op. cit.)*, p. 207-225.

²³⁹ Article L. 1434-17 CSP.

²⁴⁰ IGAS, *L'hôpital... (op. cit.)*, p. 21.

²⁴¹ F. BOURDILLON, « *Les territoires de santé : un outil de planification en santé* », RDSS, 2009, n° HS, p. 28.

²⁴² COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 187.

soins de ville »²⁴³ pour remédier aux fractures territoriales²⁴⁴. Pour autant, la pertinence de l'échelle infra- ou interrégionale semble justifiée dans la mesure où la concertation et la coordination repose, en la matière, sur « *les dynamiques et les acteurs locaux* »²⁴⁵. Concernant le tissu hospitalier²⁴⁶, l'IGAS évalue la couverture relativement satisfaisante mais émet quelques réserves relatives à son efficacité²⁴⁷. Concernant la répartition géographique des services, on remarque que les inégalités territoriales sont en baisse : 95 % de la population française accède aux soins hospitaliers courants en moins de 45 minutes et, les ¾ en moins de 25 minutes²⁴⁸. Cependant, deux réserves sont signalées : la première concerne l'utilisation des lits et blocs opératoires (une utilisation inadéquate, voir trop faible du potentiel) tandis que la seconde concerne les dépassements d'honoraires pratiqués sur certains segments d'activité qui constituent autant de freins en matière d'accès aux soins. La question de l'accessibilité aux soins est globalement satisfaisante mais connaît quelques écueils ; en outre, l'efficacité de l'offre de soins révèle certaines failles.

2°/ La question de l'efficacité :

La question de l'efficacité de l'offre de soins révèle, d'une part, un certain nombre d'axes susceptibles de contribuer à l'amélioration du tissu hospitalier et suppose d'envisager une recombinaison de l'offre de soins non plus seulement à partir de la maîtrise de l'offre mais, également, autour de la satisfaction de la demande de soins à travers la définition d'un parcours coordonné. L'IGAS recommande certaines mesures visant à améliorer l'efficacité du tissu hospitalier²⁴⁹ ; ces axes définissent les bases d'une régulation plus vaste et plus transversale. On retient, notamment, la nécessité de réformer l'organisation des services de médecine à l'hôpital afin de limiter les déperditions de lits mais, également, de « *structurer l'offre de soins en amont et en aval de l'hospitalisation afin d'améliorer le parcours du patient* »²⁵⁰. En réalité, si la première préconisation est fondée sur un souci d'efficacité pure, la seconde repose sur la satisfaction de la demande plutôt que sur le contrôle de l'offre de soins ; cette nouvelle appréhension contribue à la définition d'un parcours de soins. En outre, Philippe Meyer témoigne du fait que « *tous les observateurs insistent pour que l'acte médical ne soit pas indépendant de la personnalité du malade,*

²⁴³ *Ibidem*, p. 194-196.

²⁴⁴ F. JORNET, « *Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire* », RDSS, 2009, p. 108.

²⁴⁵ Y. BOURGUEIL, J. MOUSQUÈS, A. TAJAHMADI, *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? – Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, Rapport n°534 (biblio n°1635), 2006, p. 49.

²⁴⁶ Voir notamment : D. TABUTEAU et A. MORELLE, *La santé... (op. cit.)*, p. 68-69.

²⁴⁷ IGAS, *L'hôpital... (op. cit.)*, p. 21-35.

²⁴⁸ *Ibidem*, p. 22-23.

²⁴⁹ *Ibidem*, p. 21-35.

²⁵⁰ *Ibidem*, p. 27.

de sa psychologie et de son milieu »²⁵¹ ; ce changement de paradigme, objectivé par le droit suite à la loi du 2 janvier 2002²⁵², entraîne la définition du parcours de soins. Pour l'IGAS, l'information individuelle et collective des patients doit être améliorée²⁵³ ; plusieurs actions sont privilégiées : premièrement, la prévention en amont de l'hôpital²⁵⁴ ; deuxièmement, le recensement et la diffusion d'information par les services sanitaires (à travers, notamment, la mise en place d'un dossier médical dématérialisé) ; troisièmement, la prise en charge individuelle et globale de l'individu ; la conjugaison de tels éléments convient à la formation d'un continuum²⁵⁵.

La recomposition territoriale soulève la question de l'accessibilité et de l'efficacité de l'offre de soins ; à ce titre, la régionalisation des politiques de santé révèle certaines limites tandis qu'un mouvement de territorialisation s'affirme plus nettement.

II - Un mouvement de territorialisation plus affirmé :

Pierre-Henri Bréchat explique que la réduction des inégalités est « *un des enjeux des systèmes de santé au XXI^e siècle* » vis-à-vis duquel « *l'État a besoin d'espaces territoriaux infrarégionaux clairement limités les uns aux autres et intégrés aux niveaux régional et national, afin de permettre au citoyen de créer du lien social et de l'identité, et à l'utilisateur du système de santé d'améliorer sa santé et de bénéficier de soins de qualité* »²⁵⁶. En effet, si le processus de régionalisation des politiques de santé – bien qu'avéré – forme une sorte de « trompe l'œil », il se conjugue avec un mouvement de territorialisation de plus en plus affirmé. Afin de comprendre ce mouvement, il importe de définir le territoire (A) avant de montrer la plus-value apportée par ce nouvel espace (B).

A – La définition du territoire :

Le territoire apparaît comme l'échelle souple de la carte administrative et constitue, à ce titre, une échelle à la fois infra- et interrégionale (1°) mais, néanmoins, pertinente (2°).

1°/ Une échelle administrative hybride :

Le territoire apparaît comme une échelle « hybride » dans la mesure où il est, à la fois, partie *intégrante* et *exorbitante* de la carte administrative. De manière générale, le « territoire » peut être

²⁵¹ P. MEYER, *Philosophie...* (op. cit.), p. 429.

²⁵² Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

²⁵³ IGAS, *L'hôpital...* (op. cit.), p. 101.

²⁵⁴ S. MERKUR, F. SASSI, D. MC DAID, *Promoting health, preventing disease: is there an economic case?*, Policy Summary 6, World Health Organization, 2013.

²⁵⁵ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 140-166.

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 26.

définit comme une « l'étendue de terre qui dépend d'un empire, d'une province, d'une ville, d'une juridiction » mais, également, « le lieu qui jouit d'une certaine autonomie et qui ne constitue pas un état à proprement parler »²⁵⁷. Deux éléments apparaissent : d'une part, le territoire est un élément de géographie dans la mesure où il désigne « un espace » ; d'autre part, le territoire est un élément d'administration dans la mesure où il accueille une « collectivité politique nationale ». De ce point de vue, le territoire apparaît comme un espace auquel est associé un but économique ou politique ; il se caractérise, donc, par son utilité²⁵⁸. D'un point de vue juridique, le territoire peut être défini comme « un espace, irrigué par le droit et borné par des limites »²⁵⁹ ; pour autant, ce point de vue doctrinal peine à s'adosser au droit positif : en effet, l'analyse des lois montre que le mot de « territoire » désigne, alternativement, une unité au sein de laquelle est susceptible d'apparaître un « projet de développement économique »²⁶⁰ ou présentant « une cohésion géographique, culturelle, économique ou sociale »²⁶¹. Finalement, le flou juridique qui entoure cette notion semble être révélateur à deux titres : le territoire apparaît, d'une part, comme « l'échelle souple » de la cartographie administrative et, d'autre part, comme un espace associé à une politique publique²⁶² dans une perspective utilitariste²⁶³.

2°/ Une échelle administrative pertinente :

Le territoire est une échelle administrative ; il importe d'en évaluer la pertinence avant de montrer que cette échelle s'inscrit dans un mouvement de territorialisation de l'action publique. Du point de vue de la santé, la définition du territoire peut s'appuyer sur un précédent : les territoires de santé. Ceux-ci, créés en 2003²⁶⁴, ne font l'objet d'aucune définition juridique et relèvent de l'appréciation et de la décision des directeurs d'ARS²⁶⁵. Le CSP précise, seulement, que les territoires de santé peuvent s'étendre à l'échelle nationale, régionale, intra-régionale ou interrégionale²⁶⁶ ; par conséquent, ils peuvent « épouser les limites des circonscriptions administratives ou s'en écarter »²⁶⁷. Le territoire à « géographie variable »²⁶⁸ apparaît, ainsi, comme une échelle ambivalente, caractérisée par son utilité et par sa très grande hétérogénéité²⁶⁹. Le phénomène de

²⁵⁷ Définitions issue du Littré citée dans D. TABUTEAU, « Politiques de santé et territoire », RDSS, 2009, p. 7.

²⁵⁸ L. M. KEASBEY, « The principles of Economic Geography », Political Science Quarterly, vol. 16, n°3, 1901, p. 476-485.

²⁵⁹ J. MOREAU, « Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation », RDSS, 2009, n° HS, p. 16.

²⁶⁰ *Ibidem*.

²⁶¹ *Ibidem*.

²⁶² D. TABUTEAU, « Politiques... (op. cit.), p. 7 : le territoire désigne une dualité « circonscription-pouvoir ».

²⁶³ L. M. KEASBEY, « The principles... (op. cit.), p. 476-485.

²⁶⁴ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation du système de santé.

²⁶⁵ Calqués sur les anciens territoires de santé.

²⁶⁶ Article L. 6121-2 CSP.

²⁶⁷ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier*, LGDJ, Lextenso, Paris, 2012, p. 65.

²⁶⁸ *Ibidem*, p. 66.

²⁶⁹ M. COLDEFY et V. LUCAS-GABRIELLI, *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel*

territorialisation « vise les politiques publiques qui prennent le territoire en lui-même pour cible, pour objet »²⁷⁰ ; en effet, plusieurs mouvements de territorialisation de l'action publique se sont succédé : réaménagement d'ampleur nationale²⁷¹, régionalisation²⁷², départementalisation²⁷³. Concernant la santé, le mouvement est ambivalent : d'une part, il est susceptible de concentrer des concurrences locales lorsque plusieurs établissements (publics et privés) se retrouvent enfermés dans un même territoire²⁷⁴ ; d'autre part et, plus sûrement encore, il est vecteur de synergies dues à son adaptation aux problématiques locales²⁷⁵. Pour Pierre-Henri Bréchat, l'utilité du territoire de santé repose sur sa faculté à appréhender « les inégalités d'accès aux soins, au continuum et à l'ensemble des déterminants de la santé »²⁷⁶.

Le territoire est une échelle hybride – dans la mesure où il transcende toutes les échelles administratives – et, pour autant, pertinente ; il apporte, à ce titre, une plus-value dans le cadre de la recomposition de l'offre de soins.

B – La plus-value des territoires en santé :

La plus-value du territoire de santé repose sur sa faculté d'adaptation aux réalités locales ; il constitue, à ce titre, une nouvelle échelle de planification permettant de promouvoir l'égalité d'accès au service public (1°) et la qualité du service public (2°).

1°/ La promotion de l'égalité :

La première vertu du territoire est, sûrement, de contribuer à la réduction des inégalités de santé et aux inégalités d'accès aux soins²⁷⁷ ; en effet, dans « un climat où les deux tiers de la population considère que le système de soins se détériore, la rénovation d'un système de santé qui reste prisonnier de ses vieux démons est une exigence »²⁷⁸. Un rapport publié par l'IGAS soulignait qu'en

espace de planification, Document de travail n°10, IRDES, 2008, p. 7.

²⁷⁰ J. MOREAU, « Esquisse... (op. cit.), p. 16.

²⁷¹ INSTITUT MONTAIGNE, *Décentralisation : sortons de la confusion – Repenser l'action publique dans les territoires*, Janvier 2016, notamment p. 11 et s.

²⁷² Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁷³ R. LAFORE, « La décentralisation de l'action sociale, l'irrésistible ascension du « département-providence » », *Revue française des Affaires sociales*, 2005, n°4, p.19 et s. et R. LAFORE, « L'acte II de la décentralisation et l'action sociale », *RDSS*, 2005, n° 1, p. 5.

²⁷⁴ A. DELAS, « L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques », *Hérodote*, 2011, n°143, p. 89 et s.

²⁷⁵ N. KADA, « La réforme de l'État territorial », *RFAP*, 2012 n°1, n°141, p. 119.

²⁷⁶ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires... (op. cit.)*, p. 109.

²⁷⁷ *Ibidem*, p. 110-164.

²⁷⁸ D. TABUTEAU, *Démocratie... (op. cit.)*, p. 251.

France « *l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : un bon état de santé moyen, mais des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie* »²⁷⁹. L'évaluation menée en 2011 remarque que les inégalités sociales de santé ne font pas l'objet d'une politique publique spécifique et, par conséquent, ne constituent pas un objectif à part entière. Cette absence de prise en considération se double d'un autre effet paradoxal qui conjugue une très forte dépense en matière de santé et un fort taux de renoncement aux soins²⁸⁰ comme à la santé²⁸¹. Au fond, si la dépense augmente autant que le renoncement c'est qu'une concentration des prestations – et, donc, des inégalités – existe entre les consommateurs. En effet, « *L'égalité par la règle de droit doit être le socle des politiques de santé où l'égalité d'accès aux soins et à la santé est un principe fondamental du système de santé, et où la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé de la population en général en est le premier objet* »²⁸². C'est dans cette perspective que trois idées peuvent être retenues afin d'assurer l'égalité d'accès aux soins par la proximité des services : premièrement, la mise en œuvre du principe de continuité des services publics à travers une coordination renforcée entre services de santé et services sociaux²⁸³ ; deuxièmement, le développement d'une politique de réduction des inégalités de santé et d'accessibilité renforcée aux services publics²⁸⁴ ; troisièmement, un mouvement de « renationalisation » fondée sur une planification sanitaire (très) renforcée²⁸⁵ et participant d'un mouvement plus général de recomposition de l'offre de soins.

2°/ La promotion de la qualité :

La seconde vertu du territoire repose sur sa faculté à promouvoir la qualité du service public ; à ce titre, deux éléments peuvent être retenus : d'une part, des actions de prévention et, d'autre part, des phénomènes de concentration des ressources hospitalières. Une étude européenne souligne le « pari » sur lequel repose, a priori, la promotion de la qualité par la prévention²⁸⁶ : en période de

²⁷⁹ M. MOLEUX, F. SCHAETZEL, C. SCOTTON, *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, IGAS (RM2011-061P), 2011, p. 7.

²⁸⁰ S. THOMSON, J. FIGUERAS, T. EVETOVITS, M. JOWETT, P. MLADOVSKY, A. MARESSO, J. CYLUS, M. KARANIKOLOS, H. KLUGE, *Economic crisis, health system and health in Europe – impact and implications for policy*, Policy Summary, World Health Organization (WHO), 2015, p. 32 ; Cour des Comptes, « *L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler* », in *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, Septembre 2015, p. 433.

²⁸¹ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires... (op. cit.)*, p. 173-178.

²⁸² *Ibidem*, p. 283.

²⁸³ *Ibidem*, p. 286-291.

²⁸⁴ *Ibidem*, p. 292-304.

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 305-327.

²⁸⁶ S. MERKUR, F. SASSI, D. MC DAID, *Promoting... (op. cit.)*, p. 1 : « *European health systems face considerable challenges in promoting and protecting health at a time when the pressure on budgets and resources in considerable in many countries* ».

crise budgétaire, des économies de court terme et des mesures d'effets (apparemment) immédiats peuvent être privilégiées²⁸⁷ ; cependant, l'étude souligne que la part de morbidité imputable à des pathologies non-transmissibles représente, en Europe, entre 85 et 75 % du taux global de morbidité²⁸⁸. Par conséquent, l'étude incite fortement les États à développer des programmes de prévention. Au sens large, la prévention peut recouvrir la promotion et l'éducation à la santé²⁸⁹ ; au sens strict elle se concentre sur un ensemble de politiques publiques à la fois effectives²⁹⁰ et, pourtant, sous employées²⁹¹. La promotion de la qualité des services par la mise en œuvre de programmes de prévention territoriaux constitue un axe d'amélioration prioritaire du système de santé²⁹². Dans le même ordre d'idées, l'échelle territoriale peut contribuer à la recomposition de l'offre de soins grâce à des mesures de concentration ; une étude, publiée par le Conseil d'analyse économique, identifie plusieurs facteurs de gains économiques liés à la concentration des activités²⁹³ ; on relève notamment le « *partage plus efficace des biens intermédiaires et équipements, par exemple les infrastructures locales* » et le « *meilleur appariement sur le marché du travail local* »²⁹⁴. Ces mesures de concentration se rapportent – de près ou de loin – à la doctrine anglo-saxonne de « l'intégration des services » (*integrated care*) et font, peu à peu, preuve de leur efficacité²⁹⁵.

La régulation de l'offre de soins peut être regardée comme insuffisante : d'une part, parce qu'elle semble limitée par les caractéristiques propres au marché de la santé et, d'autre part, parce que la régulation publique s'est fondée sur une échelle évolutive – ou d'une « *régulation en trompe l'œil* ». L'analyse du « bien santé » permet de définir les orientations de la régulation et de situer le dispositif GHT sur un marché contraint au sein duquel il apparaît comme un mode de « *coopération imposé* ».

²⁸⁷ *Ibidem*, p. V : « *While some interventions may take several decades to be seen to be cost-effective, for example impacts on the risk of obesity, there are some health promotion and disease prevention actions that are cost-effective in the short term, for instance related to the protection of mental health in the workplace* ».

²⁸⁸ *Ibidem*, p. 1 : « *New estimates of the global burden of disease for non-communicable diseases, including heart disease and stroke, diabetes, cancer, chronic lung diseases, low back pain and poor mental health, indicate that in western, central and eastern Europe they account for 85%, 80% and 75% respectively of the global burden of disease. Similarly injuries, particularly on the roads or as a result of self-harm, account for a further 10%, 11% or 18% of total disease burden (Institute of Health Metrics, 2013)* ».

²⁸⁹ D. TABUTEAU, A. MORELLE, *La santé...* (*op. cit.*), p. 44.

²⁹⁰ *Ibidem*, p. 49-54.

²⁹¹ A. FENINA, Y. GEOFFROY, M. DUÉE, *Comptes nationaux de la santé 2007*, DREES, n°126, 2008 cité dans D. TABUTEAU, A. MORELLE, *La santé...* (*op. cit.*), p. 47 : « *des études ont montré pour l'année 2002 que les dépenses de prévention représentaient 6,4 % de la dépense de santé, soit le double du montant identifiable dans les comptes de la santé* ».

²⁹² P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (*op. cit.*), p. 231 et s.

²⁹³ P. AZKENAZY, P. MARTIN, « *Promouvoir l'égalité des chances à travers le territoire* », CAE, Note du conseil d'analyse économique, n°20, 2015.

²⁹⁴ *Ibidem*, p. 5.

²⁹⁵ E. NOLTE, E. PITCHFORTH, *What is the evidence on the economic impacts of integrated care ?*, Policy Summary 11, World Health Organization (WHO), 2014, p. VI : « *Eight of the nineteen studies reported on cost-effectiveness* ».

Titre 2 : Le groupement hospitalier de territoire comme un mode de « coopération imposée » :

La version initiale du projet de loi de modernisation de notre système de santé entend « *conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée avec obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire* »²⁹⁶. Finalement, l'article 107 du texte adopté retient que « *chaque établissement de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire* »²⁹⁷ ; l'objectif des GHT est 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* » et d'assurer « *la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activité entre les établissements* ». Le GHT apparaît, ainsi, comme un mode de coopération imposée ; ici, nous aimerions décrire le contexte dans lequel s'inscrit leur mise en place. À ce titre, il convient de dresser le bilan des restructurations hospitalières – dont l'impact sur la recomposition de l'offre de soins s'est avéré, jusqu'en 2016, relativement limité (Chapitre 1) ; puis, de présenter la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) qui crée le GHT sous la forme d'une coopération imposée (Chapitre 2).

Chapitre 1 : L'impact limité des processus de restructuration hospitalières :

« *Les pouvoirs publics ont de longue date encouragé les initiatives prises par les établissements hospitaliers publics pour qu'ils s'associent entre eux ou avec d'autres organismes ou professionnels, dans un intérêt partagé, afin d'exercer ensemble certaines de leurs activités ou de tirer un parti optimal de leurs ressources* »²⁹⁸. D'un point de vue théorique, en effet, l'intérêt de la restructuration hospitalière – dont la fusion²⁹⁹ et la coopération³⁰⁰ sont des modalités – est excessivement clair : réaliser des économies d'échelle fondées sur la mise en réseau de l'hôpital³⁰¹ ; d'un point de vue économique, cependant, le bilan des restructurations apparaît contrasté. Afin d'inscrire la mise en place des GHT dans une continuité, il importe de dresser un bilan préalable des opérations de fusion hospitalière (Section 1) et de coopérations sanitaires (Section 2).

²⁹⁶ Texte n° 2302 de Mme Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014, Exposé des motifs, article 27.

²⁹⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 parue au JO n° 22 du 27 janvier 2016 (rectificatif paru au JO n° 84 du 9 avril 2016), article 107.

²⁹⁸ M. DUPONT, « *Hôpital public et coopération sanitaire* », RDSS, 2015, n° HS, p. 23.

²⁹⁹ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 3.

³⁰⁰ M. DUPONT, « *Hôpital...* (op. cit.), p.23.

³⁰¹ G. CALMES, J.-P. SEGADE, L. LEFRANC, *Coopération hospitalière – L'épreuve de la vérité*, Objectifs en management hospitalier, Masson, 1998, p. 2-4.

Section 1 : Le bilan des fusions hospitalières :

Dans le cadre du droit commercial, la fusion désigne une « opération juridique consistant à regrouper plusieurs sociétés qui disparaissent en une seule, par voie de transmission universelle de patrimoine »³⁰² ; par voie d'extension, la fusion désigne, dans le cadre du droit sanitaire, une opération juridique consistant à regrouper au moins deux établissements de santé³⁰³ au terme d'une absorption (disparition d'au moins une personnalité morale) ou de la création d'une nouvelle personnalité morale. Le bilan des fusions hospitalières peut être ainsi présenté : d'une part, le modèle théorique des fusions hospitalières repose sur la recherche d'efficacité (I) ; d'autre part, le bilan économique des fusions hospitalières semble être décevant (II).

I - Un modèle théorique fondé sur une recherche d'efficacité :

Le modèle théorique des fusions hospitalières repose sur l'efficacité³⁰⁴ ; sur le plan conceptuel, en effet, les fusions présentent un certain nombre d'avantages (A) et reposent sur un régime juridique propre (B).

A - Les avantages théoriques de la fusion :

Les avantages théoriques de la fusion sont logiques : ils consistent à maximiser l'efficacité des services grâce à la réalisation d'économies d'échelle³⁰⁵. Ce modèle peut faire l'objet d'une comparaison³⁰⁶ entre celui des fusions d'entreprises (1°) et celui des fusions hospitalières (2°).

³⁰² S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, Paris, 2012, p. 420.

³⁰³ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 36 : la mission constate que « seulement 1 fusion sur 10 concerne plus de 2 établissements ».

³⁰⁴ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 611 : Définition de l'efficacité : « 1° Au sens technique ou physique, l'efficacité est l'une des deux composantes de l'efficacité économique dite encore efficacité productive et désigne la capacité de produire sans gaspillage des facteurs de production. Un procédé est plus efficace qu'un autre s'il exige moins de moyens que ce dernier. L'efficacité est ainsi le rapport inverse de la productivité moyenne apparente. Si cette dernière, en tant que rapport entre la valeur ajoutée et le volume du facteur utilisé, indique la production par unité de facteur, l'efficacité indique le volume de facteur nécessaire pour obtenir une unité du produit, ce qui correspond au rapport (Volume du facteur/Volume de la production). 2° Au sens du choix de la combinaison productive et du volume de la production à réaliser, on parle d'efficacité allocative (ou efficacité des prix, efficacité du marché) qui est l'autre composante de l'efficacité économique ».

³⁰⁵ *Ibidem*, p. 309 : Définition des économies d'agglomération et des déséconomies d'échelle : « Accroissement de l'efficacité de l'entreprise à la suite de l'augmentation de la dimension de celle-ci, Le coût moyen à long terme du produit diminue au et à mesure que la quantité produite augmente du fait de la croissance du volume des facteurs de production qui se fait au cours du temps. On dit encore rendements à l'échelle croissants. Lorsque l'augmentation du volume des facteurs de production s'accompagne d'une croissance de la production proportionnellement plus faible, on parle de rendements décroissants à l'échelle ou de déséconomies d'échelle. Le phénomène de déséconomie d'échelle correspond à l'augmentation du coût moyen à long terme ».

³⁰⁶ Une telle comparaison existe dans : F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 24.

1°/ Le modèle théorique des fusions d'entreprises :

D'un point de vue économique et financier, l'opération de fusion désigne la « *concentration industrielle ou commerciale aboutissant à la constitution d'une nouvelle entreprise par l'apport des actifs des anciennes entreprises qui disparaissent dans cette opération* »³⁰⁷ ; cette opération repose sur un calcul rationnel de la part des acquéreurs³⁰⁸ qui s'appuie, d'une part, sur une création de valeur (due à l'augmentation de la taille de l'entreprise et sur l'acquisition de nouvelles parts de marché) et, d'autre part, sur la réalisation d'économies d'échelle. Le positionnement de l'acquéreur peut reposer sur deux stratégies distinctes : premièrement, une stratégie *défensive* (« *defensive merger* ») selon laquelle la fusion-acquisition intervient en réaction à une position concurrente et dominante sur un marché donné ; deuxièmement, une stratégie *offensive* (« *positioning merger* ») selon laquelle la fusion-acquisition repose sur la création ou la consolidation d'une position dominante grâce à l'acquisition de nouvelles parts de marché³⁰⁹. L'objet des opérations de fusion apparaît, dans le cadre de l'entreprise, excessivement clair : accroître ses parts de marché pour maximiser les bénéfices et diminuer les coûts. La réalisation de cet objectif repose sur trois déterminants³¹⁰ : premièrement, un déterminant *stratégique* (l'entreprise-cible doit avoir été judicieusement choisie) ; deuxièmement, un déterminant *managérial* (le personnel de l'entreprise-cible doit être correctement intégré au sein de la nouvelle) ; troisièmement, un déterminant *financier* (le coût global de l'opération doit pouvoir être amorti dans la durée). Au fond, le succès de l'opération repose sur sa planification dans le temps et sur la stratégie – de consolidation ou de monopole³¹¹ – qu'il convient d'adopter. Le modèle théorique sur lequel reposent les fusions d'entreprises implique de se positionner sur un marché concurrentiel et d'entretenir une certaine rentabilité ; ce modèle fournit une comparaison éclairante par rapport aux fusions hospitalières.

2°/ Le modèle théorique des fusions hospitalières :

Le marché de la santé est contraint par la pression financière³¹² ; pour faire face à cette contrainte, de nombreuses mesures de restructuration sont mises en place – et, parmi elles, des opérations de

³⁰⁷ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 427.

³⁰⁸ G. GORTON, M. KAHL, R. J. ROSEN, « *Eat or Be Eaten: A Theory of Mergers and Firm Size* », *The Journal of Finance*, Vol. 64, 2009 (n°3), p. 1291-1344 (particulièrement p. 1292-1293).

³⁰⁹ *Ibidem*, p. 1293-1294.

³¹⁰ T. STRAUB, « *Reasons for Frequent Failure in Mergers and Acquisitions – A Comprehensive Analysis* », Deutscher Universität Verlag, Gabler Wissenschaft, 2007 notamment cité dans F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 27.

³¹¹ G. GOWRISANKARAN, T. J. HOLMES, « *Mergers and the Evolution of Industry Concentration: Results from the Dominant-Firm Model* », *The RAND Journal of Economics*, Vol. 35, 2004 (n°3), p. 561.

³¹² S. E. WHITESHELL, W. E. WHITESHELL, « *Hospital Mergers and Antitrust : Some Economic and Legal Issues* », *The American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 54, 1995 (n°3), p. 305-306.

fusion³¹³. Pour l'IGAS, en effet, les fusions hospitalières constituent une réponse générale « *aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes*³¹⁴ dans l'organisation du système de santé »³¹⁵ ; par ailleurs, l'hôpital fait face à un ensemble de contraintes spécifiques telles que « *la pression de la démographie médicale des spécialistes* »³¹⁶, « *la pression des gardes et des astreintes, qui peut inciter les professionnels à se regrouper pour en réduire la charge* »³¹⁷ ainsi que « *la position concurrentielle de l'hôpital public* »³¹⁸ qui diffère selon les spécialités (notamment chirurgie, obstétrique et médecine)³¹⁹. Les fusions hospitalières poursuivent, à l'image des fusions d'entreprises, un ensemble d'objectifs économiques ; d'un point de vue théorique, on retient un objectif similaire d'efficacité³²⁰ (diminution des coûts et accroissement des bénéfices) grâce à la réalisation d'économies d'échelle et aux avantages liés à l'effet-taille (qui relèvent, notamment, de l'« *accès à des financements plus importants, capacité à attirer les talents, effets d'apprentissage* »³²¹). En outre, l'un des ressorts de l'efficacité repose sur la gestion (et la diminution) du nombre de lits³²² dans la mesure où elle concourt à la diminution des coûts ; l'IGAS remarque la forte baisse du nombre de lits dans le secteur public à la suite des nombreuses opérations de restructuration³²³.

Le modèle théorique sur lequel reposent les opérations de fusions hospitalières ressemble à celui des opérations de fusions d'entreprises. Les objectifs économiques associés à la fusion hospitalière sont adaptés au marché de la santé ; il en va de même de leur régime juridique.

³¹³ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 3.

³¹⁴ A. BELLANGER, C. ESPAGNO, S. JOHANET, « *La chirurgie ambulatoire préfigure l'hôpital de demain* », EN3S, Regards, n°44, 2013, p. 36 et s.

³¹⁵ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 3.

³¹⁶ J.-F. RAULT (dir.), *Atlas de la démographie médicale en France*, CNOM, CNOM DATA, 2015.

³¹⁷ Y. BOURGUEIL, J. MOUSQUÈS, A. TAJAHMADI, *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? – Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, Rapport n° 534 (biblio n°1635), 2006.

³¹⁸ M. DUPONT, « *Quel hôpital public au début du XXIe siècle ?* », RDSS, 2015, p. 7 et s.

³¹⁹ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 3-4.

³²⁰ G. D. FERRIER, V. G. VALDMANIS, « *Do Mergers Improve Hospital Productivity ?* », The Journal of Operational Research Society, Vol. 55, 2004 (n°10), p. 1071 : « *Based on these theoretical constructs, we expect that merging hospitals will exhibit improved productivity, technical efficiency, and scale efficiency, thereby lowering costs, ceteris paribus* ».

³²¹ *Ibidem*, p. 25.

³²² M. Mc KEE, *Reducing hospital beds – What are the lessons to be learned*, European Observatory on Health Systems and Policies series, Policy Brief n° 6, 2004.

³²³ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 19.

B – Le régime juridique des fusions hospitalières :

Initialement, les fusions juridiques visent à « *renforcer les complémentarités et apporter une meilleure réponse aux besoins de la population en terme de qualité et de sécurité des soins* »³²⁴ ; cet objectif repose sur un régime juridique (1°) et sur une procédure stricte (2°).

1°/ Le régime juridique des fusions :

Le régime juridique des fusions hospitalières relève de l'article L. 6141-7-1 CSP : « *La transformation d'un ou de plusieurs établissements publics de santé résultant d'un changement de ressort ou d'une fusion intervient dans les conditions définies par le présent article. / Les structures régulièrement créées en vertu des articles L. 6146-1 et L. 6146-2 dans le ou les établissements concernés, avant la transformation mentionnée au premier alinéa, sont transférées dans l'établissement qui en est issu. Il en va de même des emplois afférents aux structures considérées, créés avant l'intervention de la transformation. Le nouvel établissement devient l'employeur des personnels mentionnés à l'article L. 6152-1 exerçant dans les structures ainsi transférées* ». Les opérations de fusions juridiques procèdent d'une démarche volontaire ou d'une démarche imposée par le directeur de l'ARS ; ainsi, lorsque la fusion procède de la volonté des parties³²⁵, leur réalisation est soumise à autorisation de l'ARS³²⁶ tandis que l'ancien article L. 712-20 CSP, permettait au directeur de l'ARH (puis de l'ARS), d'« *inciter* » ou « *obliger* » un ou plusieurs établissements publics de santé à fusionner en raison de circonstances budgétaires particulières³²⁷.

2°/ La procédure de fusion :

La procédure de fusion hospitalière repose sur deux étapes successives : d'une part, la consultation des différentes instances internes et externes à l'hôpital et, d'autre part, la réorganisation interne de l'établissement suite à la réalisation de l'opération de fusion. L'IGAS remarque que, dans le cadre d'une opération de fusion, « *les facteurs humains et managériaux* » sont des conditions essentielles à sa réussite³²⁸ et que les consultations internes et externes doivent être réalisées avant toute délibération. Concernant les consultations internes, Gilles Calmes et Jean-Baptiste Dehaine relèvent une liste de dix points³²⁹ devant nécessairement être abordés par des groupes de travail associant

³²⁴ G. CALMES, J.-P. SEGADE, L. LEFRANC, *Coopération...* (op. cit.), p. 41.

³²⁵ Articles L. 6141-1 et R. 6141-10 CSP.

³²⁶ Article L. 6122-1 CSP.

³²⁷ G. CALMES, J.-P. SEGADE, L. LEFRANC, *Coopération...* (op. cit.), p. 35.

³²⁸ *Ibidem*, p. 27.

³²⁹ G. CALMES, J.-B. DEHAINE, « *Fusion juridique des établissements publics de santé en 2012 – de la théorie à la*

personnels médicaux et non-médicaux³³⁰ ; de même, la détermination d'un ensemble de dispositions intérimaires et la consultation du CTE, CHSCT³³¹ et du CSIRMT³³². Concernant les consultations externes, leurs modalités sont prévues à l'article R. 6141-10 alinéa 3 du CSP³³³. Concernant les délibérations, celles-ci sont menées avec « *le conseil de surveillance des établissements concernés* » et « *les conseils municipaux des communes sièges des établissements concernés* »³³⁴. La réalisation d'une opération de fusion juridique entraîne la réorganisation des instances internes ou la réélection de leurs membres au sein de l'établissement de santé nouvellement créés. On retiendra, notamment, que l'article L. 6143-1-4° CSP prévoit la reconstitution du conseil de surveillance ; de même, suite à l'opération de fusion, que de nouvelles élections sont organisées, au sein de la commission médicale d'établissement (CME), du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du comité technique d'établissement (CTE) et des commissions administratives paritaires locales (CAPL). Concernant le nouveau directeur, celui-ci fait l'objet d'une nomination par voie d'arrêté ministériel.

Le modèle théorique sur lequel s'appuient les fusions hospitalières repose sur le concept d'efficacité ; si, en effet, la fusion présente un certain nombre d'avantages sur le plan de la logique économique, sa réalité diffère dans la mesure où le bilan des opérations de fusion s'avère, globalement, décevant.

II - Un bilan économiquement décevant :

L'IGAS remarque que « *la fusion n'est en général par l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers* »³³⁵ ; par ailleurs, certaines études révèlent que l'impact des fusions semble être inefficace au point de nuire à la qualité des services³³⁶. Le bilan globalement décevant des fusions repose sur une moindre maîtrise des effets corollaires à l'opération de fusion (A) et sur certaines limites inhérentes à ces opérations (B).

pratique », *Réflexions hospitalières*, Revue Hospitalière de France, Janvier-Février 2012, n° 544, p. 61.

³³⁰ *Ibidem*, p. 62.

³³¹ Voir notamment : CE, 17 juin 2014, *Syndicat autonome de la santé en Martinique* (n°363216).

³³² G. CALMES, J.-B. DEHAINE, « *Fusion...* (op. cit.), p. 62.

³³³ *Ibidem*, p. 62.

³³⁴ *Ibidem*, p. 63.

³³⁵ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 4.

³³⁶ L. DAFNY, « *Estimation and Identification of Merger Effects: An Application to Hospital Mergers* », *The Journal of Law & Economics*, Vol. 52, 2009 (n°3), p. 544.

A – La maîtrise des effets corollaires :

La fusion entraîne un certain nombre d'effets corollaires qui constituent autant d'enjeux stratégiques et économiques ; il s'agit, d'une part, de l'effet-taille (1°) et, d'autre part, de l'effet-gamme (2°).

1°/ La maîtrise de l'effet-taille :

L'opération de fusion vise à maximiser la taille d'un établissement de santé ; cependant, la réussite économique de l'opération de fusion (la réalisation d'économies d'échelle) est soumise à la détermination d'un optimum matérialisé par l'effet-taille. Il convient de définir l'effet-taille avant de déterminer l'optimum auquel cette notion fait référence. « *La question de l'adaptation au secteur hospitalier des raisonnements sur les avantages et inconvénients de la grande taille dans les organisations est évidemment centrale dans l'analyse des fusions hospitalières* »³³⁷ ; aussi, l'effet-taille désigne le rapport entre la « taille » de la structure (sous-entendu les coûts représentés par le nombre de personnel, les moyens mis à la disposition du service (la gestion des lits) ou les parts de marché acquises) et la qualité du service. L'effet-taille bénéficie d'un *a priori* positif dans l'entreprise³³⁸ ; or, de nombreuses études³³⁹ montrent que la concentration entraîne des déséconomies d'échelle à partir d'un certain seuil à cause, justement, de la taille de l'établissement (« *raréfaction des ressources, coûts d'acquisition de la clientèle, poids des investissements* »), de ses coûts de fonctionnement et de la complexité de son fonctionnement³⁴⁰. Si l'effet-taille indique qu'*au-delà* d'une certaine taille la structure connaît des déséconomies d'échelle, il nous enseigne également qu'*en deçà* d'une certaine taille, il est générateur d'économies d'échelle. À ce titre l'IGAS remarque que « *si l'existence d'économies d'échelle paraît démontrée pour les structures de petite taille, ce qui peut valider la pertinence de stratégies de regroupements les concernant, cet effet tendrait à s'inverser au-delà d'une certaine taille, qui reste difficile à évaluer mais dont les données médico-économiques existantes laissent penser qu'elle devrait être inférieure à celle des structures de très grande taille du système hospitalier français* »³⁴¹. Par ailleurs, l'IGAS établit deux constats : d'une part, l'évolution des coûts des établissements de santé connaît une évolution « en U » avec « *présence d'économies d'échelle dans les établissements les plus petits et de déséconomies d'échelle au-delà d'un certain niveau d'activité qui semble assez bas* »³⁴² ; d'autre part, l'optimum

³³⁷ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 27.

³³⁸ W. ZHOU, « *Large is beautiful: Horizontal mergers for better exploitation of production shocks* », The Journal of Industrial Economics, Vol. 56, 2008 (n°1), p. 68-93.

³³⁹ J. MAND (dir.), *Hospital Consolidations and Conversions – A Review of the Literature*, Universal Health Care Foundation of Connecticut, 2014 ; M. GAYNOR, W. B. VOGT, « *Competition Among Hospitals* », The RAND Journal of Economics, Vol. 34, 2003 (n°4), p. 764-785 ; L. DAFNY, « *Estimation...* (op. cit.), p. 523-550.

³⁴⁰ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 27.

³⁴¹ *Ibidem*.

³⁴² *Ibidem*, p. 28 : Constat établi à partir d'une étude menée, en 2010, par le cabinet PriceWaterhouseCoopers (PwC).

semble se situer autour de 200 à 300 lits³⁴³ tandis que les déséconomies apparaissent autour de 600 à 900 lits³⁴⁴. La maîtrise de l'effet-taille permet d'estimer, à travers l'exemple des fusions, les raisons de leur inefficience de même que d'identifier le seuil au-delà duquel la concentration est contre-productive. La maîtrise de l'effet-taille doit être conjuguée à la maîtrise de l'effet de gamme.

2°/ La maîtrise de l'effet de gamme :

L'opération de fusion vise, potentiellement, à diversifier l'offre de soins d'un établissement de santé ; cependant, la rentabilité de l'offre de soins est soumise à la pertinence de sa répartition territoriale – dans la mesure où une offre qui ne rencontrerait pas, ou peu, de demande locale ne serait pas rentable. Le rapport entre le spectre de l'offre et sa répartition est matérialisé par l'effet de gamme ; il convient de définir cette notion avant d'évoquer les différentes stratégies économiques qui y sont associées. Les effets de gamme (ou économies de gamme) désignent « *les gains qu'un établissement pourrait réaliser en mettant en synergie ses différentes activités* »³⁴⁵ ; en d'autres termes, cet effet désigne la gestion stratégique des parts de marché dont dispose un opérateur donné sur un marché concurrentiel. Selon la stratégie adoptée (spécialisation ou diversification de l'offre) l'opérateur est susceptible de générer différentes sortes de gains. La prise en compte de l'effet de gamme est d'autant plus important dans le cadre d'une opération de fusion dans la mesure où une telle opération entraîne potentiellement – du fait de la disparition d'au moins une personne morale – une concentration du marché³⁴⁶ et une hausse des prix³⁴⁷. Les stratégies de spécialisation désignent « *l'entretien d'une large gamme de spécialités afin de développer des synergies entre elles* »³⁴⁸ tandis que les stratégies de diversification désignent un « *positionnement privilégié sur certains créneaux spécifiques, par exemple l'ophtalmologie, afin de développer des synergies entre le traitement des cas lourds et des cas légers* »³⁴⁹. L'impact économique d'une stratégie de

³⁴³ *Ibidem*, p. 36 : la mission constate que « *près de 80 % des établissements résultant de fusions affichent plus de 200 lits* ».

³⁴⁴ A. SOWDEN, V. ALETRAS et alii, « *Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs and patient access* », *Quality in Health Care*, n°6, 1997, p. 109-114 ; M. ROSKO, « *Understanding variations in hospital costs : An economic perspective* », *Annual of Operations research*, 2005 cité dans : F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 27-28.

³⁴⁵ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 29.

³⁴⁶ M. G. VITA, S. SACHER, « *The Competitive Effects of Not-for-Profit Hospital Mergers : A Case Study* », *The Journal of Industrial Economics*, Vol. 49, 2001 (n°1), p. 63 : « *We analyze a merger that reduced the number of competitors (...) in the alleged relevant market from three to two* » ; J. MAND (dir.), *Hospital Consolidations and Conversions – A Review of the Literature*, Universal Health Care Foundation of Connecticut, 2014, p. 8 : « *almost all retrospective studies suggest that hospital consolidation results in concentration of market power and a rise in the price of care* ».

³⁴⁷ M. GAYNOR, W. B. VOGT, « *Competition Among Hospitals* », *The RAND Journal of Economics*, Vol. 34, 2003 (n°4), p. 783. ; J. MAND (dir.), *Hospital... (op. cit.)*, p. 8.

³⁴⁸ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 29.

³⁴⁹ *Ibidem*.

diversification semble être plus coûteux que celui d'une stratégie de spécialisation³⁵⁰. À l'appui de cette idée, on retient que le marché de la santé est fortement concurrentiel et que certaines activités font l'objet d'une répartition sectorielle ; ainsi, les activités de chirurgie témoignent d'une stratégie de spécialisation du secteur privé³⁵¹, tandis que les activités de médecine témoignent d'une stratégie de spécialisation du secteur public³⁵².

La maîtrise de l'effet de gamme et de l'effet-taille est un déterminant central de l'opération de fusion ; pour autant, en dépit de ces éléments, les fusions hospitalières connaissent certaines limites sur le plan économique.

B – Les limites des fusions hospitalières :

Les fusions hospitalières font l'objet d'un bilan économique décevant ; en effet, si certains considèrent la grande taille comme une valeur intrinsèque³⁵³, celle-ci doit préserver la compétitivité des structures – c'est à dire leur faculté d'adaptation à un marché contraint et concurrentiel – en évitant deux écueils : d'une part, les déséconomies d'échelle (1°) et, d'autre part, la baisse de la qualité des services (2°).

1°/ Les déséconomies d'échelle :

Les économies d'échelle désignent une diminution des coûts liés à l'agrandissement d'un service et à la mutualisation de certaines fonctions ; *a contrario*, les déséconomies d'échelle désignent la hausse des coûts liés à l'agrandissement. Un certain nombre d'études révèlent que les déséconomies apparaissent à partir d'une certaine taille que ce soit pour les entreprises ou pour les hôpitaux. Pour l'IGAS « *Les études consacrées aux fusions d'entreprises dans la littérature managériale dressent un bilan en demi-teinte de ces opérations. Elles s'accordent sur deux points : un nombre significatif de fusions échoue et, dans une proportion plus large encore, la fusion ne semble pas avoir substantiellement amélioré la situation du nouvel ensemble par rapport aux autres entreprises du secteur* »³⁵⁴ ; en effet, un certain nombre d'études confirment ce constat à propos de marchés extérieurs au secteur de la santé. On retient, par exemple, le marché du transport ferroviaire aux

³⁵⁰ *Ibidem*, p. 29.

³⁵¹ *Ibidem*, p. 24 : « *en chirurgie, le secteur privé occupe une place majoritaire* ».

³⁵² *Ibidem*, p. 44 : « *Le secteur public domine sans contexte l'offre de soins médicale avec 82 % des lits et 70 % des places de médecine* ».

³⁵³ W. ZHOU, « *Large...* (op. cit.), p. 68-93.

³⁵⁴ J. MAND (dir.), *Hospital...* (op. cit.), p. 10 ; F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 26.

Etats-Unis qui, suite à sa libéralisation, a permis à certains acteurs d'acquérir de nouvelles parts de marché et de développer des réseaux plus efficaces mais qui, au-delà d'une certaine taille, perdait de son efficacité et subissait certaines déséconomies d'échelle³⁵⁵. Les déséconomies liées à la taille d'une entreprise peuvent être constatées dans le cas de l'hôpital³⁵⁶ ; ainsi, parmi les nombreux exemples relevés par la mission IGAS, on retient l'exemple du Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain (CHIPS)³⁵⁷ issu de la fusion entre les CH de Poissy et de Saint Germain. Le CHIPS dispose de 1170 lits et places alors que l'optimum associé à la maîtrise de l'effet-taille oscille entre 200 et 300 lits et que les déséconomies d'échelle apparaissent autour de 600-900 lits ; de même, l'effet de gamme ne semble pas avoir été maîtrisé dans la mesure où les complémentarités entre les établissements n'ont pas été exploitées – ce qui aboutit à des services doublons dont la présence de services d'urgence et de réanimation à Poissy et à Saint-Germain attestent. Au final, l'IGAS relève que le CHIPS connaît « dix ans après la fusion (...) un déficit de 37 M€ (ramené aujourd'hui à 14 M€) »³⁵⁸. La réalisation d'une opération de fusion entraîne, lorsqu'elle n'est pas maîtrisée, des déséconomies d'échelle dans le cas de l'entreprise et dans le cas de l'hôpital ; en tout état de cause, les études consacrées aux fusions hospitalières ont constatées qu'elles aboutissaient, dans certains cas, à une efficacité moindre des services.

2°/ La moindre efficacité des services :

L'efficacité repose sur la diminution des coûts et l'accroissement conjoint des revenus ou de la qualité des services ; or, certaines études ont tenté de démontrer que les fusions hospitalières pouvaient, dans certains cas, aboutir à des effets contraires³⁵⁹. Ainsi, bien que ce bilan ait été contesté³⁶⁰, certaines études³⁶¹ estiment que la concentration du marché autour d'un nombre d'acteurs réduit (du fait de la fusion) entraîne une hausse consécutive des prix sur l'ensemble du

³⁵⁵ A. CHAPLIN, S. SCHMIDT, « *Do Mergers Improve Efficiency? Evidence from Deregulated Rail Freight* », Journal of Transport Economics and Policy, Vol. 33, 1999 (n°2), p. 158-159 : « *We find that mergers have permitted rail firms to operate track networks more efficiently than previously, but that those mergers have also reduced scale economies by creating firms larger than efficient size* » et « *Our results are consistent with earlier research suggesting that mergers may enhance market power, due to the presence of fewer, larger firms serving the market. These large firms then price above cost, increasing rail profits but causing deadweight loss. In particular, the result that scale efficiencies in track networks can be reduced by mergers producing larger than efficient firms is potentially troubling* ».

³⁵⁶ G. D. FERRIER, V. G. VALDMANIS, « *Do Mergers Improve Hospitals Productivity?* », The Journal of Operational Research Society, Vol. 55, 2004 (n°10), Part Special Issue: Data Development Analysis, p. 1078-1079.

³⁵⁷ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 38.

³⁵⁸ *Ibidem*.

³⁵⁹ J. MAND (dir.), *Hospital...* (op. cit.), p. 8 : voir « *Impact on Price* ».

³⁶⁰ S. E. WHITESHELL, W. E. WHITESHELL, « *Hospital Mergers and Antitrust : Some Economic and Legal Issues* », The American Journal of Economics and Sociology, Vol. 54, 1995 (n°3), p. 305-306 ; à partir de l'exemple turc : E. D. GÜNEŞ, H. YAMAN, « *Health Network Mergers and Hospital Re-Planning* », The Journal of the Operational Research Society, Vol. 61, 2010 (n°2), p. 275-283.

³⁶¹ M. G. VITA, S. SACHER, « *The Competitive...* (op. cit.), p. 82.

marché – autrement dit, la multiplicité des acteurs entrainerait une concurrence plus vive dont les effets entraineraient la diminution des prix. Cette théorie est très explicitement soutenue par Thomas Weil d'après lequel : « *Les conclusions relatives aux économies d'échelle résultant potentiellement d'une fusion sont déroutant. Moins il y a de compétition entre les hôpitaux, plus le coût des soins semble augmenter* »³⁶². Certaines études ont, dans une perspective comparable, associé la concentration du marché (et la baisse corrélative du niveau de la concurrence) à une baisse de la qualité des services ; si cette conclusion a pu être mentionné avec réserve par certains auteurs³⁶³, elle a, par ailleurs, été soutenue par d'autres³⁶⁴ au point de considérer que « *de nombreux chercheurs ont prouvé que la compétitivité entraînait, sur le marché de la santé, une qualité plus élevée de l'offre de soins* »³⁶⁵. Les observations de l'IGAS concernent moins les effets de la concurrence que ceux d'une opération de fusion malmenée qui, dans le cas du CHIPS ou des Hôpitaux Drôme-Nord (HDN) ont abouti à des pertes de part de marché plutôt qu'à une complémentarité bénéfique entre les différentes offres de soins³⁶⁶. Les fusions hospitalières insuffisamment maîtrisées peuvent aboutir à des effets contraires à ceux escomptés, en termes d'efficience, sur le plan théorique.

Le bilan des fusions hospitalières apparaît décevant sur le plan économique ; s'il s'appuie, en effet, sur un modèle théoriquement séduisant (concentration de l'offre et réalisation d'économies d'échelle), ce modèle ne constitue pas une « *panacée* »³⁶⁷ dans la mesure où il doit être accompagné d'une stratégie développée autour des effets de taille et de gamme. En parallèle, les coopérations sanitaires font l'objet d'un bilan plus contrasté.

³⁶² T. WEIL, « *Hospital... (op. cit.)*, p. 1-3 cité dans J. MAND (dir.), *Hospital... (op. cit.)*, p. 33.

³⁶³ M. G. VITA, S. SACHER, « *The Competitive... (op. cit.)*, p. 82.

³⁶⁴ T. P. WEIL, « *Hospital... (op. cit.)*, p. 1-3 cité dans J. MAND (dir.), *Hospital... (op. cit.)*, p. 33.

³⁶⁵ M. GAYNOR, R. TOWN, « *The impact of hospital consolidation - Update* », 2012, Retrieved September 3, 2014, from The Synthesis Project: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf73261 : « *Many researchers have cited evidence that increased competition in health care markets results in enhanced quality of care, however it depended primarily on what the market is most sensitive to – quality or price* » de même « *If hospitals can compete on both price and quality, then when they face tougher competition they will choose to compete by whichever means is most effective. If buyers are considerably more responsive to price than quality (for example, if price is easier to measure), then enhanced competition can lead to lower prices, but also less attention to quality. On the other hand, if quality is particularly salient, then tougher competition can enhance quality* » ; cité dans J. MAND (dir.), *Hospital... (op. cit.)*, p. 11 (texte) et 29 (référence).

³⁶⁶ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 48.

³⁶⁷ T. P. WEIL, « *Hospital... (op. cit.)*, p. 1-3 cité dans J. MAND (dir.), *Hospital... (op. cit.)*, p. 33.

Section 2 : Le bilan des coopérations sanitaires :

Depuis les années 1990, « *l'aspect économique de la coopération correspond à la fois à une nécessité et une stratégie* »³⁶⁸ ; or, si l'objectif économique des coopérations est clair, la pertinence de chaque dispositif apparaît moins nette lorsque la Cour des Comptes relève « *dix-neuf instruments différents, dont trois à l'état de survivance* »³⁶⁹. Il convient, ainsi, de présenter les différents modèles de coopération sanitaire (I) avant d'en dresser un bilan plus contrasté (II).

I – Les différents modes de coopération sanitaire :

Selon une étude menée en 2011³⁷⁰ les coopérations sanitaires peuvent être réparties en trois catégories en fonction de leurs finalités : premièrement, les « *coopérations filières* » (qui favorisent la mise en œuvre d'un parcours de soins coordonné entre plusieurs établissements de santé) ; deuxièmement, les « *coopérations efficience* » (qui visent la mutualisation de fonctions support afin de réaliser des économies d'échelle) ; troisièmement, les « *coopérations isolement* » (qui visent à lutter contre les déserts médicaux). Pour autant, le droit reconnaît deux catégories de coopération : d'une part, les coopérations organiques (A) et, d'autre part, les coopérations fonctionnelles (B).

A – Les coopérations organiques :

Les coopérations organiques désignent le cas où « *plusieurs établissements de santé se regroupent dans une institution dotée de la personnalité morale afin d'assurer ensemble une ou plusieurs missions communes* »³⁷¹ ; à ce titre, on retient les groupements de coopération sanitaire (GCS) (1°) de mêmes que les groupements d'intérêt économique (GIE) et les groupements d'intérêt public (GIP) (2°).

1°/ Les GCS :

Les GCS sont des modes de coopérations organiques dont la finalité est « *d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres ; à cette fin il peut demeurer un simple groupement de moyens ou devenir un établissement de santé* »³⁷² ; on distingue, ainsi, les GCS de moyens et les GCS de soins. Les GCS de moyens visent à « *organiser ou gérer des activités administratives, logistiques,*

³⁶⁸ G. CALMES, J.-P. SEGADE, L. LEFRANC, *Coopération... (op. cit.)*, p. 3.

³⁶⁹ COUR DES COMPTES, « *Les coopérations... (op. cit.)*, p. 262.

³⁷⁰ ANAP, « *Guide méthodologique de la coopération* », T.I, 2011, p. 21 et s.

³⁷¹ M. CORMIER, « *Mutations et enjeux des coopérations hospitalières* », AJDA, 2006, p. 416 et s.

³⁷² Article L. 6133-1 CSP et M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 120.

techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche, de réaliser ou de gérer des équipements d'intérêt commun, de permettre des interventions communes de professionnels médicaux et non-médicaux »³⁷³. En tant que coopération organique, le GCS de moyens est doté de la personnalité morale³⁷⁴ ; ses membres peuvent être des personnes physiques ou morales³⁷⁵ ; la création d'un GCS de moyens intervient « après approbation et publication de la convention constitutive³⁷⁶ par le directeur général de l'ARS »³⁷⁷. Lorsque le GCS de moyens est titulaire d'une autorisation d'activité de soins, il devient alors un GCS de soins – ou GCS établissement de santé³⁷⁸ ; on considère, ainsi, que « le GCS se trouve doté d'une remarquable plasticité juridique l'adaptant à toutes les situations de coopération inter-hospitalière »³⁷⁹. Le GCS de soins – ou GCS établissement de santé – peut « exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements lourds et être titulaire d'une autorisation d'équipements matériels lourds ou d'une autorisation d'activités de soins délivrée dans les mêmes conditions que pour les établissements de santé »³⁸⁰ ; il « est un établissement de santé public ou privé »³⁸¹ et répond, de ce fait, aux règles de fonctionnement et de gouvernance applicables à chacun de ces types d'établissements. Le but du GCS de soins est, notamment, de « mieux répondre aux besoins des acteurs de santé »³⁸² et d'accentuer la perméabilité entre secteurs public et privé grâce à la mise en œuvre d'un « mécanisme de prestations médicales croisées »³⁸³. Au regard de leur usage, les GCS sont considérés comme la

³⁷³ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 120.

³⁷⁴ ANAP, *La Loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre*, 2009, p. 142 : Le GCS de moyens est une personnalité morale de droit public s'il correspond aux cas suivants : « le groupement est constitué exclusivement par des personnes de droit public ; il comprend des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux ; la majorité des apports au capital du groupement provient de personnes de droit public ; si le GCS est constitué sans capital, la majorité des participations aux charges de fonctionnement est assurée par des personnes publiques » ; le GCS de moyens est une personnalité morale de droit privé si : « il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ; la majorité des apports au capital provient de personnes de droit privé ; si le GCS est constitué sans capital, la majorité des participations aux charges de fonctionnement est versée par les membres de droit privé ».

³⁷⁵ *Ibidem*, p. 141 : Le GCS de moyens peut rassembler : « des établissements de santé : établissements publics de santé, établissements de santé privés à but lucratif, établissements de santé privés d'intérêt collectif ; des établissements médico-sociaux publics et privés ; des centres de santé ; des pôles de santé ; des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société : médecins libéraux, sages-femmes libérales et chirurgiens-dentistes libéraux ».

³⁷⁶ *Ibidem*, p. 142-143 : La convention constitutive du GCS comprend un ensemble de mentions obligatoires, spécifiques et d'annexes dont la liste est donnée aux pages sus-dites.

³⁷⁷ *Ibidem*, p. 142.

³⁷⁸ C. KELLER, M. LOUAZEL, M.-L. MOQUET-ANGER, « Les outils de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », RDSS, 2013, p. 687 : « le GCS constitue un support astucieux, se transformant automatiquement en GCS-Établissement de santé, pour les partenariats les plus aboutis ».

³⁷⁹ *Ibidem*.

³⁸⁰ Article L. 6133-7 CSP et M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 120.

³⁸¹ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit... (op. cit.)*, p. 288.

³⁸² C. BERGOIGNAN-ESPER, « Les nouvelles formes de coopération entre les acteurs de santé : entre innovation et modernisation », RDSS, 2009, p. 806.

³⁸³ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 122 : « L'article L. 6133-6 met en œuvre un mécanisme de prestations médicales croisées, c'est à dire la possibilité pour les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement d'assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et de participer à la permanence des soins ».

« *matrice juridique* » de la coopération sanitaire³⁸⁴ ; ils coexistent, cependant, avec d'autres modes de coopération organique tels que les GIE et les GIP.

2°/ Les GIE et GIP :

Le GIE relève de l'article L. 251-1 du Code de commerce ; il permet à « *deux ou plusieurs personnes physiques ou morales* » de « *faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité* »³⁸⁵. À priori, l'objectif du GIE ne repose pas sur la réalisation de bénéfices et « *son activité ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle de ses membres* »³⁸⁶ ; ainsi, les GIE sont généralement constitués pour l'acquisition de matériels lourds³⁸⁷ mais ne peuvent réaliser d'activités de soins³⁸⁸. Le GIE est une personne morale de droit privé ; sa création repose sur la conclusion d'un « *contrat constitutif* »³⁸⁹. Pour Claudine Bergoignan-Esper et Marc Dupont³⁹⁰, les grandes lignes du régime juridique applicable peuvent être résumées en cinq points : leur constitution a lieu avec ou sans capital, le fondement de leur constitution est la liberté contractuelle, les mesures de contrôle sont fonction des établissements parties au groupement, les règles de la comptabilité privée s'appliquent, ils peuvent rémunérer et employer des personnels propres ou des fonctionnaires détachés. Par ailleurs, les personnes exerçant une profession libérale peuvent y participer³⁹¹. Les GIP ont été créés par la loi du 15 juillet 1982³⁹² ; grâce à la loi du 17 mai 2011³⁹³, le GIP est constitué sous la forme d'une personne morale de droit public³⁹⁴ « *dotée de l'autonomie juridique et financière, née du regroupement, par le biais d'une convention constitutive, de personnes morales de droit public ou privé* »³⁹⁵. L'objet du GIE consiste, en matière de coopération sanitaire, à « *exercer ensemble, pendant une durée limitée (...), des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, et notamment, des actions de formation ou pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités* »³⁹⁶. Le nombre de GIP reste faible en pratique ; leurs objectifs se concentrent sur la mutualisation de certaines fonctions-support et sur des actions de formation³⁹⁷.

³⁸⁴ C. KELLER, M. LOUAZEL, M.-L. MOQUET-ANGER, « *Les outils... (op. cit.)*, p. 687.

³⁸⁵ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 126.

³⁸⁶ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit... (op. cit.)*, p. 294.

³⁸⁷ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 127.

³⁸⁸ CE, Avis, Section Sociale, 1er août 1995 (n° 358047) cité dans M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 127.

³⁸⁹ *Ibidem*, p. 295.

³⁹⁰ *Ibidem*, p. 295.

³⁹¹ M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit... (op. cit.)*, p. 126.

³⁹² Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982.

³⁹³ Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011.

³⁹⁴ CE, Avis, 15 octobre 1985 (n° 338385).

³⁹⁵ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit... (op. cit.)*, p. 292.

³⁹⁶ *Ibidem*.

³⁹⁷ *Ibidem*, p. 294.

Les GIE et les GIP sont des modes de coopération organique relativement marginaux par rapport aux autres formes de coopération que sont, d'une part, les GCS et, d'autre part, les coopérations fonctionnelles.

B – Les coopérations fonctionnelles :

Les coopérations fonctionnelles permettent « à des établissements de santé d'exercer en commun des activités tout en gardant leur personnalité juridique et leurs caractères propres »³⁹⁸ ; on relève, à ce titre, les conventions sanitaires (1°) et les CHT (2°) dont le régime préfigure directement celui des GHT.

1°/ Les conventions sanitaires :

Si les conventions de coopération apparaissent comme « un procédé classique de coopération, souple et efficace, qui peut être envisagé pour n'importe quelle activité et qui peut s'appliquer à des établissements de statuts différents (publics ou privé) »³⁹⁹ elles illustrent, de façon emblématique, le caractère potentiellement volontaire des coopérations antérieures à 2016. Les avantages de la convention reposent sur la simplicité de la procédure, l'absence de formalisme excessif et la stricte répartition des obligations⁴⁰⁰. Les domaines de coopération privilégiés par voie de convention sont le prêt et l'usage de matériel lourd ainsi que la mutualisation des fonctions-support (type blanchisserie, informatique ou gestion des déchets...)⁴⁰¹. En dépit de leur souplesse apparente, les conventions de coopération font l'objet d'un bilan sévère⁴⁰² ; ce bilan révèle au moins trois écueils juridiques : premièrement, la mise en œuvre et le suivi de telles conventions s'avère insuffisants (diversité des partenaires et des réseaux, survivances douteuse de certaines conventions encore libellées en francs) ; deuxièmement, la répartition des obligations est inégale (inégale répartition des coûts et des charges – notamment entre établissements publics et privés) ; troisièmement, certains engagements manquent de clarté.

2°/ Les CHT :

« La CHT est un collectif d'établissements publics de santé soucieux de déterminer une stratégie commune et de s'organiser entre eux pour se spécialiser sur des filières. La CHT n'a pas la personnalité morale »⁴⁰³ ; à bien des égards, la CHT préfigure le GHT. Pour comprendre cette

³⁹⁸ M. CORMIER, « Mutations... (op. cit.), p. 416 et s.

³⁹⁹ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit...* (op. cit.), p. 290.

⁴⁰⁰ *Ibidem.*

⁴⁰¹ *Ibidem.*

⁴⁰² COUR DES COMPTES, « Les coopérations... (op. cit.), p. 261 et s.

⁴⁰³ C. CLÉMENT, *La communauté...* (op. cit.), 2012.

filiation, il convient de présenter successivement la procédure de création et le mode de fonctionnement de la CHT. La CHT vise à « *favoriser le développement de complémentarité et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents, en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population* »⁴⁰⁴ ; elle poursuit trois objectifs : premièrement, « *améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soin sur un territoire donné et adapter la taille des établissements dans une logique de performance* » ; deuxièmement, « *assurer une offre graduée garantissant le juste soin, en partant du constat que chaque établissement ne peut pas assumer l'intégralité des missions d'un établissement de santé* » ; troisièmement, « *offrir aux établissements de santé des solutions intégrées de gestion pour développer des stratégies communes et mutualiser les moyens afin de les optimiser* »⁴⁰⁵. Quant à leurs modalités de création, les CHT peuvent résulter de l'initiative des parties constituantes ou de l'impulsion du directeur général de l'ARS⁴⁰⁶. Les CHT doivent être exclusivement composées d'établissements publics de santé⁴⁰⁷ ; elles n'ont pas de personnalité morale⁴⁰⁸ ; leur fonctionnement est décrit à partir de la convention constitutive⁴⁰⁹. Le fonctionnement de la CHT repose sur des modalités de direction et sur des modalités d'action. Concernant la direction de la CHT, on retient que la convention constitutive décrit l'étendue des mesures de coopération et définit, précisément, le projet médical commun qui permet de déterminer, à partir de chaque filière médicale, une stratégie commune et d'éventuels domaines de mutualisation. En outre, dans la mesure où elle ne dispose pas de la personnalité morale, la CHT s'organise autour d'un établissement siège ; elle dispose d'un directoire et d'un conseil de surveillance⁴¹⁰. La CHT organise des transferts d'activité en matière de gestion des personnels, de biens mobiliers et immobiliers⁴¹¹ ; elle participe, ainsi, à la recombinaison territoriale de l'offre de soins. Les CHT correspondent « *incontestablement à un besoin de regroupement des forces des différents établissements publics de santé d'un territoire* »⁴¹² ; elles précèdent la création des GHT en lieu et place de l'article L. 6132-2 du CSP.

Les coopérations hospitalières font, à la fois, l'objet d'une vaste promotion et restent d'un emploi relativement complexe en raison de leur diversité et des difficultés inhérentes à la réalisation de projets collectifs ; les coopérations hospitalières ont fait, rétrospectivement, l'objet d'un bilan contrasté.

⁴⁰⁴ J.-M. ROLLAND, *Réforme...* (op. cit.), p. 23 cité dans J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 474.

⁴⁰⁵ *Ibidem*.

⁴⁰⁶ Voir notamment : M. CORMIER, « *Mutations...* (op. cit.), p. 416 et s.

⁴⁰⁷ J.-M. CLÉMENT, *La nouvelle...* (op. cit.), p. 83.

⁴⁰⁸ *Ibidem*.

⁴⁰⁹ Voir notamment : C. CLÉMENT, *La Communauté...* (op. cit.), p. 29 et s.

⁴¹⁰ J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 481.

⁴¹¹ ANAP, *La Loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre*, 2009, p. 139.

⁴¹² J.-M. CLÉMENT, *Histoire...* (op. cit.), p. 483.

II – Le bilan contrasté des coopérations sanitaires :

L'intérêt théorique – et potentiellement économique – des coopérations sanitaires est reconnue de façon à peu près unanime ; cependant, la Cour des Comptes relève que « *l'instrument fort utile que constituent les coopérations ne joue pas toujours dans le sens de la recombinaison optimale de l'offre hospitalière* »⁴¹³. Pour comprendre ce contraste entre une unanimité de principe et une utilité décevante, il convient de présenter la coopération en tant qu'outil d'intervention économique (A) avant de montrer que la coopération connaît certaines limites sur le plan de l'efficacité (B).

A – Un outil d'intervention économique :

Les coopérations sanitaires constituent un mode d'intervention économique également fondé sur la réalisation d'économies d'échelle ; il convient de présenter l'intervention économique de l'État au travers de la promotion des coopérations sanitaires (1°) avant de montrer que cette intervention a, en réalité, un impact limité sur la recombinaison de l'offre de soins (2°).

1°/ L'intervention économique par la promotion de la coopération :

« *Qu'il s'agisse hier de répartir de manière plus équitable les établissements de santé sur le territoire national ou, aujourd'hui, de répondre à la fois aux exigences de qualité, de sécurité et aux contraintes économiques ou démographiques, les autorités publiques ont depuis longtemps encouragé les restructurations hospitalières pour adapter l'offre de soins* »⁴¹⁴ ; la spécificité du bien et l'irrégularité du marché de la santé justifient l'intervention de l'État qui repose, a priori, sur un ensemble de trois déterminants : la maîtrise de l'étendue et de la structure du marché ; l'accès au marché ; le fonctionnement du marché⁴¹⁵. Dans ce contexte, les types de coopération peuvent être regardés comme des outils économiques – c'est le cas, notamment, des GIE et des GIP⁴¹⁶. En outre, les outils de coopération servent à dépasser l'apparent clivage des ordres juridiques grâce, notamment, à leur complémentarité ; on relève, à ce titre, l'association entre les CHT et les GCS qui permet de couvrir, théoriquement, « *l'intégralité du maillage public-privé de l'offre hospitalière d'un territoire de santé* »⁴¹⁷. Ainsi, d'un point de vue théorique, la totalité des outils existants suffirait à couvrir les besoins et à harmoniser l'offre de soins sur le territoire ; or, en pratique, les coopérations ont eût un impact limité sur la recombinaison de l'offre de soins.

⁴¹³ COUR DES COMPTES, « *Les coopérations...* (op. cit.), p. 261.

⁴¹⁴ C. KELLER, M. LOUAZEL, M.-L. MOQUET-ANGER, « *Les outils...* (op. cit.), p. 687.

⁴¹⁵ CONSEIL D'ÉTAT, Section du rapport et des études, Guide des outils d'action économique, « 18. Encadrement général des activités économiques (I) : objet du cadre ».

⁴¹⁶ *Ibidem*.

⁴¹⁷ C. KELLER, M. LOUAZEL, M.-L. MOQUET-ANGER, « *Les outils...* (op. cit.), p. 687.

2°/ Un impact limité sur la recomposition de l'offre de soins :

Les coopérations sanitaires ont eût un impact globalement limité sur la recomposition de l'offre de soins ; ces limites proviennent de la faible dimension stratégique associée aux dispositifs et au faible suivi des opérations de coopération d'ores et déjà mises en œuvre. « *Si les coopérations hospitalières ont souvent des effets positifs perceptibles, ceux-ci sont plus ou moins profonds et durables. Parfois en trompe l'œil, marquées par des déséquilibres importants entre les parties prenantes, notamment au détriment des structures publiques, elles peuvent même s'avérer contraires à la rationalisation de l'offre dès lors qu'elles sont conçues dans un but étroitement défensif au lieu d'être mises au service d'une dynamique de réorganisation en profondeur* »⁴¹⁸ ; en effet, la Cour des Comptes relève certains exemples qui laissent douter de la stratégie de certaines coopérations : le CH de Châteauroux serait, en 2011, partie à 188 conventions⁴¹⁹ dont la pérennité ne serait pas forcément garantie⁴²⁰ et dont les engagements seraient imprécis⁴²¹. Le rôle des ARH, puis des ARS, est montré du doigt dans l'usage peu efficient des différents outils de coopération⁴²² ; en effet, jusqu'à la mise en place des GHT, l'ambiguïté entre coopération volontaire et coopération imposée n'aurait jamais été réellement dissipée⁴²³. En outre, le suivi et l'évaluation des coordination est quasi-inexistant⁴²⁴ ce qui ne permet pas d'évaluer rigoureusement l'efficacité de tels dispositifs⁴²⁵ ; pour la Cour des Comptes, ce manque de suivi montre que « *la coopération n'est pas encore inscrite dans une perspective stratégique, alors même que, d'une part, la politique hospitalière situe ses enjeux essentiels dans l'organisation spatiale du secteur et, que, d'autre part, la tutelle est à l'origine d'une partie des actions entreprises* »⁴²⁶.

L'impact des coopérations est contrasté en partie parce que l'utilisation des outils disponibles est inégale et, en partie, à cause du manque de suivi associé à de telles opérations ; quoi qu'il en soit, certaines limites apparaissent sur le plan de l'efficacité.

B – Des limites en termes d'efficacité :

À l'image des fusions – qui s'avèrent contreproductives au-delà d'une certaine taille ou d'une certaine gamme – les coopérations font l'objet d'un usage inégal (1°) qui entraîne des écarts-coûts préjudiciables (2°).

⁴¹⁸ COUR DES COMPTES, « *Les coopérations...* (op. cit.), p. 283.

⁴¹⁹ *Ibidem*, p. 263.

⁴²⁰ *Ibidem*, p. 266.

⁴²¹ *Ibidem*, p. 268.

⁴²² *Ibidem*, p. 263-264.

⁴²³ M. CORMIER, « *Mutations...* (op. cit.), p. 416 et s.

⁴²⁴ COUR DES COMPTES, « *Les coopérations...* (op. cit.), p. 266.

⁴²⁵ *Ibidem*, p. 273.

⁴²⁶ *Ibidem*.

1°/ L'inégal usage des modes de coopération :

Les dix-neuf dispositifs de coopération relevés par la Cour des Comptes font l'objet d'un usage incomplet ; ce constat procède du nombre excessif de ces dispositifs mais, également, du cloisonnement entre les différents secteurs. Le GCSMS a largement ouvert les possibilités de complémentarités entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux à travers la définition d'un continuum de prise en charge⁴²⁷ ; de telles coopérations gagneraient à être mises en œuvre dans la mesure où le degré de précarité sociale des publics pourrait être pris en charge en amont de l'hôpital⁴²⁸. Les différents modes de coopération organique (GCS, GIE ou GIP), ainsi que les conventions de coopération, permettent de rapprocher les secteurs public et privé. Ce mouvement, parfois qualifié de « *banalisation de l'hôpital public* »⁴²⁹ tend à satisfaire en priorité la demande de soins et à atténuer les concurrences sectorielles. Pour autant, la Cour des Comptes remarque que de telles coopérations ont été, souvent, conclues au détriment de la personne publique (répartition inégale des obligations, répartition inégale des charges et des bénéfices)⁴³⁰.

Les coopérations ont parfois fait l'objet d'un usage inégal ; cette problématique est perceptible au niveau des conventions conclues entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais, également, entre les secteurs publics et privés. En outre, elles suscitent, à l'image des opérations de fusions, des écarts-coûts difficilement justifiables.

2°/ La problématique des écarts-coûts :

Les écarts-coûts désignent « *la variation des coûts entre établissements* »⁴³¹ ou, plus généralement, entre les offreurs de soins à raison d'un même bien ; de tels écarts peuvent se matérialiser par une hausse des coûts sur un marché donné et aboutissent, s'ils se réalisent, à une moindre efficacité du service. Les coopérations sont regardées comme autant de réponses potentielles à un environnement contraint ; en effet, la contrainte – notamment budgétaire – qui pèse sur l'hôpital est le fruit de facteurs exogènes : premièrement, on remarque que l'hôpital public ne choisit pas son lieu d'implantation (il est donc tributaire de la demande et du type de population à prendre en charge) ; deuxièmement, on remarque que l'hôpital public n'a pas la maîtrise totale de certains déterminants

⁴²⁷ Articles L. 6133-1 à -6 et R. 6133-1 à -21 CSP ; C. BERGOIGNAN-ESPER, « *Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social et médico-social : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale* », RDSS, 2006, p. 909 et s.

⁴²⁸ M. ROSKO, « *Understanding Variations in Hospital Costs: an Economic Perspective* », Annals of Operations Research, n° 67, 1996, p. 1-21.

⁴²⁹ B. APOLLIS, « *Quel hôpital public au début du XXIe siècle ?* », RDSS, 2015, n° HS, p. 7 et s.

⁴³⁰ COUR DES COMPTES, « *Les coopérations...* (op. cit.), p. 269 et s.

⁴³¹ Z. OR, T. RENAUD, L. COM-RUELLE, « *Les écarts...* (op. cit.), p. 3.

(tels que les salaires) alors que le secteur privé en dispose. À l'image des effets de concentration et de hausse consécutive des coûts, les effets de gamme et de taille – dont la maîtrise importe également au niveau des coopérations – peuvent entraîner une augmentation des coûts⁴³². Quand bien même la qualité des services serait maintenue à travers la mise en place d'une coopération, la hausse des coûts entraînerait – au cas où elle adviendrait – une baisse du rapport coût-qualité et, donc, une moindre efficacité des services. En réalité, les concentrations de marchés (perceptibles à travers l'exemple des fusions et à travers l'exemple des coopérations) peuvent aboutir, sans maîtrise, à des effets contraires à ceux initialement associés à l'opération de fusion.

Le bilan des processus de restructurations volontaires s'avère contrasté jusqu'en 2016 : d'une part, le bilan des fusions hospitalières est décevant ; d'autre part, le bilan des coopérations est mitigé. Cependant, l'étude rétrospective de ces opérations fournit au moins deux grands enseignements : premièrement, les avantages théoriques d'une opération de recombinaison ne se vérifient pas toujours à l'usage ; deuxièmement, le caractère volontaire des opérations de recombinaison a laissé libre cours aux acteurs sans, pourtant, qu'ils fassent de ces dispositifs le meilleur usage. La mise en place des GHT procède de la loi du 26 janvier 2016 ; cette « coopération imposée » s'inscrit dans la lignée directe de la CHT et participe à la recombinaison territoriale de l'offre de soins.

⁴³² *Ibidem*, p. 9.

Chapitre 2 : La restructuration de l'offre de soins à travers la mise en place des GHT :

La mise en place des GHT entend « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* »⁴³³ ; ainsi, les GHT poursuivent deux objectifs : premièrement, le respect des grands principes du service public (égalité d'accès, continuité et mutabilité) et, deuxièmement, l'efficacité du service public. Leur mise en place est obligatoire⁴³⁴ et contribue à la restructuration de l'offre de soins. Nous aimerions montrer que la mise en place des GHT fait, d'une part, l'objet d'un consensus théorique portant sur le besoin de réforme (Section 1) tandis qu'elle occupe, d'autre part, une position ambiguë entre coopération fonctionnelle et fusion inavouée (Section 2).

Section 1 : Un consensus théorique portant sur le besoin de réforme :

L'annonce de la mise en place des GHT a suscité un large consensus autour du besoin de réforme ; ainsi la communauté hospitalière « *a exprimé dans sa très grande majorité son adhésion de principe à la mise en place de cette coopération renforcée. Les échanges ont davantage porté sur les caractères techniques de mise en œuvre que sur le bien fondé de son existence. C'est une évolution importante des mentalités et les hospitaliers semblent aujourd'hui prêts à s'engager dans des coopérations obligatoires* »⁴³⁵ ; afin de comprendre l'ampleur de cette évolution, il convient de présenter le processus législatif ayant conduit à l'adoption de la loi (I) avant de présenter ses principales dispositions (II).

I – Le processus législatif ayant abouti à l'adoption de la LMSS :

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)⁴³⁶ « *est le fruit d'un long processus administratif et législatif* »⁴³⁷ ; on trouve, en effet, en amont du processus législatif, un ensemble de débats menés entre les professionnels hospitaliers (A) et, dans le cadre du processus législatif, un ensemble de débats menés entre les parlementaires (B).

⁴³³ Article L. 6132-1 II CSP.

⁴³⁴ Article L. 6132-1 I CSP.

⁴³⁵ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire...* (op. cit.), p. 10.

⁴³⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

⁴³⁷ A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi santé – Regard sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2016, p. 5.

A – Les débats professionnels⁴³⁸ :

Les débats menés entre les professionnels hospitaliers illustrent deux tendances : d'une part une très forte implication au niveau de la réflexion et de la mise en place du dispositif ; d'autre part, une inquiétude réelle relative à la mise en place des GHT. Ces tendances sont perceptibles grâce aux témoignages des acteurs opérationnels (1°) et aux rapports de la mission *Groupements Hospitaliers de Territoire* (2°).

1°/ Le point de vue des acteurs hospitaliers :

Il convient de noter que la mission *Groupements Hospitaliers de Territoire*⁴³⁹ remarque le très large « consensus qui se dégage autour du GHT »⁴⁴⁰ ; cependant, il n'est pas inutile de mentionner le fait que les bases de données professionnelles révèlent certaines appréhensions – voir certaines oppositions – quant à la mise en place des GHT. Ces appréhensions concernent, principalement, trois domaines : premièrement, la taille des groupements ; deuxièmement, les modalités de mise en place des groupements ; troisièmement, le respect des différentes singularités professionnelles. La taille des groupements constitue la première appréhension ; à ce titre, les partenaires sociaux⁴⁴¹, les élus⁴⁴², les professions médicales⁴⁴³ ainsi que certains directeurs d'établissements⁴⁴⁴ expriment la

⁴³⁸ Ici nous traiterons des débats menés entre professionnels à propos du dispositif GHT ; d'autres débats entre professionnels, relatifs à d'autres dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé, se sont révélés beaucoup plus tumultueux ; ainsi « *La diversité et la multiplicité des mesures contenues dans le projet expliquent les réactions aussi vives que contrastées que le projet gouvernemental a pu susciter, notamment de la part des syndicats de professionnels de santé, des fédérations hospitalières et des associations de patients* » dans A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 7.

⁴³⁹ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, mai 2015 et J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, février 2016.

⁴⁴⁰ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 10 ; C. NAYRAC, « *Jacqueline Hubert souhaite la création d'un « GHT exemplaire » pour le CHU de Grenoble et le Sud Isère* », Hospimédia, publié le 27 janvier 2016.

⁴⁴¹ Bref sanitaire Hospimédia, « *Syndicass-CFDT – GHT / Fondation Rothschild – Ucla / CH Roubaix – Fast Care / URPS Centre - Portail* », Hospimédia, publié le 23 février 2016 ; T. QUÉGUINER, « *Le Gouvernement évoque un dégel symbolique du point d'indice, les syndicats crient au coup de com'* », Hospimédia, publié le 26 janvier 2016.

⁴⁴² G. TRIBAULT, « *Une hypothèse de GHT de 40 établissements autour du CHU de Rouen inquiète les élus* », Hospimédia, publié le 15 février 2016 ; P. HÉMERY, « *Les élus locaux craignent un « groupement hospitalier de territoire XXL » dans le Bas-Rhin* », Hospimédia, publié le 18 février 2016.

⁴⁴³ C. NAYRAC, « *Les syndicats de praticiens hospitaliers affichent leur exaspération au sujet du plan d'attractivité* », Hospimédia, publié le 8 décembre 2015 ; G. TRIBAULT, « *Les complémentaires santé rendront bientôt des propositions sur le tiers payant généralisé* », Hospimédia, publié le 28 janvier 2016 : « *La mise en place des GHT inquiète de son côté le Syndicat des managers publics de santé (SMPS) qui réitère dans un communiqué sa demande de clarté sur leurs périmètres et l'assouplissement du principe d'établissement support. Il alerte notamment les pouvoirs publics sur le risque de voir émerger sur les territoires des « super structures »* ».

⁴⁴⁴ C. NAYRAC, « *Les présidents de CME et de CH dénoncent « les effets destructeurs » des orientations actuelles des GHT* », Hospimédia, publié le 18 février 2016 : « *Ce n'est donc pas le principe même des GHT qui inquiète la conférence mais bien ses modalités actuelles. Elle revient d'ailleurs sur ce point, en indiquant avoir « constamment apporté son soutien à cette réforme » et notamment revendiqué son caractère obligatoire. Ce qui ne l'empêche pas de constater « de nombreux signaux convergent de différentes régions pour dénoncer l'orientation de certains découpages déconnectés du caractère nécessairement opérant des GHT et contraires aux parcours de soins des patients »* ».

crainte de voir apparaître des « *GHT XXL* » à la fois ingouvernables et inopportuns dans la mesure où ils déconstruiraient les efforts antérieurement consacrés à la définition d'une offre de soins locale et équilibrée⁴⁴⁵. Les modalités de mise en place des groupements constituent la seconde appréhension ; en effet, l'intersyndicale des praticiens hospitaliers interroge notamment la question des délais de mise en place des GHT⁴⁴⁶ tandis que l'intersyndicale action praticiens hôpital (APH) s'inquiète de la place réservée aux praticiens au sein des GHT et encourage leur implication dans le processus de mise en œuvre afin qu'ils ne deviennent pas des « nomades » voyageant entre plusieurs plateaux techniques⁴⁴⁷. Le respect des spécialités constitue une troisième forme d'appréhension ; sur ce point, la principale crainte est exprimée par les syndicats et par établissements de santé qui évoquent un esprit « *centraliste, directif et intégrateur* » et « *manifestement inadapté* »⁴⁴⁸ à la discipline – ceux-ci plaident par ailleurs, en faveur de la création de « *GHT de spécialités* »⁴⁴⁹ ou de « *GHT spécifiques en psychiatrie* »⁴⁵⁰.

2°/ La mission « Groupements Hospitaliers de Territoire » :

La mission *Groupements Hospitaliers de Territoire* remarque que « *tous les interlocuteurs auditionnés, à une exception près, convergent dans leur adhésion claire à la mise en place de GHT* »⁴⁵¹ ; les auteurs recensent, en effet, les points de vue exprimés par quatre catégories d'acteurs : premièrement, les représentants du corps médical⁴⁵² qui appellent « *à des coopérations territoriales encore plus intégrées que les GHT* » dans la mesure où la multiplicité d'établissements distincts empêche « *une prise en charge décloisonnée et continue entre les équipes médicales* » ; ils revendiquent, en outre, « *la transformation des GHT en établissements de santé en lieu et place des membres* » et appellent, pour les plus jeunes générations à la « *territorialisation du métier de praticien hospitalier* ». Deuxièmement, les représentants du corps de directeur d'hôpital⁴⁵³ qui semblent considérer que la mise en œuvre de stratégies de groupe est un élément « *fédérateur* » et susceptible d'atténuer les concurrences sectorielles ; en outre, ils témoignent d'expériences

⁴⁴⁵ P. HÉMERY, « *Les élus locaux craignent un « groupement hospitalier de territoire XXL » dans le Bas-Rhin* », Hospimédia, publié le 18 février 2016.

⁴⁴⁶ P. HÉMERY, « *Les intersyndicales de praticiens hospitaliers veulent reporter de six mois la mise en place des GHT* », Hospimédia, publié le 16 février 2016.

⁴⁴⁷ C. NAYRAC, « *Action praticiens hôpital craint que les GHT ne transforment les médecins hospitaliers « en nomades »* », Hospimédia, publié le 5 février 2016.

⁴⁴⁸ C. CORDIER, « *L'Adesm veut que les hôpitaux psychiatriques expérimentent différentes configurations de GHT* », Hospimédia, publié le 12 février 2016.

⁴⁴⁹ *Ibidem*.

⁴⁵⁰ C. CORDIER, « *Trois syndicats de psychiatres publics demandent des aménagements « substantiels » à la loi de Santé* », Hospimédia, publié le 29 décembre 2015.

⁴⁵¹ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 12.

⁴⁵² *Ibidem*, p. 13.

⁴⁵³ *Ibidem*.

favorables dans le cadre de la mise en place de directions communes. Troisièmement, les représentants des usagers⁴⁵⁴ qui considèrent que la mise en place des GHT constitue « *une opportunité de labellisation de la qualité des soins hospitaliers* » ; ils remarquent, cependant, l'impact contrasté des processus de coopération antérieurs et préviennent contre le risque d'atteinte à la proximité, à la subsidiarité et, finalement, à la qualité des services au terme de restructurations trop ambitieuses ; ils prônent la convergence dans le respect des grands principes du SPH. Quatrièmement, les représentants des élus locaux⁴⁵⁵ qui semblent exprimer une position focalisée sur la satisfaction de la demande de soins (défense du principe d'égalité d'accès aux soins et de la qualité des services publics) et l'accessibilité locale.

Les points de vue exprimés par les professionnels du secteur révèlent, à la fois, une forme d'inquiétude et une volonté d'implication ; en marge de ces opinions, le débat parlementaire se révèle autrement plus tumultueux.

B – Les débats parlementaires :

Les débats parlementaires menés autour du projet de LMSS⁴⁵⁶ (qui contient, en son article 27, les dispositions relatives aux GHT⁴⁵⁷) ont permis de relayer de nombreuses critiques⁴⁵⁸ qui relèvent, pour les plus mesurées, la présence de « *dispositions de nature très diverse et de portée très inégales...* »⁴⁵⁹ ; pour comprendre ces critiques, il convient de présenter la procédure législative (1°) pour parvenir à la promulgation du texte de loi (2°).

1°/ La procédure législative :

L'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé est le fruit d'une longue procédure législative⁴⁶⁰. Le projet de loi « relatif à la santé »⁴⁶¹ est présenté en Conseil des Ministres le 15

⁴⁵⁴ *Ibidem*, p. 13-14.

⁴⁵⁵ *Ibidem*, p. 14.

⁴⁵⁶ Texte n°2302 de Mme Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014.

⁴⁵⁷ Article 27 du Texte n°2302.

⁴⁵⁸ A. MILON, C. DEROCHÉ, E. DOINEAU, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi adopté par l'assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé*, Sénat, Session extraordinaire 2014-2015, enregistré à la Présidence du Sénat le 22 juillet 2015, n°653, Tome I, p. 3 et s. : le Sénat souligne, notamment, que le projet de loi « *revêtait dès l'origine un caractère disparate et souvent plus déclaratif que normatif* » produit d'un « *cheminement laborieux qui débouche sur un texte disparate* ». Au final, chose étonnante, le Sénat se refuse à la synthèse du texte habituellement réalisée au sein des rapports d'information : « *Vos rapporteurs ne tenterons pas d'en réaliser l'impossible synthèse préférant exposer les détails de chaque disposition dans l'examen des articles* ».

⁴⁵⁹ A. LAUDE ET D. TABUTEAU (dir.), *La loi...* (op. cit.), p. 7.

⁴⁶⁰ Le Sénat souligne « *un cheminement laborieux qui débouche sur un texte disparate* » dans A. MILON, C. DEROCHÉ, E. DOINEAU, *Rapport...* (op. cit.), p. 3.

octobre 2014 puis il est enregistré, le même jour, à la présidence de l'Assemblée Nationale ; suite à la production d'un rapport parlementaire⁴⁶² et à l'examen du texte en commission⁴⁶³, le débat parlementaire s'engage le 31 mars 2015 et aboutit à la production d'un texte amendé et adopté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015⁴⁶⁴. Le texte est transmis au Sénat le lendemain⁴⁶⁵ ; il fait l'objet de nombreux travaux en commission au rythme desquels se succèdent les amendements, les rapports⁴⁶⁶ et les avis⁴⁶⁷, jusqu'à la production d'un nouveau texte⁴⁶⁸ soumis, lui aussi, à de nombreux amendements déposés en séance publique jusqu'à son adoption par la chambre haute⁴⁶⁹. Le texte est soumis à une Commission mixte paritaire qui produit un ensemble de travaux⁴⁷⁰ et de résultats⁴⁷¹ avant d'être renvoyé, en nouvelle lecture, devant l'Assemblée Nationale⁴⁷² puis devant le Sénat⁴⁷³. Le texte, transmis en lecture définitive à l'Assemblée Nationale⁴⁷⁴, est adopté le 17 décembre 2015⁴⁷⁵.

⁴⁶¹ Texte n°2302 de Mme Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014.

⁴⁶² O. VÉRAN, B. LACLAIS, J.-L. TOURAINE, H. GEOFFROY, R. FERRAND, *Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé*, Assemblée Nationale, quatorzième législature, déposé à la présidence de l'Assemblée Nationale le 20 mars 2015, n° 2673.

⁴⁶³ Texte de la commission n°2673 déposé le 20 mars 2015.

⁴⁶⁴ Texte n°505 adopté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015.

⁴⁶⁵ Texte n°406 (2014-2015) transmis au Sénat le 15 avril 2015.

⁴⁶⁶ A. MILON, C. DEROCHE, E. DOINEAU, *Rapport... (op. cit.)* ; A. MILON, C. DEROCHE, E. DOINEAU, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi adopté par l'assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé*, Sénat, Session extraordinaire 2014-2015, enregistré à la Présidence du Sénat le 22 juillet 2015, n°653, Tome II – Tableau comparatif ; A. BILLON, F. LABORDE, *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes sur les dispositions du projet de loi n° 406 (2014-2015) de modernisation de notre système de santé, dont la délégation a été saisie par la commission des affaires sociales*, Sénat, Session extraordinaire 2014-2015, déposé à la présidence du Sénat le 22 juillet 2015, n°592 (2014-2015).

⁴⁶⁷ J.-F. LONGEOT, Avis fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, Session extraordinaire 2014-2015, déposé le 15 juillet 2015 à la présidence du Sénat, n° 627 ; A. REICHARDT, Avis fait au nom de la commission des lois, Sénat, Session extraordinaire 2014-2015, déposé le 15 juillet 2015 à la présidence du Sénat, n° 628.

⁴⁶⁸ Texte de la Commission n° 654, Sénat, Session extraordinaire 2014-2015, déposé à la présidence du Sénat le 22 juillet 2015.

⁴⁶⁹ Texte n°3, Sénat, Session ordinaire 2015-2016, modifié par le Sénat le 6 octobre 2015.

⁴⁷⁰ C. DEROCHE, Rapport fait au nom de la commission mixte paritaire, Session Ordinaire 2015-2016, n°111 (numéro de dépôt à l'Assemblée Nationale : n° 3167).

⁴⁷¹ Résultat des travaux de la commission n° 112, Session ordinaire 2015-2016, déposé le 27 octobre 2015.

⁴⁷² Le texte est transmis à l'Assemblée Nationale le 27 octobre 2015 ; il donne lieu à : G. SEBAOUN, B. LACLAIS, J.-L. TOURAINE, H. GOEFFROY, R. FERRAND, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé à la présidence de l'Assemblée Nationale le 10 novembre 2015, n° 3215 ; Texte n°618 adopté par l'Assemblée Nationale le 1^{er} décembre 2015.

⁴⁷³ Texte n° 209, Session ordinaire 2015-2016, transmis à la présidence du Sénat le 2 décembre 2015 ; A. MILON, C. DEROCHE, E. DOINEAU, *Rapport... (op. cit.)* ; Résultats des travaux de la Commission n°234, Session ordinaire 2015-2016, déposé à la présidence du Sénat le 9 décembre 2015 ; Texte n° 54, rejeté par l'adoption d'une question préalable le 14 décembre 2015.

⁴⁷⁴ Texte n° 3346 transmis à l'Assemblée Nationale le 14 décembre 2015.

⁴⁷⁵ Texte n° 650 adopté définitivement par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015.

2°/ La promulgation du texte de loi :

En dépit de son adoption en lecture définitive devant l'Assemblée Nationale, le texte est soumis au Conseil Constitutionnel suite à sa saisine en date du 21 décembre 2015 par un groupe de plus de 60 députés et de plus de 60 sénateurs ; en effet, « *la saisine des parlementaires paraissait inévitable compte tenu de la longueur des débats et de la résonance de ces derniers au sein de la société civile et parmi les professionnels de santé* ». Les députés et les sénateurs auteurs de la saisine contestent un grand nombre d'articles de la LMSS⁴⁷⁶ dont l'article 107 relatif aux GHT ; ils soutiennent que l'article 107 est contraire « au principe d'égalité devant la loi, à la liberté d'entreprendre et à la répartition constitutionnelle des compétences entre le pouvoir législatif et réglementaire⁴⁷⁷ ». La décision rendue, le 21 janvier 2016⁴⁷⁸ par le Conseil constitutionnel comporte trois considérants relatifs à cette saisine : premièrement, le considérant 62 précise que la différence de traitement entre établissements publics et privés de santé est justifiée au regard de la différence de situations dans laquelle ils se trouvent selon qu'ils appartiennent, ou non, à un GHT ; deuxièmement, le considérant 63 précise que le législateur n'a pas porté atteinte à la liberté d'entreprendre des établissements de santé privé lorsqu'il prévoit que « *l'approbation du changement de lieu d'implantation peut se faire dans le même acte que l'approbation de la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire* »⁴⁷⁹ ; troisièmement, le Conseil constitutionnel estime, par l'intermédiaire du considérant 64, que le législateur n'a pas méconnu l'étendue de sa compétence. Cependant, « *le Conseil constitutionnel soulève un moyen d'office à propos des dispositions du paragraphe IX de l'article 107* »⁴⁸⁰ dans la mesure où ce paragraphe ne précise pas « *la date à laquelle le projet de loi de ratification des ordonnances [relatives aux règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même GHT] devra être déposé devant le Parlement* »⁴⁸¹. La disposition susmentionnée est déclarée contraire à la Constitution ; suite à sa déclaration de conformité partielle, la loi est finalement promulguée le 26 janvier 2016⁴⁸².

Le processus législatif ayant abouti à la promulgation de la LMSS a fait l'objet de nombreux débats tant professionnels que parlementaires. Parmi ses (très) nombreuses dispositions, la LMSS entend favoriser la recomposition territoriale de l'offre de soins.

⁴⁷⁶ Pour la liste des articles contestés voir : M. MESNIL, « *La loi de modernisation de notre système de santé devant le Conseil constitutionnel* », dans A. LAUDE ET D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 455 et s.

⁴⁷⁷ *Ibidem*, p. 459.

⁴⁷⁸ CC, DC, n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016.

⁴⁷⁹ CC, DC, n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, considérant 63.

⁴⁸⁰ M. MESNIL, « *La loi de modernisation de notre système de santé devant le Conseil constitutionnel* », dans A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 459.

⁴⁸¹ CC, DC, n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, considérant 67.

⁴⁸² Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, parue au JO n° 22 du 27 janvier 2016 (rectificatif paru au JO n° 84 du 9 avril 2016).

II – La LMSS et la recomposition territoriale de l'offre de soins :

La LMSS adopte une démarche globale en matière de santé⁴⁸³ ; et pour cause, si la loi semble critiquable sur le plan de méthode législative⁴⁸⁴, elle couvre cependant un champ particulièrement vaste⁴⁸⁵. De nombreuses dispositions contribuent à la recomposition territoriale de l'offre de soins ; certaines font la promotion de la santé publique (A) tandis que d'autres contribuent, plus directement, à la rénovation et à la territorialisation du service public hospitalier (B).

A – La promotion de la santé publique :

La LMSS promeut une approche globale de la santé publique ; en effet, certaines mesures favorisent l'accès aux soins (1°) tandis que d'autres renforcent la qualité de l'offre de soins (2°).

1°/ L'accès aux soins :

L'un des objectifs assigné aux GHT est de « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient* »⁴⁸⁶ ; à ce titre, la loi prévoit la définition d'un parcours de soins et favorise, largement, la prévention médicale. Concernant la définition du parcours de soins, la LMSS entend notamment « *promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé* »⁴⁸⁷, « *renforcer l'animation territoriale* » conduite

⁴⁸³ A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 7.

⁴⁸⁴ A. MILON, C. DEROCHÉ, E. DOINEAU, *Rapport... (op. cit.)*, p. 26 et s. : « *À l'heure où s'accroît la dénonciation de l'inflation et de l'instabilité normative, on ne peut manquer de souligner que ce projet de loi semble avoir concentré toutes les caractéristiques de nature à en faire un contre-exemple de bonne méthode législative* » ; en effet, alors que le projet de loi comprenait 57 articles, le texte adopté en comprend 227. Par ailleurs, le Sénat remarque le manque de préparation au gré d'une méthode « *peu lisible et parfois déconcertante* » ayant abouti à un projet de loi « *constitué au trois quarts de dispositions introduites par voie d'amendement* » et caractérisé par un « *nombre inhabituel d'habilitations du Gouvernement à légiférer par ordonnances* ». Au final, chose étonnante, le Sénat se refuse à la synthèse du texte habituellement réalisée au sein des rapports d'information en soulignant que le projet de loi « *revêtait dès l'origine un caractère disparate et souvent plus déclaratif que normatif* ».

⁴⁸⁵ La lecture des 227 articles de la loi de modernisation de notre système de santé suscite, il est vrai, une impression confuse comme si la globalité et l'envergure du sujet traité avait abouti à sa dissolution. La loi comporte six titres censés couvrir l'ensemble des problématiques relatives au champ de la santé : premièrement, le titre liminaire composé des articles 1 et 2 propose de « *rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée* » ; deuxièmement, le titre I composé des articles 3 à 63 porte sur le renforcement de la prévention et sur la promotion de la santé ; troisièmement, le titre 2 composé des articles 64 à 113 entend « *Faciliter au quotidien le parcours de santé des Français* » ; quatrièmement, le titre III composé des articles 114 à 157 propose d'innover « *pour garantir la pérennité de notre système de santé* » ; cinquièmement, le titre IV composé des articles 158 à 197 vise à renforcer l'efficacité des politiques publiques ainsi que la démocratie sanitaire ; sixièmement, le titre V composé des articles 198 à 227 comprend un ensemble de mesures de simplification. Les mesures les plus emblématiques de la loi concernent, tout à la fois, l'organisation du système de santé, la mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT), la valorisation des coopérations hospitalières, le fonctionnement des établissements publics de santé, la gestion des ressources humaines et le droit des patients.

⁴⁸⁶ Article L. 6132-1 II CSP.

⁴⁸⁷ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 64 ; sur ce point voir : A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 49 et s.

par les ARS⁴⁸⁸, renforcer l'accompagnement et l'information des usagers⁴⁸⁹ et « renforcer les outils proposés aux professionnels pour permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient »⁴⁹⁰ ; de manière plus emblématique, l'accès aux soins repose sur « le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie »⁴⁹¹. Concernant la prévention⁴⁹², un ensemble de mesures concerne la santé des mineurs et des jeunes, la lutte contre la surconsommation d'alcool et la publicité sur les boissons alcooliques, la lutte contre les mauvais comportements alimentaires, la lutte contre le tabagisme et la consommation de stupéfiants ou, encore, le dépistage et la lutte contre la propagation des maladies infectieuses transmissibles⁴⁹³.

2°/ La qualité de l'offre de soins :

La qualité de l'offre de soins constitue un autre volet important de la LMSS ; les mesures relatives à la qualité de l'offre de soins concernent, notamment, les droits du patient, le fonctionnement des établissements de santé ainsi que la sécurité sanitaire. Concernant les droits du patient⁴⁹⁴, on relève un ensemble de dispositions concernant l'information du patient sur les modalités et les coûts de sa prise en charge, le partage d'information et la préservation du secret professionnel, l'hébergement des données de santé et, de manière plus emblématique, la mise en place du dossier médical partagé (DMP). Concernant le fonctionnement des établissements de santé⁴⁹⁵, on relève un certain nombre de dispositions relatives à la gouvernance (relatives aux pôles cliniques et médico-techniques ainsi qu'à la CME), à la création d'une commission des usagers (CDU), de maisons d'accueil hospitalières ; de plus, un ensemble de mesures relèvent du financement de certaines activités (la recherche biomédicale), aux modalités d'emprunts bancaires et aux montages financiers complexes. Concernant, la sécurité sanitaire⁴⁹⁶, des mesures plus vastes visent à sensibiliser les populations sur le lien santé-environnement, à renforcer les mesures de vigilance sanitaire, à promouvoir l'innovation dans le domaine de la santé et à favoriser l'expression de la démocratie sanitaire.

⁴⁸⁸ *Ibidem*, Article 158 ; sur ce point voir : A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 63 et s.

⁴⁸⁹ *Ibidem*, Article 88 ; sur ce point voir : A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 72 et s.

⁴⁹⁰ *Ibidem*, Article 95 ; sur ce point voir : A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 84 et s.

⁴⁹¹ *Ibidem*, Article 83 ; sur ce point voir : A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 25 et s.

⁴⁹² S. MERKUR, F. SASSI, D. MC DAID, *Promoting health, preventing disease : is there an economic case ?*, Policy Summary 6, World Health Organization (WHO), 2013.

⁴⁹³ A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 101-162.

⁴⁹⁴ CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial Loi de modernisation de notre système de santé, l'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches*, CNEH, JuriSanté n°86, janvier 2016, p. 45-60.

⁴⁹⁵ *Ibidem*, p.28-35.

⁴⁹⁶ A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi... (op. cit.)*, p. 251-312.

La LMSS forme un très vaste ensemble dont la principale ambition est de promouvoir la santé publique à travers l'accès aux soins et la qualité de l'offre de soins ; en outre, la seconde ambition de la LMSS concerne la rénovation et la territorialisation du service public hospitalier.

B – La rénovation et la territorialisation du service public :

La seconde dimension de la LMSS concerne la rénovation et la territorialisation du service public hospitalier ; il convient d'observer, alternativement, l'un et l'autre de ces objectifs à travers la rénovation du service public hospitalier (SPH) (1°) et les mesures contribuant à sa territorialisation (2°).

1°/ La rénovation du service public hospitalier :

L'une des mesures les plus emblématiques de la LMSS est la réhabilitation du SPH⁴⁹⁷ ; cette réhabilitation marque le retour à une conception « publique » de l'offre de soins ; en effet, trois phases apparaissent distinctement : premièrement, avant la loi HPST, l'exercice de MSP était réservé à certains établissements délégués (CHU, CH, hôpitaux locaux et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) – anciennement établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH)) selon une conception organique ; deuxièmement, la loi HPST renverse le raisonnement et s'appuie sur une conception matérielle de l'offre de soins en définissant quatorze MSP⁴⁹⁸ attribuées – sous réserve d'autorisation – aux établissements de santé (indistinctement publics et privés) ; troisièmement, la LMSS réhabilite la notion de SPH. La conséquence de cette réhabilitation est double : d'une part, la LMSS marque un retour à une conception organique du service public hospitalier et prévoit, à ce titre, une procédure d'habilitation (pour les ESPIC) et de reconnaissance (pour les établissements de santé privés) afin de préserver l'offre territoriale de soins ; d'autre part, la réhabilitation du SPH revient à affirmer sa spécificité « publique » et, par conséquent, à promouvoir en son sein les grands principes du service public tels que l'égalité d'accès aux soins et de prise en charge, la continuité, la mutabilité et la neutralité⁴⁹⁹. Plus largement, la réhabilitation du SPH s'inscrit dans une politique de santé⁵⁰⁰, caractérisée par une approche globale et organisée autour de six thèmes : « *assurer la promotion des conditions de vie favorables à la santé, améliorer l'état de santé de la population, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, assurer l'égalité entre les hommes et les femmes, garantir la meilleure*

⁴⁹⁷ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 99.

⁴⁹⁸ Alors prévues à l'Article L. 6112-1 et s. CSP.

⁴⁹⁹ A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi...* (op. cit.), p. 367 ; sur la neutralité du SPH voir : CEDH, 26 novembre 2015, (n°64846/11), X. c/ France.

⁵⁰⁰ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 1.

sécurité sanitaire possible et garanti l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins »⁵⁰¹.

2°/ La territorialisation du service public hospitalier :

La territorialisation du SPH illustre deux grandes dimensions de la LMSS : premièrement, elle concrétise la réhabilitation du SPH et la stratégie de santé ; deuxièmement, elle favorise une échelle territoriale plus souple – et finalement plus pertinente – au détriment d'une régionalisation « *en trompe l'œil* ». La territorialisation du SPH passe par des mesures relatives à la gouvernance des territoires et à la gouvernance des établissements de santé. Concernant la territorialisation du SPH et, dans la lignée de la revalorisation des grands principes du service public, on compte notamment la promotion de l'accès aux soins : ainsi l'article 98 de la LMSS impose aux ARS de veiller « *à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire* »⁵⁰². De même, on relève la définition plus nette des obligations respectives de chaque établissements de santé (publics, privés et ESPIC) dans le cadre de leur participation au SPH territorialisé⁵⁰³, l'harmonisation des règles juridiques les concernant⁵⁰⁴ et la publication de mesures transitoires jusqu'à la publication du projet régional de santé⁵⁰⁵. Concernant la gouvernance des établissements de santé, on relève la rénovation et la consolidation des outils de coopération⁵⁰⁶ (notamment des GCS⁵⁰⁷), un ensemble de mesures relatives à la gestion des ressources humaines (telles que le développement du dialogue social avec le personnel médical⁵⁰⁸, les modalités d'activité libérale des praticiens hospitaliers à plein temps⁵⁰⁹ et la mise en place du développement professionnel continu (DPC)⁵¹⁰) et la promotion d'une « *gouvernance plus médicalisée dans les établissements publics* »⁵¹¹. La mise en place des GHT⁵¹², qui concerne à la fois la gouvernance des territoires et la gouvernance des établissements, synthétise un ensemble de problématiques relatives à la recomposition territoriale de l'offre de soins, à la régulation publique de l'offre de soins, à la restructuration des établissements de santé et s'inscrit dans un espace où se matérialisent les grands principes du SPH.

⁵⁰¹ A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi...* (op. cit.), p. 17-18.

⁵⁰² *Ibidem*, p. 355.

⁵⁰³ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 99.

⁵⁰⁴ *Ibidem*, Article 109.

⁵⁰⁵ *Ibidem*, Article 196.

⁵⁰⁶ *Ibidem*, Article 108 et 113.

⁵⁰⁷ *Ibidem*, Article 108 et 201 ; article L. 6133-1 CSP ; CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial...* (op. cit.), p. 26-27.

⁵⁰⁸ *Ibidem*, Article 194.

⁵⁰⁹ *Ibidem*, Article 138 ; articles L. 6154-2 à L. 6154-7 CSP.

⁵¹⁰ *Ibidem*, Article 114 ; articles L. 4021-1 à L. 4021-8 CSP.

⁵¹¹ *Ibidem*, Article 195 et A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi...* (op. cit.), p. 407 et s.

⁵¹² *Ibidem*, Article 107 ; A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi...* (op. cit.), p. 387 et s. ; CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial...* (op. cit.), p. 10-24.

La LMSS organise la rénovation et la territorialisation du SPH au gré d'un ensemble de mesures emblématiques ; celles-ci relèvent, simultanément, du *symbole* (la réhabilitation du SPH) et de *l'action* (la mise en œuvre des principes d'égalité, de continuité et de mutabilité) à travers des mesures de territorialisation. Il convient, à présent, de décrire plus en détail le dispositif GHT qui semble occuper, d'un point de vue juridique, une place ambiguë entre « coopération fonctionnelle » et « fusion médicale ».

Section 2 : Une position ambiguë entre « coopération fonctionnelle » et « fusion médicale » :

Le GHT entretient une forme d'ambiguïté fondée sur les multiples interprétations du dispositif dans le cadre de sa mise en place : pour certain, le GHT est un contrat de coopération fonctionnelle – reposant, essentiellement, sur une convention constitutive – dont l'objectif concerne l'efficience et la mutualisation des fonctions-support⁵¹³ ; pour d'autres, le GHT constitue une sorte de « *fusion médicale* »⁵¹⁴ – reposant, essentiellement, sur un projet médical partagé – dont l'objectif concerne la définition d'un parcours de soins coordonné entre différents services. En tout état de cause, le GHT a pour objet « *de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* »⁵¹⁵. Il convient de présenter le dispositif de façon objective à travers son processus de création (I) et ses modalités de fonctionnement (II).

I – La création du GHT :

La création du GHT est soumise à un ensemble de mesures définies par voie légale ou réglementaire⁵¹⁶ ; il importe de présenter son processus de création (A) avant de présenter son aboutissement à travers la conclusion d'une convention constitutive (B).

A – Le processus de création :

Le processus de création des GHT peut être présenté en deux temps : d'abord, à travers la présentation des membres du groupement (1°) ; ensuite, à travers la création, proprement dite, du groupement (2°).

1°/ Les membres du groupement :

La LMSS réécrit l'article L.6132-1-I du CSP ; elle énonce que « *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire* » ; en outre, elle précise qu'un certain nombre d'établissements de santé peuvent se voir conférer le statut d'établissement « *associé* » ou

⁵¹³ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 207.

⁵¹⁴ Terme relatif aux fusions hospitalières issu de G. CALMES, J.-P. SEGADE, L. LEFRANC, *Coopération... (op. cit.)*, p. 54.

⁵¹⁵ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107.

⁵¹⁶ L'article 107 de la LMSS et le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire sont reproduits en annexes.

« *partenaire* » au GHT. La LMSS distingue ainsi les membres du groupement entre « *établissements parties* » et « *partenaires ou associés* ». Concernant les établissements parties au groupement, ceux-ci ont l'obligation d'adhérer à un GHT ; cette adhésion concerne l'ensemble des établissements publics de santé tels que les centres hospitaliers, les CHU, les établissements publics de santé mentale et les ex-hôpitaux locaux. L'incise « *sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale* » apporte une forme de souplesse à l'obligation et vise, sous réserve de nécessité (liée à la taille, à la situation géographique ou à l'activité de l'établissement), une situation particulière qui rendrait l'adhésion au GHT injustifiée⁵¹⁷. En outre, la loi prévoit d'accorder, de manière facultative (donc non-obligatoire), le statut d'établissement partie à certains établissements ou services médico-sociaux de nature publique. Les établissements parties adhèrent, d'une part, au projet médical partagé (PMP) du groupement et contribuent, d'autre part, aux fonctions déléguées à l'établissement support⁵¹⁸. Concernant les établissements associés ou partenaires au GHT, la loi vise cinq types d'établissements : les hôpitaux des armées, les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements de santé autorisés en psychiatrie, les établissements de santé privé et les CHU⁵¹⁹. La raison de ce statut distinctif repose sur la volonté de réserver, de façon prioritaire, le dispositif GHT aux établissements publics de santé mais de respecter, néanmoins un principe de réalité (la multiplicité des acteurs concourant à l'offre de soins) et un principe de nécessité (développer les coopérations intersectorielles). Il s'agit ainsi d'ouvrir « *la conception et la mise en œuvre du projet médical partagé (PMP) à des structures de soins qui ne seraient pas membres du GHT : soit parce qu'elles n'ont pas le statut d'établissements publics sanitaires ou médico-sociaux / soit parce qu'elles sont déjà parties à un autre GHT* »⁵²⁰. Le législateur ne fait mention d'aucune distinction entre les établissements « *partenaires* » et « *associés* » ; cependant, l'ensemble des personnes concernées formalisent leur appartenance au groupement au terme d'une convention de coopération.

⁵¹⁷ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 1 : « *Art. R. 6132-7. – La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins* ».

⁵¹⁸ La contribution aux fonctions support est obligatoire pour les établissements publics de santé parties au groupement tandis qu'elle est soumise, dans le cas des établissements sociaux et médico-sociaux – pour lesquelles l'adhésion au groupement est facultative – aux fonctions support qui les concernent.

⁵¹⁹ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107-I-1° : « *III.-Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire* ».

⁵²⁰ CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial...* (op. cit.), p. 10-11.

2°/ La création du groupement :

La création des GHT est obligatoire au terme de la LMSS ; cependant, un certain nombre de points méritent d'être relevés. Le premier point tient à la concrétisation du dispositif ; en effet, si la création des GHT relève d'une obligation légale, aucune disposition – légale ou réglementaire – n'impose de périmètre territorial aux groupements : ceux-ci sont libres de définir leur périmètre et leur composition sous réserve de respecter la procédure légale. La liberté associée à la création des groupements permet de transcender toutes les échelles de planification antérieures dans la mesure où le territoire en question est, à la fois, infra- et interrégional et qu'il est indépendant du « territoire de santé » mentionné à l'article L. 1434-9 du CSP : le GHT peut recouvrir tout ou partie d'un ou plusieurs territoires de santé et s'établir de part et d'autre d'une frontière régionale⁵²¹. Le second point tient aux dispositions transitoires qui accompagnent la transformation des CHT en GHT⁵²² ; en effet, la LMSS précise que « *les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées* »⁵²³. Il importe, ainsi, de s'interroger sur la pertinence (territoriale et partenariale) des CHT préexistantes dans la mesure où leur périmètre conditionne, sans plus de modification, celui des GHT à venir⁵²⁴ ; cette précaution est d'autant plus importante que le périmètre territorial du GHT est réputé être libre tandis que certaines CHT ont vu leur création imposée par certains directeurs d'ARS. Ainsi, trois éléments doivent être pris en compte⁵²⁵ : premièrement, la pertinence et légitimité du périmètre partenarial et territorial du GHT ; deuxièmement, le choix des établissements parties, partenaires et associés au GHT dans la mesure où leur relation doit aboutir à la coordination d'un parcours de soins efficient décrit dans le PMP ; troisièmement, l'importance déterminante de cette phase d'auto-décision dans la mesure où, non accomplie, celle-ci relèverait *in fine* de la décision du directeur de l'ARS.

⁵²¹ À titre d'exemple : C. CORDIER, « *Le CH d'Arles évoque l'idée d'un GHT associé au CHU de Nîmes et Marseilles* », Hospimédia, publié le 23 février 2016.

⁵²² Voir : C. KELLER, « *De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture* », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 28, 13 Juillet 2015, 2229 ; L. HOUDART, L. JEUNE, « *Les CHT sont mortes vive les GHT ! Ou la création d'une nouvelle espèce juridique : le groupement hospitalier de territoire* », Partie 1, (<http://www.houdart.org/blog/les-cht-sont-mortes-vive-les-ght-ou-de-la-creation-dune-nouvelle-espece-juridique-le-groupement>) ; L. HOUDART, L. JEUNE, « *Les CHT sont mortes vive les GHT !* », Partie 2, (<http://www.houdart.org/blog/les-cht-sont-mortes-vive-les-ght-partie-2>) ; CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial Loi de modernisation de notre système de santé, l'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches*, CNEH, JuriSanté n°86, janvier 2016, p. 10-14 ;

⁵²³ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; article L. 6143-4 CSP.

⁵²⁴ À titre d'exemple, le CH de Saintonge de Saintes organise le passage de la CHT de Saintonge à un GHT plus vaste comprenant le CH de Cognac : C. NAYRAC, « *Le CH de Saintonge espère reprendre son activité de soins intensifs neurovasculaires en 2016* », Hospimédia, publié le 22 janvier 2016.

⁵²⁵ CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial... (op. cit.)*, p. 11.

B – La convention constitutive :

La convention constitutive est le socle juridique du GHT ; son importance est grande puisque le GHT est dépourvu de personnalité morale. Il convient, ici, de présenter les modalités de conclusion de la convention constitutive (1°) avant d'en estimer la portée juridique (2°).

1°/ La conclusion de la convention constitutive :

Les modalités de conclusion de la convention constitutive ont été définies par la LMSS et par le décret du 27 avril 2016 ; il convient de présenter, successivement, les dispositions de ces deux textes. La LMSS définit le contenu minimal de la convention constitutive⁵²⁶ ; à ce titre, cinq éléments doivent être retenus⁵²⁷ : premièrement, la définition d'un PMP commun à l'ensemble des établissements parties et devant être transmis à l'ARS, pour approbation, préalablement à la conclusion de la convention constitutive ; deuxièmement, la mention d'éventuelles délégations d'activités⁵²⁸ ; troisièmement, la mention d'éventuels transferts d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre les établissements parties ; quatrièmement, la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques au sein du groupement, de même que l'organisation des activités de soins (dont le détail est établi au sein du PMP) ; cinquièmement, la description de l'organisation et du fonctionnement du GHT au travers de quatre éléments : la désignation de l'établissement support, la composition du comité stratégique chargé de définir et de mettre en œuvre la convention constitutive et le PMP, la participation des CME lors de la mise en place du PMP ainsi que le rôle du comité territorial des élus locaux. En parallèle, le décret du 27 avril 2016 décrit, en trois étapes, la procédure de création du GHT : d'abord, « *La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire* »⁵²⁹ ; ensuite, la convention constitutive est soumise à des instances diverses en fonction de la nature de l'établissement partie : « *Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directeurs, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis* » et « *Pour les établissements ou services médico-*

⁵²⁶ Disposition de la loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107, codifiée aux articles L. 6132-2 et L. 6132-3 du CSP.

⁵²⁷ CNEH, L'écho Actualités JuriSanté, *Spécial...* (op. cit.), p. 15.

⁵²⁸ Ces éventuelles délégations d'activités sont mentionnées aux articles L. 6132-3 et L. 6132-4 du CSP.

⁵²⁹ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 1, codifié à l'article R. 6132-6-I du CSP.

sociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à délibération de leurs conseils d'administration »⁵³⁰ ; enfin, la convention constitutive est signée par les directeurs des différents établissements parties et soumise à l'approbation du directeur de l'ARS compétent (déterminé en fonction du siège l'établissement support).

2°/ La portée juridique de la convention constitutive :

La portée juridique de la convention constitutive se situe au cœur de l'ambiguïté qui entoure les GHT et, en même temps, le moyen de lever cette ambiguïté ; en effet, « *Le choix de créer un groupe hospitalier public non par fusion mais sous la forme de coordination donne à la gouvernance du GHT toute son importance et sa complexité* »⁵³¹ dans la mesure où la LMSS précise explicitement que « *Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale* »⁵³². De ce point de vue, l'absence de personnalité morale contribue à faire de la convention constitutive le socle juridique du GHT ; son contenu prolonge l'ensemble des prescriptions légales et réglementaires afin de les adapter à la singularité des groupements. On relève, ainsi, trois éléments dont la mention conditionne, en elle-même, la portée juridique de la convention constitutive⁵³³ : premièrement, les différentes obligations contractuelles pesant, alternativement, sur les établissements parties ainsi que sur les partenaires et associés au groupement ; deuxièmement, les obligations et les attributions propres à l'établissement support⁵³⁴ ainsi que le rôle attribué au directeur dans la gestion du groupement ; troisièmement, le fonctionnement des instances internes au groupement telles que le comité stratégique de groupement⁵³⁵, le comité des usagers (ou commission des usagers de groupement)⁵³⁶, le comité technique d'établissement (CTE)⁵³⁷ de même que les interactions entre la commission médicale d'établissement (CME), le collège médical ou la commission médicale de groupement⁵³⁸ et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)⁵³⁹ ainsi que la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue

⁵³⁰ *Ibidem.*

⁵³¹ V. LE TAILLENDIER, C. ROLDO, « *La gouvernance du GHT* » dans *Gestion Hospitalières*, n° 554, mars 2016, p. 150-151.

⁵³² Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; disposition codifiée à l'article L. 6132-1-I du CSP.

⁵³³ CNEH, *L'écho Actualités JuriSanté, Spécial...* (op. cit.), p. 15.

⁵³⁴ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; disposition codifiée à l'article L. 6132-3-I du CSP.

⁵³⁵ Disposition codifiée à l'article R. 6132-10 du CSP.

⁵³⁶ Disposition codifiée à l'article R. 6132-11 du CSP.

⁵³⁷ Disposition codifiée à l'article R. 6132-13-I du CSP.

⁵³⁸ Disposition codifiée à l'article R. 6132-9-I du CSP.

⁵³⁹ Disposition codifiée à l'article R. 6132-13-I du CSP.

social⁵⁴⁰. En outre, la portée juridique de la convention constitutive est d'autant plus vive que sa conclusion s'inscrit dans le cadre une logique de résultat ; en effet, la LMSS précise que « *Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé* »⁵⁴¹ qui comprennent, eux-mêmes, un certain nombre d'objectifs soumis à obligation de résultat. La portée de la convention constitutive s'exprime sur deux plans : d'une part, sur un plan « constitutif » dans la mesure où elle établit les obligations réciproques de chacun des membres du groupement et, d'autre part, sur un plan « stratégique » dans la mesure où elle définit les objectifs propres à l'ensemble du groupement⁵⁴².

La création des GHT repose sur une convention constitutive ; en ce sens, le processus de création repose, largement, sur la volonté contractuelle et l'autonomie des parties. Pourtant, si la convention constitutive forme le socle juridique du GHT, le fonctionnement du groupement est, quant à lui, soumis à d'autres modalités.

II – Le fonctionnement du GHT :

Le fonctionnement du GHT repose sur les bases établies dans la convention constitutive ; il s'appuie, cependant, sur divers éléments opérationnels tels que le projet médical partagé (A) et un ensemble de modalités relatives à la gouvernance du groupement (B).

A – Le projet médical partagé (PMP) :

Le PMP constitue le socle opérationnel du GHT ; à ce titre, il a vocation à être la traduction d'une *stratégie de groupe* et à organiser une offre de soins graduée sur tout le territoire. Il convient de décrire le contenu du PMP (1°) avant de présenter sa dimension opérationnelle (2°).

1°/ Le contenu du PMP :

Le PMP « *a vocation à définir et structurer toutes les filières inter-hospitalières de prise en charge des patients, au sein d'un même GHT* »⁵⁴³ ; il « *définit la stratégie médicale du groupement*

⁵⁴⁰ Disposition codifiée à l'article R. 6132-14 du CSP.

⁵⁴¹ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; disposition codifiée à l'article L. 6132-2-I du CSP.

⁵⁴² Disposition codifiée à l'article R. 6132-1-I du CSP.

⁵⁴³ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 16.

hospitalier de territoire »⁵⁴⁴. Le décret du 27 avril 2016 mentionne neuf éléments devant figurer au sein du PMP⁵⁴⁵ : premièrement, les objectifs médicaux du groupement ; deuxièmement, les objectifs relatifs à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; troisièmement, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; quatrièmement, les principes à partir desquels s'organisent les activités, au sein de chaque filière, ainsi que leur déclinaison par établissement – le cas échéant, sont décrites leurs modalités de réalisation par télémédecine⁵⁴⁶ ; cinquièmement, les projets de biologie et d'imagerie médicale (y compris interventionnelle) ainsi que les projets de pharmacie ; sixièmement, les modalités d'association entre le GHT et le CHU ; septièmement, d'éventuelles mentions relatives à la répartition des professions médicales et pharmaceutiques (par voie d'avenant à la convention constitutive – au cas où celle-ci ne mentionnerait pas de tels éléments) ; huitièmement, les principes relatifs à l'organisation territoriale des équipes médicales communes ; neuvièmement, les modalités relatives au suivi, à la mise en œuvre et à l'évaluation du PMP. Par conséquent, la vocation de ce dispositif est de « *structurer toutes les filières inter-hospitalières de prise en charge de patient au sein d'un même GHT* »⁵⁴⁷ et « *d'intégrer toutes les spécialités sans exception* »⁵⁴⁸ ; le contenu du PMP a une dimension globale et vise à définir un continuum de prise en charge.

2°/ L'utilité du PMP :

L'utilité, l'objet et la dimension stratégique du PMP sont marqués par la dualité. Premièrement, l'utilité du PMP est double : d'une part, le PMP s'inscrit *en complémentarité* de la convention constitutive – le socle juridique du GHT – dans la mesure où il constitue son socle opérationnel ; d'autre part, le PMP s'inscrit *en autonomie* par rapport à la convention constitutive – qui définit des modalités de coopération – dans la mesure où il définit une stratégie médicale. Deuxièmement, l'objet du PMP est double puisqu'il contribue, à la fois, à la mise en œuvre d'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* » et à la garantie d'une « *offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours* »⁵⁴⁹. Troisièmement, la dimension stratégique du PMP est double dans la

⁵⁴⁴ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 1, codifié à l'article R. 6132-3-I du CSP.

⁵⁴⁵ *Ibidem*.

⁵⁴⁶ Ces principes concernent huit éléments : la permanence et la continuité des soins ; les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ; les plateaux techniques ; la prise en charge des urgences et soins non programmés ; l'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ; les activités d'hospitalisation à domicile ; les activités de prise en charge médico-sociale.

⁵⁴⁷ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 16.

⁵⁴⁸ *Ibidem*.

⁵⁴⁹ CNEH, *L'écho Actualités JuriSanté, Spécial... (op. cit.)*, p. 17.

mesure où elle vise, simultanément, la définition d'une stratégie médicale concernant les établissements partie au groupement et les établissements partenaires ou associés. Concernant les établissements parties au groupement, la stratégie médicale doit intégrer l'ensemble des spécialités sans quoi la prise en charge médicale ne pourrait prétendre à une dimension globale ni même à la définition d'un continuum de soin ; de même, la définition d'une stratégie médicale globale vise à éviter la création de « *GHT de spécialité* »⁵⁵⁰ qui contreviendraient à la vocation essentielle du dispositif fondée sur la complémentarité médicale et la transversalité des services publics. Concernant les établissements partenaires ou associés, la LMSS prévoit également la possibilité de sauvegarder ou de créer des coopérations entre les secteurs publics et privé ; leur mention figure, également, au sein du PMP⁵⁵¹.

B – La gouvernance du GHT :

La gouvernance du GHT repose sur deux mécanismes : d'une part, un mécanisme de gouvernance *horizontal* effectif, à l'échelle du groupement, grâce à l'action de l'établissement support (1°) et, d'autre part, un mécanisme de gouvernance *vertical* effectif entre l'ARS et le groupement (2°).

1°/ Le rôle de l'établissement support :

La LMSS décrit les attributions de l'établissement support⁵⁵² sans définir, à proprement parler, son rôle au sein du GHT ; c'est, probablement, la volonté de ne pas personnaliser le groupement qui conduit le législateur à une telle réserve. Pourtant, au regard de ses attributions, le rôle de l'établissement support – et, à travers lui, de son directeur – est cardinal dans la mesure où il assure la gestion de l'ensemble des fonctions-support⁵⁵³. En effet, la LMSS mentionne quatre fonctions dont la gestion est attribuée à l'établissement support⁵⁵⁴ : premièrement, la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier (SIH) convergent⁵⁵⁵ ; deuxièmement,

⁵⁵⁰ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 16.

⁵⁵¹ Disposition codifiée à l'article L. 6134-1 du CSP.

⁵⁵² Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; disposition codifiée à l'article L. 6132-1 et L.6132-3 du CSP.

⁵⁵³ G. TRIBAULT, « *Les fonctions SI, achats et information médical des GHT sont précisées dans un projet de décret* », Hospimédia, publié le 8 février 2016.

⁵⁵⁴ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; disposition codifiée à l'article L. 6132-3-I du CSP.

⁵⁵⁵ La LMSS précise : « *La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système*

la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ; troisièmement, la fonction achat ; quatrièmement, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement ainsi que des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement. L'attribution de telles fonctions à l'établissement support contribue à renforcer les pouvoirs du directeur de l'établissement désigné ; ainsi, outre leur gestion, le directeur de l'établissement support exerce, par dérogation, les compétences relatives aux fonctions susdites pour le compte des établissements parties au groupement⁵⁵⁶. Au fond, si une ambiguïté persiste entre coopération fonctionnelle et fusion médicale, il apparaît nettement que le directeur de l'établissement support dirige, d'une certaine façon, la partie fonctionnelle du groupement.

2°/ Le pilotage du GHT :

Le pilotage du GHT interroge directement les conséquences de l'absence de personnalité morale propre au groupement ; cette absence qui constitue, dans une certaine mesure, le ferment d'une « fusion inavouée » constitue, pour d'autres, une opportunité puisque « *l'expérience a donc montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. A fortiori, c'est probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela garantit une légèreté et une simplicité de fonctionnement d'une part, et permet des modalités de prise de décision claires et efficaces d'autre part* »⁵⁵⁷. Au fond, la LMSS prévoit un ensemble de mesures pour pallier à l'absence de personnalité morale ; à ce titre, on retient⁵⁵⁸ : la désignation de l'établissement support⁵⁵⁹, les attributions confiées au directeur de l'établissement support, la mise en place d'un comité stratégique, la création d'instances communes au GHT (CME, CTE, CSIRMT) de même que la mise en place de pôles inter-établissements. Par ailleurs, le pilotage du groupement peut être réalisé grâce à la création d'une direction commune⁵⁶⁰ dont le périmètre correspondrait à celui du GHT ; la mise en place d'un tel dispositif relèverait de trois déterminants⁵⁶¹ : premièrement, la mise en place d'une direction commune est soumise à la conclusion d'une convention de direction commune entre les conseils de surveillance des différents

d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ».

⁵⁵⁶ Article L. 6132-3 du CSP.

⁵⁵⁷ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire...* (op. cit.), p. 24.

⁵⁵⁸ CNEH, *L'écho Actualités JuriSanté, Spécial...* (op. cit.), p. 21.

⁵⁵⁹ À titre d'exemple : G. TRIBAULT, « *Le CH Eure-Seine sera l'établissement support d'un GHT* », Hospimédia, publié le 12 février 2016.

⁵⁶⁰ Dont les modalités de création sont, habituellement, décrites à l'article 4 du décret n°2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵⁶¹ CNEH, *L'écho Actualités JuriSanté, Spécial...* (op. cit.), p. 21.

établissements parties ; deuxièmement, la conclusion d'une convention de direction commune n'aboutit pas à la création d'une nouvelle personne morale et préserve, en ce sens, la personnalité juridique des établissements parties ; troisièmement, le directeur chargé de la direction commune dispose des attributions relatives à sa fonction et les exerce à l'égard de chaque établissement partie⁵⁶².

La recomposition de l'offre de soins se réalise à travers la mise en place des GHT ; à ce titre, on remarque qu'un consensus théorique entoure le besoin de réforme tandis que le dispositif suscite quelques appréhensions en raison de sa nature tenant, pour certains, de la coopération imposée et, pour d'autre, de la fusion médicale. Son application semble pencher du côté de la « fusion inavouée » et préserver, en tout état de cause, l'ensemble des dynamiques territoriales.

⁵⁶² T. QUÉGUINER, « *La moitié des directeurs d'hôpital poussent à créer des directions fonctionnelles territoriales* », Hospimédia, publié le 12 février 2016 : « *Si 47 % souhaitent que la « révolution » GHT crée des directions fonctionnelles territoriales, un quart s'y opposent...* ».

Conclusion de la première partie

L'action publique est soumise, en matière de santé, à des déterminants nombreux et fluctuants qui modifient en permanence la définition de l'optimum ; à ce titre, nous avons essayé de montrer que la recomposition territoriale apparaissait comme un processus constant de l'organisation de l'offre de soins tandis que la mise en place des GHT constituait un mode de « coopération imposée » dans le cadre de la LMSS.

La présentation des réformes successives tend à confirmer la nature perpétuelle de la recomposition territoriale de l'offre de soins et permet, en outre, d'affirmer qu'en matière de santé publique les réformes s'inscrivent dans une unité de temps relativement courte.

L'approche économique révèle, quant à elle, que la conception associée au bien santé de même que la structure du marché de la santé impactent le comportement du régulateur et limitent, dans une certaine mesure, son action.

Dans ce contexte, la mise en place des GHT peut être regardée comme un mode de « coopération imposée » participant à une recomposition de l'offre de soins encore inachevée ; pour autant, ce dispositif peut être également présenté comme une « fusion inavouée » préservant l'ensemble des dynamiques territoriales.

Partie 2 : Le GHT comme une « fusion inavouée » préservant l'ensemble des dynamiques territoriales :

« Les futurs GHT vont donc osciller entre deux modèles extrêmes qui devraient être laissés au choix des acteurs de terrain par le biais de leurs conventions constitutives sur la base d'un projet médical partagé : d'une part, les GHT qui veulent aller vers l'intégration et qui ont besoin dans ce modèle d'une direction commune ou d'une fusion et, d'autre part, les GHT qui n'ont pas de direction commune et qui font de la coordination »⁵⁶³ ; le dispositif juridique préserve, pour deux raisons au moins, une certaine latitude quant à la mise en place des GHT : premièrement, parce que l'outil contractuel permet – contrairement à la coopération organique – de définir le degré d'intégration le plus adapté en fonction des spécificités territoriales ; deuxièmement, parce que le GHT est une œuvre actuelle dont la mise en place s'échelonne, progressivement, jusqu'au 1er janvier 2021⁵⁶⁴. Nous aimerions montrer que si, d'un point de vue strictement juridique le GHT ressemble à une coopération fonctionnelle⁵⁶⁵, la souplesse intrinsèque de l'outil contractuel tend à modifier son usage et à le faire évoluer, au gré des interprétations locales, vers une sorte de « fusion inavouée » recentrée autour du PMP⁵⁶⁶ ; nous aimerions également montrer, en l'état actuel du texte, que l'ensemble des dynamiques territoriales semble être préservé, de même que les grands principes du service public hospitalier (SPH). Ainsi nous traiterons, à travers la mise en place du dispositif GHT, de la recomposition territoriale de l'offre de soins (Titre 1) et de la préservation de l'ensemble des dynamiques territoriales et des grands principes du SPH (Titre 2).

⁵⁶³ J. SÉCHER, « Le projet médical partagé comme sens de l'action, la souplesse et la subsidiarité du dispositif comme modalités d'action et la prise en compte des professionnels de santé comme facteur clé du succès », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 5. Accessible sur : <http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre-blanc-ght-grant-thornton.pdf>.

⁵⁶⁴ Voir décret du 27 avril 2016 en annexe page 202.

⁵⁶⁵ COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 207 : « Les groupements hospitaliers de territoire dont la création devrait devenir obligatoire aux termes du projet de loi de modernisation de notre santé, ce qui introduit certes un changement de philosophie important, ne visent pour leur part que la gestion en commun de fonctions supports (système d'information hospitalier, politique d'achats, coordination des plans de formation) et n'ont de ce fait pas d'incidence directe sur l'organisation de l'offre de soins » ; de même l'article 107 de la LMSS codifié à l'article L. 6132-1-II du CSP : le GHT « assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ».

⁵⁶⁶ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 27 : Le rapport plaide, notamment, pour « une gouvernance personnalisable » grâce au PMP véritable cœur du GHT ; de même l'article 107 de la LMSS codifié à l'article L. 6132-1-II du CSP : « les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ».

Titre 1 : La recomposition territoriale de l'offre de soins :

La mise en place des GHT engage un mouvement de recomposition territoriale de l'offre de soins ; à ce titre, en effet, « *La loi est claire : ce sont les établissements hospitaliers qui se regroupent via une relation contractuelle. Sans doute ce contrat est-il approuvé par le directeur de l'agence régionale de santé et sans doute le contenu en est-il en partie défini par les textes complémentaires, mais c'est bien aux établissements de proposer avec qui ils souhaitent s'associer et dans quel cadre territorial* »⁵⁶⁷. Nous avons constaté que les processus de régulation *verticale* s'étaient, jusqu'alors, montrés partiellement efficace ; nous souhaiterions, à présent, montrer que la mise en place des GHT induit un mouvement de régulation *horizontale* de l'offre de soins à partir de l'échelle territoriale (Chapitre 1) et qu'elle implique, également, la mise en place d'une « *stratégie de groupe* » (Chapitre 2).

Chapitre 1 : La mise en place d'un processus de régulation publique à l'échelle des territoires :

La régulation de l'offre de soins a été pensée sur le mode de la déconcentration verticale des pouvoirs à travers la création successive des ARH et des ARS⁵⁶⁸ ; en contrepoint, la mise en place des GHT fait office de révolution dans la mesure où elle engage – de fait et non, seulement, de droit – une déconcentration horizontale des pouvoirs basée sur une recomposition de l'offre de soins organisée à partir des territoires. Au fond, la mise en place des GHT bouleverse une partie de la gestion *étatique* du système hospitalier qui avait prévalu jusqu'alors et y substitue, dans une certaine mesure, une gestion *territorialisée*. Nous voudrions montrer que la mise en place des GHT entraîne, d'une part, une recomposition des compétences et des pouvoirs à l'échelle des territoires (Section 1) et aboutit, d'autre part, à une recomposition de l'offre hospitalière (Section 2).

Section 1 : Une recomposition des compétences et des pouvoirs :

Didier Tabuteau écrit, suite à la promulgation de la loi HPST et à la création des ARS, que « *la région apparaît comme la circonscription administrative retenue par l'État pour structurer les centres de pilotage qui faisaient défaut au système* » et que « *l'ensemble des composantes territoriales du système de santé se trouveraient ainsi placées sous la même autorité de*

⁵⁶⁷ E. VIGNERON, S. HAAS, « *L'amélioration de l'accessibilité aux soins – La question du territoire du GHT* », Gestion Hospitalières, mars 2016, n° 554, p. 139.

⁵⁶⁸ D. TABUTEAU, « *Politiques de santé et territoire* », RDSS, 2009, p. 7 et s. ; D. TABUTEAU, *Démocratie... (op. cit.)*, p. 108-116.

régulation »⁵⁶⁹. En réalité, une certaine confusion est entretenue entre la régionalisation des politiques de santé et leur territorialisation ; dans ce contexte, la mise en place des GHT objective la notion de territoire, le dote d'une compétence et lui associe un pouvoir. Dans la mesure où le territoire est, à la fois, infrarégional et interrégional la recomposition des compétences et des pouvoirs s'organise, en marge des ARS, qui vérifient dans la majorité des cas la conformité de GHT librement constitués. Il convient, ainsi, de présenter le processus de territorialisation des groupements (I) avant de décrire le phénomène de déconcentration horizontale des politiques hospitalières (II).

I – La territorialisation des groupements :

Pour de nombreux acteurs, « *Le territoire doit être aujourd'hui au cœur de l'organisation de nos établissements hospitaliers* »⁵⁷⁰ ; en l'état actuel du dispositif, la territorialisation des groupements entraîne deux conséquences : d'une part, le groupement des activités hospitalières (A) et, d'autre part, la mutualisation de certaines fonctions (B).

A – Le groupement des activités hospitalières :

Les GHT sont soumis à deux déterminants : premièrement, le facteur *temps* dans la mesure où la mise en place des GHT est soumise à un calendrier exigeant (1°) ; deuxièmement, un facteur *stratégique* dans la mesure où de nombreux éléments périphériques concourent à la réussite de l'opération (2°).

1°/ Le groupement des activités dans le temps :

Le groupement des activités hospitalières repose sur un calendrier exigeant dont les premières mesures, mises en place dès le 27 avril 2016 – date de la publication du décret⁵⁷¹ – s'échelonnent jusqu'en 2021⁵⁷². Ce calendrier, sources d'inquiétudes⁵⁷³, a fait l'objet de recommandations⁵⁷⁴ ; il a,

⁵⁶⁹ *Ibidem*.

⁵⁷⁰ B. DUPONT, *Préface*, dans GRANT THORNTON, *Groupements...* (*op. cit.*), p. 5.

⁵⁷¹ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire publié au Journal Officiel le 29 avril 2016.

⁵⁷² Voir décret du 27 avril 2016 en annexe page 205.

⁵⁷³ À titre d'exemple : P. HÉMERY, « *Les intersyndicales de praticiens hospitaliers veulent reporter de six mois la mise en place des GHT* », Hospimédia, publié le 16 février 2016.

⁵⁷⁴ Voir notamment : J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission...* (*op. cit.*), p. 25 : « *Orientation n°9 : Fixer une échéance à 2020 pour la mise en place d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe par la HAS* ».

finalement, été assoupli au terme du décret. Les mesures légales et réglementaires imposent neuf échéances : à compter du 29 avril 2016, les « *objectifs médicaux* » du PMP⁵⁷⁵ sont définis⁵⁷⁶. À compter du 1er juillet 2016, les mesures de conservation et de transformations des CHT en GHT s'appliquent⁵⁷⁷, la « *convention de groupement hospitalier de territoire* » (contenant une version du PMP⁵⁷⁸) doit être conclue au sein de chaque GHT ; par la suite, le directeur général de l'ARS (DGARS) vérifie la conformité de ces conventions au projet régional de santé, puis il publie la liste des GHT créés⁵⁷⁹; en cas de non-respect de ces dispositions le DGARS « *notifie la composition du groupement hospitalier de territoire aux établissements concernés* »⁵⁸⁰. À compter du 1er juillet 2016 et jusqu'au 16 juillet 2016, les GHT désignent leur établissement-support. À compter du 1er juillet 2016 et jusqu'au 1er septembre 2016, les GHT transmettent à l'ARS la convention constitutive finalisée. À compter du 1er janvier 2017, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée (prévue dans le PMP) est mis en place⁵⁸¹ ; de plus, la fonction-achat est mutualisée⁵⁸². À compter du 1er juillet 2017, l'ensemble du contenu du PMP est mis en place⁵⁸³. À compter du 1er janvier 2018, le DGARS est en mesure de pénaliser les groupements retardataires⁵⁸⁴ ; par ailleurs, le schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire est mis en place, en conformité avec le PMP⁵⁸⁵. À compter du 1er janvier 2020, un compte qualité unique est mis en

⁵⁷⁵ Article R. 6132-3-I-1° CSP : « *I.-Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment : 1° Les objectifs médicaux* ».

⁵⁷⁶ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-I-1° : « *I. - Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, comprend : 1° A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R. 6132-3* »

⁵⁷⁷ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107-IV- A et B : « *Jusqu'au 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi* » ; « *A compter du 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation* » ; Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-III.

⁵⁷⁸ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107-VI.

⁵⁷⁹ *Ibidem*, Article 107-V : « *La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1er juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code* » ; Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-III.

⁵⁸⁰ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-II.

⁵⁸¹ *Ibidem*, Article 5-I-2°.

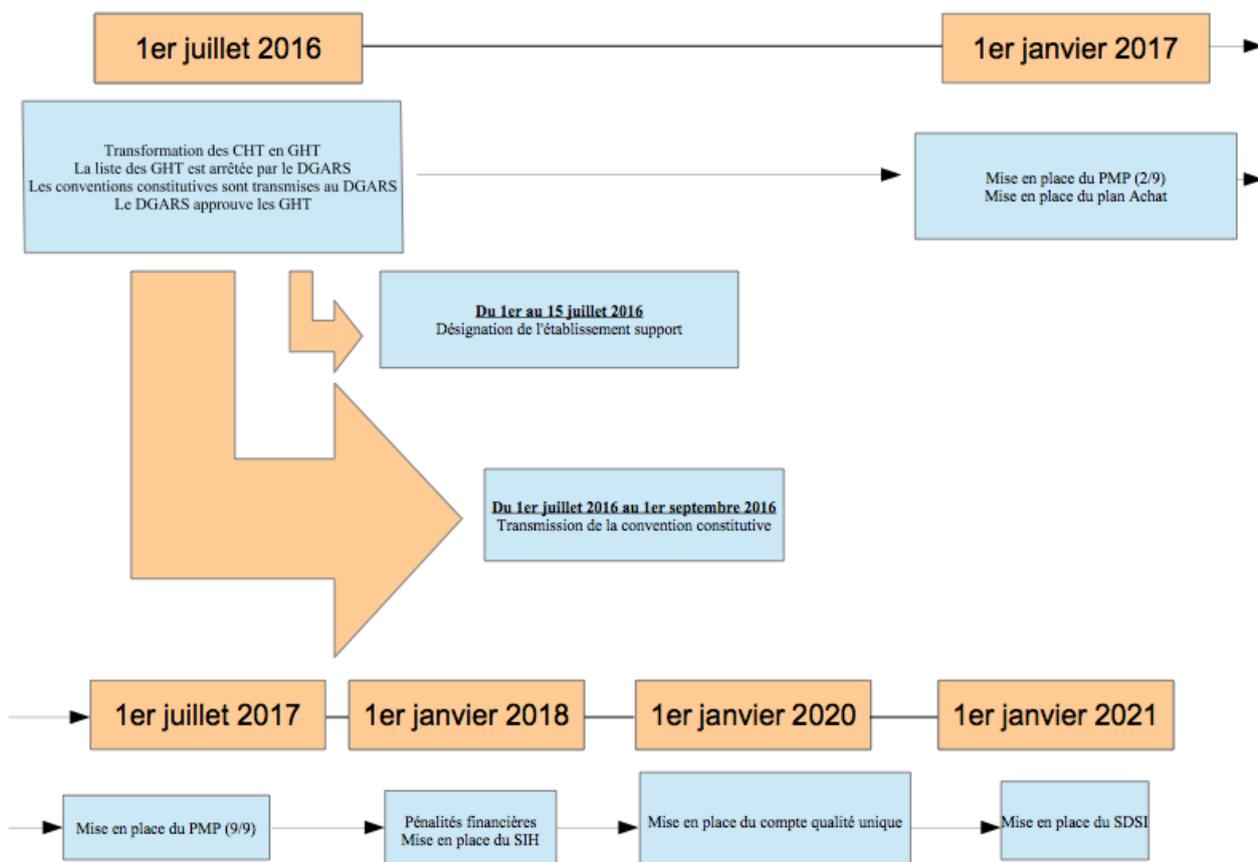
⁵⁸² *Ibidem*, Article 5-IV-2° : « *VI. - Le plan d'actions des achats mentionné au II de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est élaboré au plus tard le 1er janvier 2017* ».

⁵⁸³ *Ibidem*, Article 5-IV-3°.

⁵⁸⁴ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107-VIII-2°.

⁵⁸⁵ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-V-1°.

place au sein de chaque GHT en vue de leur certification⁵⁸⁶. À compter du janvier 2021, un SIH convergent est mis en place au sein de chaque GHT⁵⁸⁷. Ce calendrier peut être résumé à partir du 1er juillet 2016 :



2°/ Le groupement stratégique des activités :

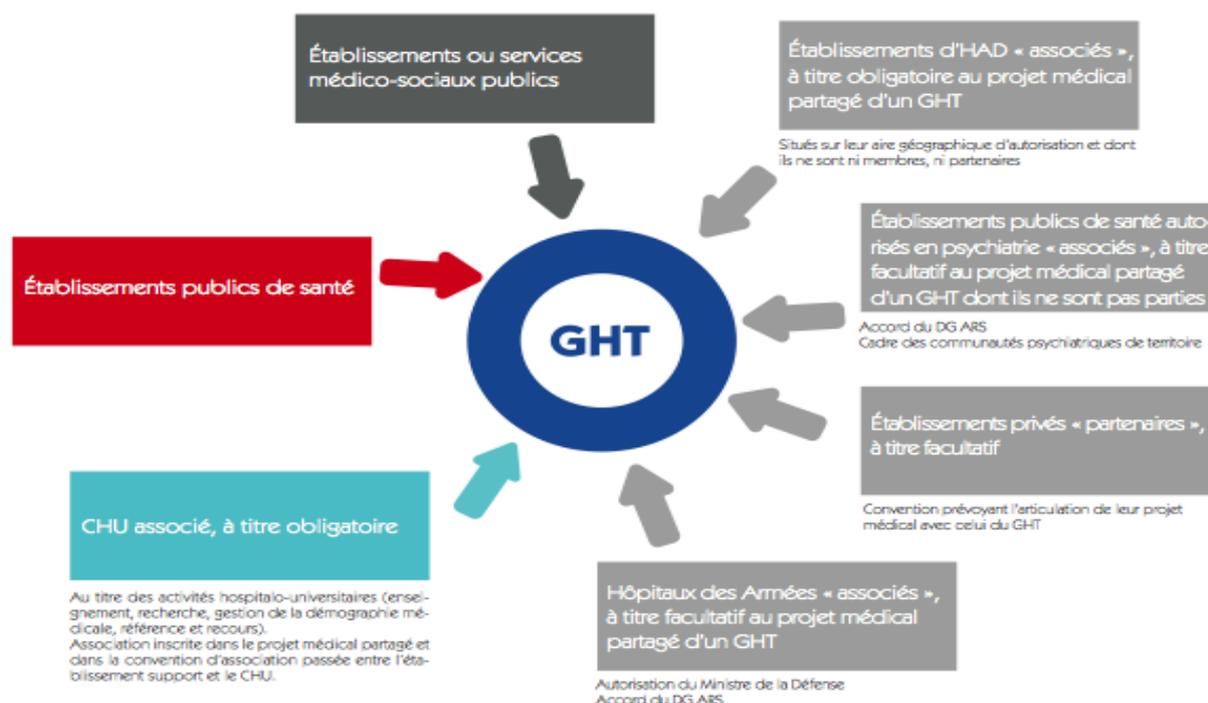
La mise en place des GHT repose sur quatre éléments stratégiques⁵⁸⁸ : premièrement, la stratégie de territorialisation du groupement ; deuxièmement, la stratégie d'intégration et de prise en charge prévue au sein du PMP ; troisièmement, les délégations et les transferts d'activités liés à la mutualisation des fonctions-support ; quatrièmement, les modalités de gouvernance du groupement organisées autour de la rédaction d'une convention constitutive. Concernant la territorialisation des groupements, le GHT comprend des établissements parties (établissements publics de santé et

⁵⁸⁶ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-VII.

⁵⁸⁷ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 5-II.

⁵⁸⁸ Notamment inspiré de CNEH, *Groupement hospitalier de territoire – Design de votre GHT et trajectoire de transformation*, CNEH Conseil et formation santé, p.7 ; accessible sur <http://cneh.fr/media/1708/ght-conseil-2016.pdf>.

établissements ou services médico-sociaux publics) ainsi que des établissements partenaires ou associés ; leur positionnement peut être ainsi illustré :



Source : CNEH, *Groupement hospitalier de territoire – Design de votre GHT et trajectoire de transformation*, CNEH Conseil et formation santé, p. 8 ; accessible sur <http://cneh.fr/media/1708/ght-conseil-2016.pdf>.

Concernant la stratégie d'intégration et de prise en charge au sein du PMP, celle-ci matérialise la définition du parcours de soins coordonnés ; à ce titre, en effet, le PMP constitue le cœur opérationnel du dispositif et matérialise les grands objectifs associés au GHT : « *mettre en place une gradation des soins hospitaliers* », « *développer des stratégies médicales et soignantes de territoire* », « *élaborer un projet médical partagé qui porte sur toutes les activités et organise une offre de soins de proximité et de recours* »⁵⁸⁹. Le PRS est décliné au sein du PMP qui est, lui-même, décliné au sein du projet médical de chaque établissement partie au GHT⁵⁹⁰. Concernant la délégation et les transferts d'activités liés à la mutualisation des fonctions-support, ceux-ci constituent la dimension minimale du groupement ; à l'image de ce que nous avons constaté à propos des fusions, la difficulté d'une opération de mutualisation ne tient pas seulement à la

⁵⁸⁹ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *GHT : accéder aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit*, Fiche de présentation, 2016 ; accessible sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>.

⁵⁹⁰ *Ibidem*, p. 6.

régularité juridique de sa mise en place mais, plus largement, à son efficacité sur le plan économique : ainsi, l'effet-taille et l'effet de gamme doivent être maîtrisés pour ne pas aboutir à des déséconomies d'échelle⁵⁹¹. Les modalités de gouvernance du groupement respectent, quant à elles, les dispositions légales relatives à la composition des GHT⁵⁹² tandis que l'élaboration de la convention constitutive peut être ainsi résumée :

Procédure d'élaboration	Contenu de la convention constitutive
Avis du conseil de surveillance	Projet médical partagé
Concertation du directoire Consultation souhaitable de la CME	Transferts d'activités : SI, DIM, fonction achats, formation, autres ?
Décision du directeur	Transferts éventuels d'activités de soins et d'équipements matériels lourds
Conclusion de la convention	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des activités de soins - Répartition des emplois médicaux - Équipes médicales communes - Pôles interétablissements
Approbation de l'ARS	Modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - désignation de l'établissement support - composition du comité stratégique - périmètre du rôle du comité territorial des élus - définition des instance(s) commune(s)

Source : CNEH, *Groupement hospitalier de territoire – Design de votre GHT et trajectoire de transformation*, CNEH Conseil et formation santé, p. 12 ; accessible sur <http://cneh.fr/media/1708/ght-conseil-2016.pdf>.

Le groupement des activités hospitalières est soumis à un calendrier strict et exigeant ; par ailleurs, la mise en place concrète du groupement est soumise à de nombreux déterminants stratégiques. L'adaptabilité du dispositif fonde la singularité de chaque GHT. Il importe de présenter plus précisément les mutualisations au sein du GHT.

⁵⁹¹ À titre d'exemple : P. COUTURIER, « *GHT, communautariser pour économiser ?* », dans GRANT THORNTON, *Groupements... (op. cit.)*, p. 5.

⁵⁹² Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 ; disposition codifiée à l'article L. 6132-1 et L.6132-3 du CSP et Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

B – La mutualisation au sein du groupement :

Le dispositif GHT est alternativement décrit comme une coopération fonctionnelle ou comme une fusion médicale ; dans la mesure où la rédaction des PMP est actuellement laissée à la volonté des parties, il convient de présenter le degré minimal du groupement qui aboutit à diverses mesures de mutualisation. À ce titre, nous présenterons la typologie des différentes formes de mutualisation (1°) avant de présenter les modalités de gestion associées à ces différentes fonctions (2°).

1°/ La typologie des mutualisations :

La mutualisation désigne « *l'ensemble des démarches de coopération induites par l'appartenance à un GHT (...) qui seront engagées par les établissements parties sur des fonctions ou activités cliniques, médico-cliniques ou supports* »⁵⁹³. En outre, l'article L. 6132-3-I du CSP prévoit que l'établissement support assure la gestion d'un ensemble de fonctions mutualisées. Au sein du groupement, le champ de la mutualisation concerne trois types de fonctions : d'abord, les fonctions dévolues à l'établissement-support ; ensuite, les fonctions organisées en commun ; enfin, les fonctions mutualisées facultatives. Ainsi, l'établissement-support assume la gestion de quatre fonctions-support : premièrement, la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier (SIH) convergent ; deuxièmement, la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire ; troisièmement, la gestion de la fonction achat⁵⁹⁴ ; quatrièmement, la coordination de la fonction formation au sein du groupement. De même, les établissements parties gèrent trois fonctions communes : premièrement, l'imagerie diagnostique et interventionnelle ; deuxièmement, les activités de biologie médicale ; troisièmement, les activités de pharmacie. En outre, certaines fonctions facultatives sont susceptibles d'être mutualisées au sein du GHT ; on en relève cinq : premièrement, la mise en place d'équipes médicales communes grâce à la création de pôles inter-établissements ; deuxièmement, la mutualisation des activités administratives ; troisièmement, la mutualisation des activités logistiques ; quatrièmement, la mutualisation des activités techniques ; quatrièmement, la mutualisation des activités médico-techniques. À l'image du PMP – susceptible de définir plusieurs degrés d'intégration sur le plan des activités de soins – la convention constitutive est susceptible de créer différents degrés de mutualisation et, donc, d'intégration entre les établissements membres du groupement. Il convient, à présent, de présenter les modalités de gouvernance des fonctions mutualisées.

⁵⁹³ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *GHT... (op. cit.)*, p. 46.

⁵⁹⁴ Sur la question des achats : la mise en place des GHT crée de nouvelles parts de marché et entraîne de nouveaux positionnements stratégiques pour les acteurs Resah, l'Ugap et Uniha : G. TRIBAULT, « *Les segments achats seront répartis entre le national et ses trois opérateurs et le régional* », Hospimédia, publié le 8 décembre 2015 ; T. QUÉGUINER, « *Le Resah aspire à couvrir dès l'été prochain 80 % des besoins nationaux d'achats hospitaliers* », Hospimédia, publié le 16 décembre 2015.

2°/ La gestion des fonctions mutualisées :

La gestion des fonctions mutualisées implique, au sein du groupement, la participation de certaines instances ; on en relève trois principalement⁵⁹⁵ : le comité stratégique qui « *propose ses orientations au directeur de l'établissement support dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé* »⁵⁹⁶ ; la commission ou le collège médical du groupement qui, dans la mesure où il se prononce sur le contenu du PMP, se prononce également sur « *la mise en place d'équipes médicales communes* »⁵⁹⁷ ; la conférence territoriale de dialogue social qui « *est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT* »⁵⁹⁸. Par ailleurs, la mutualisation soulève un certain nombre d'enjeux de type stratégiques et juridiques. Concernant les enjeux stratégiques, les expériences antérieures révèlent quatre éléments à prendre en compte⁵⁹⁹ : premièrement, une dimension relative aux ressources humaines, à l'intégration des équipes et à l'harmonisation des pratiques professionnelles ; deuxièmement, l'organisation financière liée à la mutualisation ; troisièmement, les coûts transitionnels liés à la mise en place des systèmes informatiques communs ; quatrièmement, la réalisation d'économies d'échelle subordonnées, d'une part, à la maîtrise du processus (effets-taille et effets de gamme) et, d'autre part, au temps de latence entre une situation déficitaire et une situation efficiente qui ne peut advenir qu'à moyen voir à long terme. Concernant les enjeux juridiques, on remarque que l'absence de personnalité morale propre au groupement contraint, *a priori*, ce dernier à recourir à une coopération organique pour tout ou partie des mutualisations – en d'autres termes la mutualisation doit, dans une certaine mesure, être réalisée au moyen d'un dispositif de type GCS.

Le groupement des activités hospitalières est soumis à une démarche stricte et repose sur un calendrier en cours d'accomplissement ; en outre, le GHT repose sur la mutualisation d'un ensemble de fonctions. Ce mouvement de territorialisation des groupements se conjugue avec un mouvement de déconcentration des politiques hospitalières.

⁵⁹⁵ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *GHT... (op. cit.)*, p. 49.

⁵⁹⁶ *Ibidem.*

⁵⁹⁷ *Ibidem.*

⁵⁹⁸ *Ibidem.*

⁵⁹⁹ P. COUTURIER, « *GHT, communautariser pour économiser ?* », dans GRANT THORNTON, *Groupements... (op. cit.)*, p. 5.

II – La déconcentration des politiques hospitalières⁶⁰⁰ :

L'article L. 6132-2-I du CSP, issu de l'article 107 de la LMSS, dispose que « *La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité* » ; ainsi, en dépit des éventuelles modifications proposées par l'ARS, celle-ci apprécie, généralement, la conformité de groupements librement constitués. En d'autres termes, l'autorité régionale de tutelle « laisse la main » aux établissements membres, dans une certaine mesure, à propos de la composition des groupements et de la recomposition territoriale de l'offre de soins. Afin de comprendre ce phénomène, il importe de présenter les compétences territoriales respectivement confiées aux ARS et aux GHT (A) avant de s'interroger sur d'éventuels « chevauchements » de compétences à l'échelle des territoires (B).

A – Les différentes compétences territoriales :

La mise en place des GHT objective la notion de territoire ; en effet, l'émergence d'un espace géographique non plus seulement voué à la planification sanitaire mais, désormais, dédié à une offre de soins coordonnée, interroge sur la répartition des pouvoirs. Il convient, dans un premier temps, de présenter les compétences territoriales relevant, régulièrement, de l'ARS (1°) avant de présenter, dans un second temps, les compétences territoriales nouvellement confiées aux GHT (2°).

1°/ Les compétences territoriales de l'ARS :

« *Le système régional de santé est sous la responsabilité de l'ARS (...). L'architecture du système régional de santé comporte également une structuration verticale, entre l'échelon régional et l'échelon territorial* »⁶⁰¹ ; en effet, l'ARS pilote le système de santé à l'échelle régionale et infrarégionale et dispose, à ce titre, de compétences étendues. Elle élabore, notamment, les projets régionaux de santé (PRS) et les schémas régionaux (le schéma régional de prévention, le schéma

⁶⁰⁰ S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique... (op. cit.)*, p. 136 : La déconcentration consiste à « *confier les pouvoirs de décision [aux autorités] qui sont en fonction dans les différentes circonscriptions administratives* » ; voir également : R. B. SALTMAN, V. BANKAUSKAITE, K. VRANGBAEK, *Decentralization in health care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, The Mc Graw Hill Companies, 2007, p. 22 et s.

⁶⁰¹ ANAP, *La Loi... (op. cit.)*, p. 86.

régional de l'organisation des soins et le schéma régional de l'organisation médico-sociale)⁶⁰² ; elle régule l'offre de soins à l'échelle du territoire de santé et favorise la démocratie sanitaire à travers l'institution d'une conférence de territoire⁶⁰³. Elle dispose de compétences plus spécifiques, relatives aux établissements de santé, telles que la passation de contrats (CPOM, Contrats d'engagement de service publics et contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins), la délivrance des autorisations sanitaires. Elle exerce, par ailleurs, une tutelle sur les établissements de santé⁶⁰⁴ grâce à des mesures de coordination, de surveillance, de supervision et de contrôle de l'équilibre financier (pour les établissements publics de santé). En outre, elle assure une forme de régulation du système de santé à l'échelle régionale et territoriale dans la mesure où elle coordonne l'offre de soins (notamment l'hospitalisation à domicile (HAD) et les relations entre l'hôpital et les acteurs de premier recours). Depuis la promulgation de la loi HPST, l'ARS pilote l'offre de soins à l'échelle régionale et infrarégionale ; elle concentre l'ensemble des déterminants qui concourent à une régulation efficace. Cependant, la mise en place des GHT tend à reléguer le DGARS au rôle de vérificateur⁶⁰⁵ et semble transférer une partie des pouvoirs de régulation territoriale aux groupements.

2°/ Les compétences territoriales du GHT :

« La loi dispose que « les établissements [du GHT] élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ». Pour ce faire, « tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire ». Les territoires des CHU⁶⁰⁶ étant celui de la région en ce qu'ils sont CHR&U, il en résulte que le territoire des GHT est infrarégional »⁶⁰⁷. Le territoire du GHT correspond à l'agglomération des territoires d'implantation de chacun de ses membres ; sa compétence territoriale repose sur un accord de volonté entre différents établissements publics de santé et établissements médico-sociaux publics. Ainsi, bien que le DGARS vérifie la conformité entre les conventions constitutives et les diverses orientations de la politique régionale de santé, l'autorité de tutelle autorise une recomposition de l'offre de soins réalisée à l'échelle infrarégionale. La convention constitutive formalise le groupement et définit un certain degré d'intégration entre les parties

⁶⁰² *Ibidem*, p. 91-95.

⁶⁰³ Articles L. 1434-16 et L. 1434-17 CSP ; articles D. 1434-21 à D. 1434-40 CSP et décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire.

⁶⁰⁴ Article L. 6141-1 CSP.

⁶⁰⁵ Article L. 6143-4 CSP.

⁶⁰⁶ D. PORTAL, « Le CHU au cœur des GHT – Les CHU auront des responsabilités croissantes au sein des GHT », dans GRANT THORNTON, *Groupements... (op. cit.)*, p. 27.

⁶⁰⁷ E. VIGNERON, S. HAAS, « L'amélioration de l'accessibilité aux soins – La question du territoire du GHT », *Gestion Hospitalières*, mars 2016, n° 554, p. 138 et s.

pouvant entraîner la formation d'une équipe de direction commune, des transferts d'autorisations⁶⁰⁸ ainsi que des mutualisations plus ou moins approfondies allant jusqu'au partage de plateaux techniques. Dans le même ordre d'idée, le PMP – dont la vocation est de définir les modalités d'une prise en charge graduée du patient à l'échelle du territoire – est susceptible de prévoir la mise en place de pôles inter-établissements et équipes médicales⁶⁰⁹. Ce phénomène de recomposition infrarégionale de l'offre de soins lève, d'une part, l'ambiguïté entretenue autour du territoire administratif et lui confère une dimension *opérationnelle* et non plus, seulement, *planificatrice* ; d'autre part, ce phénomène confirme l'idée d'une « *régionalisation en trompe l'œil* » dans la mesure où il participe, effectivement, à la recomposition *territoriale* de l'offre de soins.

La mise en place des ARS illustre un mouvement de déconcentration des politiques de santé à l'échelle des régions ; en comparaison, la mise en place des GHT semble esquisser un mouvement de déconcentration des politiques hospitalières à l'échelle des territoires. Ce mouvement entraîne, matériellement, quelques chevauchements de compétences.

B – Les transferts de compétences territoriales :

La comparaison entre les pouvoirs confiés aux ARS et aux GHT montre que, sur certains points, les compétences territoriales se chevauchent ; ce phénomène est perceptible en termes de planification (1°) et de régulation territoriale de l'offre de soins (2°).

1°/ La planification de l'offre de soins :

La mission *Groupements Hospitaliers de Territoire* insiste sur ce point : si le PMP constitue le cœur opérationnel du GHT, il doit être élaboré à partir d'un solide diagnostic territorial⁶¹⁰ dans la mesure où il convient « *d'établir un diagnostic des besoins des patients, puis d'analyser l'offre du GHT dans son ensemble, ses liens avec les autres acteurs du territoire, notamment avec la médecine de ville et l'hospitalisation privée* »⁶¹¹. Ce diagnostic s'établit autour de cinq éléments⁶¹² :

⁶⁰⁸ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *GHT... (op. cit.)*, p. 35 : « *Le GHT peut être le cadre juridique de transferts d'autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties* ».

⁶⁰⁹ J. HUBERT, « *La mise en place des GHT n'est pas une nouvelle organisation hospitalière* », dans GRANT THORNTON, *Groupements... (op. cit.)*, p. 5.

⁶¹⁰ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 20 : « *Le projet médical partagé du GHT ne peut être élaboré sans la réalisation préalable d'un diagnostic du territoire du GHT* ».

⁶¹¹ *Ibidem*.

⁶¹² *Ibidem*.

premièrement, « *la délimitation du bassin de vie, fondée sur la prise en compte des liens structurant les territoires* » ; deuxièmement, le « *diagnostic de l'état des besoins de santé de la population actuelle et à venir* » ; troisièmement, le « *diagnostic de l'état de l'offre de soins sur le territoire* » ; quatrièmement, un « *identification des parcours de soins* » ; cinquièmement, une « *identification des redondances et carences de l'offre de soins* ». L'ensemble de ces préconisations montrent que, d'une certaine manière, la planification de l'offre territoriale de soins est repensée à l'échelle territoriale plutôt qu'analysée et imposée par l'autorité de tutelle⁶¹³ depuis l'échelon régional. Le GHT est donc constitué, de façon volontaire, à partir de son propre diagnostic territorial.

2°/ La régulation de l'offre de soins :

La régulation de l'offre de soins repose sur la maîtrise de certains déterminants qui permettent de proposer une offre efficiente sur un territoire donné ; jusqu'à présent, les politiques de santé sont élaborées de façon verticale et organisées selon une déclinaison progressive des stratégies – depuis la stratégie nationale de santé, en passant par les stratégies régionales de santé, jusqu'aux schémas traduits sous forme de contrats⁶¹⁴. Dans ce contexte, l'ARS joue un rôle de relais (comme autorité déconcentrée de l'État en Région) et de pivot (comme régulateur de l'offre régionale et infrarégionale⁶¹⁵). La mise en place des GHT ne remet pas en cause le rôle des ARS dans la mesure où elles conservent, largement, leur rôle planificateur (la définition des schémas⁶¹⁶), tutélaire (le contrôle et l'autorisation⁶¹⁷) et, encore moins, celui de l'État (politique et stratégie nationale de santé⁶¹⁸ et, plus largement, maîtrise des dépenses socialisées grâce à l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM)⁶¹⁹) ; il est cependant singulier de constater que leur mise en place est réalisée, volontairement, entre établissements de santé – c'est à dire de manière horizontale – là où les politiques publiques s'étaient efforcées d'organiser la recomposition de l'offre de soins de manière verticale⁶²⁰.

⁶¹³ Voir par exemple : M. RICOMES, « *Organisation des territoires – La mise en place de la cartographie des GHT au sein de la nouvelle région Normandie* », dans GRANT THORNTON, *Groupements... (op. cit.)*, p. 30 et s.

⁶¹⁴ Articles L. 6114-1 à L. 6114-3 du CSP ; article L. 1435-3 du CSP ; articles L. 313-12 du CASF ; articles L. 1434-8 du CSP ; article L. 632-6 du Code de l'Éducation ; article L. 1435-4 du CSP.

⁶¹⁵ Articles L. 1431-1 à L. 1431-4 du CSP ; articles L. 1432-1 à L. 1432-12 du CSP ; articles L. 1433-1 à L. 1433-3 du CSP ; articles D. 1432-1 à D. 1432-53 du CSP.

⁶¹⁶ Articles L. 1434-1 à L. 1434-14 du CSP ; articles R. 1434-1 à R. 1434-20 du CSP.

⁶¹⁷ Article L. 6122-1 à L. 6122-21 du CSP ; article R. 6122-23 à R. 6122-44 du CSP.

⁶¹⁸ Voir notamment : Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 1.

⁶¹⁹ Voir notamment : V. LIDSKY et autres, *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, IGF (n° 2012-M-007-03) IGAS (n° RM2012-083P), juin 2012.

⁶²⁰ Constat qui semble être étayé par ailleurs puisque la Cour des Comptes note, en 2015, « *Des modalités de recomposition de moins en moins volontaristes* », « *Un moindre recours à des règles contraignantes* » ainsi qu'une « *dilution de la portée de la planification* » au niveau des ARS dans COUR DES COMPTES, « *Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, Septembre 2015, p. 201.

La territorialisation des groupements entraîne une recomposition de l'offre de soins à l'échelle territoriale ; cette recomposition est organisée de manière horizontale et non plus, seulement, imposée de manière verticale⁶²¹. D'une certaine manière la déconcentration des politiques de santé – symbolisée par la création des ARH et des ARS⁶²² – est réalisée à l'échelle territoriale au gré d'un mouvement de déconcentration des politiques hospitalières⁶²³.

⁶²¹ V. LE TAILLANDIER, C. ROLDO, « *La gouvernance du GHT* », *Gestion Hospitalières*, mars 2016, n° 554, p. 151.

⁶²² Il est singulier de noter que la Cour des Comptes remarque, dès 2015, l'infléchissement des pouvoirs de l'ARS et préconise, dès alors, de « Doter les ARS de nouvelles responsabilités » dans un contexte de « réforme territoriale » dans *COUR DES COMPTES*, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 213.

⁶²³ Réserve faite : Le DGARS vérifie, néanmoins, la conformité des conventions constitutives aux objectifs nationaux, régionaux et locaux.

Section 2 : Une recomposition de l'offre hospitalière :

« Les grands centres hospitaliers n'ont pas vocation à créer un désert autour d'eux. Notre responsabilité est de nous assurer que sur le plus large partie possible du territoire la population puisse recourir à des médecins compétents et de qualité, notamment en mettant en place des dispositifs médicaux permettant de maintenir et de développer des activités médicales en périphérie »⁶²⁴ ; pour parvenir à la recomposition de l'offre hospitalière, la mise en place des GHT repose – nous l'avons observé – sur divers degrés d'intégration allant, *a minima*, de la coopération fonctionnelle imposée et, *a maxima*, jusqu'à une forme de fusion médicale organisée autour du PMP. Il importe de présenter successivement le modèle théorique d'intégration sur lequel s'appuient les GHT (I) avant de présenter leur mise en place (II).

I – Le modèle théorique d'intégration :

La complexité des restructurations hospitalières est fondée sur un écueil qui sépare la théorie juridique de la pratique économique liée à la mise en place du dispositif ; ainsi, à l'image des fusions et des coopérations, la mise en place des GHT s'appuie sur un versant théorique relativement stable qu'il convient de décrire à travers sa dimension managériale (A) et à travers sa dimension juridique (B).

A – La dimension managériale de l'intégration :

« La gestion des ressources humaines (GRH) hospitalières semble être la grande oubliée de la loi » tandis que « un million d'agents seront directement ou indirectement impactés par celle réforme »⁶²⁵ ; or, la dimension managériale apparaît, au regard des inquiétudes exprimées par certains acteurs, comme une condition essentielle à la mise en place des GHT. Il convient de décrire les déterminants managériaux (1°) ainsi que les différents degrés d'intégration liés à la mise en place des GHT (2°).

⁶²⁴ B. DUPONT, *Préface*, dans GRANT THORNTON, *Groupements...* (*op. cit.*), p. 5.

⁶²⁵ J.-M. BARBOT, « Les GHT doivent devenir un projet RH partagé », dans GRANT THORNTON, *Groupements...* (*op. cit.*), p. 5.

1°/ Les déterminants de l'intégration :

Les déterminants de l'intégration regroupent un ensemble d'éléments susceptibles de contribuer à la réussite du groupement ; à l'image des fusions et des coopérations, le succès d'une telle opération repose sur des conditions qui dépassent le respect des seules règles juridiques. À ce titre, on retient l'accessibilité aux soins de même que la pertinence économique et sociale du dispositif. L'accessibilité aux soins constitue l'un des objectifs majeurs du dispositif⁶²⁶ puisque le périmètre du GHT (géographique et structurel) doit « *convenir aux patients et au personnel médical* »⁶²⁷. L'économie du GHT interroge, quant à elle, sur la conciliation entre l'autonomie budgétaire des établissements de santé et la gestion de fonctions mutualisées ; cette pertinence économique recouvre trois enjeux⁶²⁸ : premièrement, un enjeu budgétaire proprement lié à l'absence de personnalité morale du GHT et laissant entrevoir l'obligation de créer des personnalités supplétives (type GCS) ; deuxièmement, un enjeu de trésorerie concernant la gestion des cycles et le financement des activités mutualisées ; troisièmement, un enjeu financier correspondant aux variations d'activités liées au groupement des établissements et à d'éventuels transferts d'activité. La dimension sociale du groupement concerne les emplois, l'organisation et les conditions de travail⁶²⁹ ; face à ce constat, au moins quatre mesures sont envisagées⁶³⁰ : premièrement, un travail d'explication et de présentation du dispositif en amont de sa mise en place auprès des instances internes de chaque établissement ; deuxièmement, la mise par écrit des règles relatives à la gestion du personnel et aux conditions de travail (règles d'affectation mais, aussi, les usages éventuels) ; troisièmement, l'organisation de réunions d'information avec le personnel ; quatrièmement, la mise en place d'entretiens individuels au sein de la direction des ressources humaines (DRH).

2°/ Les degrés de l'intégration :

La définition du groupement repose sur de nombreux déterminants ; ceux-ci sont juridiques (la convention constitutive), opérationnels (le PMP) et humains (la dimension économique et sociale du groupement). Ces déterminants doivent être pris en compte afin de définir le degré d'intégration du groupement ; à ce titre, le CNEH modélise les différentes possibilités :

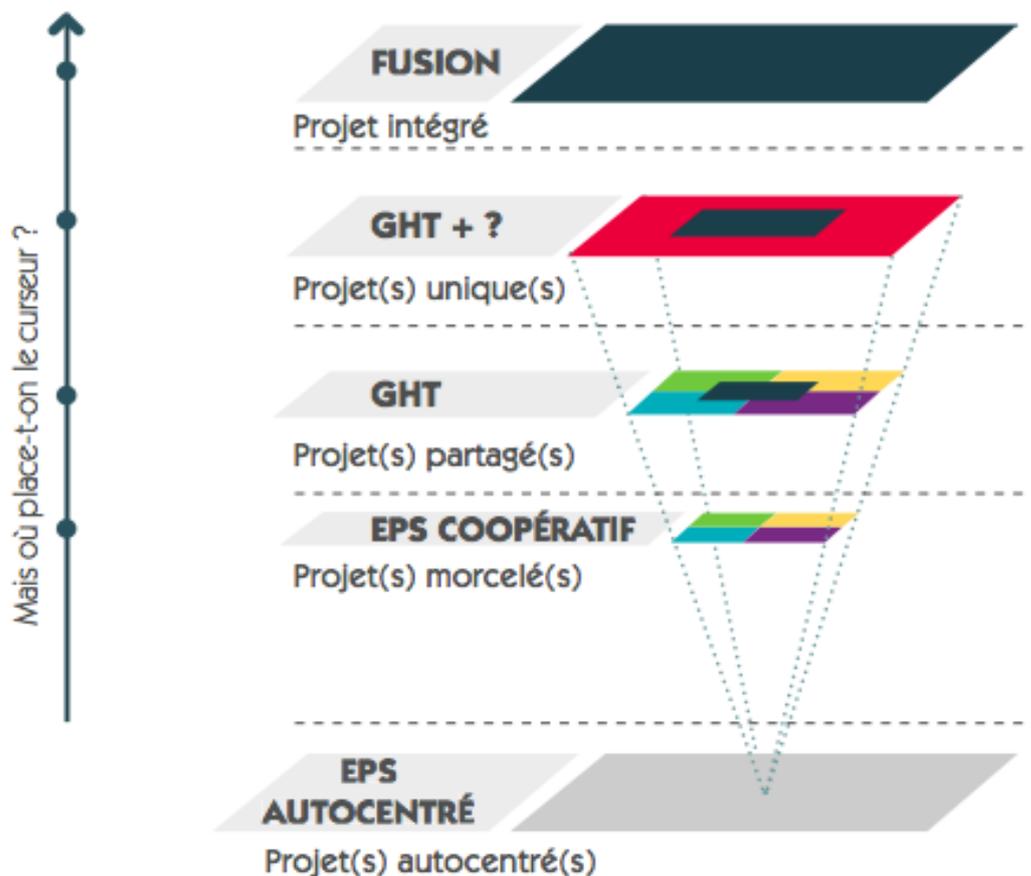
⁶²⁶ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *GHT... (op. cit.)*.

⁶²⁷ E. VIGNERON, S. HAAS, « *L'amélioration de l'accessibilité aux soins – La question du territoire du GHT* », Gestion Hospitalières, mars 2016, n° 554, p. 138 et s.

⁶²⁸ E. PAUL, « *La pertinence économique du GHT* », Gestion Hospitalières, mars 2016, n° 554, p. 147 et s.

⁶²⁹ Y. DUBOIS, « *La pertinence sociale du GHT* », Gestion Hospitalières, mars 2016, n° 554, p. 149 et s.

⁶³⁰ *Ibidem*.



Source : CNEH, *Groupement hospitalier de territoire – Design de votre GHT et trajectoire de transformation*, CNEH Conseil et formation santé, p.15 ; accessible sur <http://cneh.fr/media/1708/ght-conseil-2016.pdf>.

La dimension managériale de l'intégration constitue un déterminant stratégique⁶³¹ ; il est possible, en marge de cette stratégie, de formuler quelques remarques sur la dimension proprement juridique du groupement.

B – La dimension juridique du groupement :

L'intégration des établissements publics de santé au sein du GHT est le fruit d'une procédure contractuelle ; cette procédure entraîne, d'une part, la revendication de certaines spécificités et l'accord de certaines dérogations (1°) et, d'autre part, l'absence de personnalité morale propre au groupement (2°).

⁶³¹ Voir par exemple : M. PIN et T. QUÉGUINER (recueil des propos), « *Les directions ne sont pas préparées à des relations sociales très rudes par moment* », Hospimédia, publié le 3 août 2016 : La mise en place des GHT est regardée comme une opportunité sur le plan des relations sociales.

1°/ L'existence de dérogations :

La mission *Groupements Hospitaliers de Territoire* défend l'idée d'un PMP partagé ; elle souhaite écarter la possibilité de créer des GHT spécialisés⁶³². En contrepoint, les établissements de santé spécialisés défendent l'idée d'un GHT de spécialité – c'est, notamment, le cas des établissements psychiatriques de santé⁶³³. Il semble, finalement, que leur revendication ait été entendue dans la mesure où vingt dérogations sont accordées dans le cadre de la constitution des groupements⁶³⁴. La majorité de ces dérogations concernent la spécialité psychiatrique des établissements⁶³⁵ ; cependant, d'autres dérogations concernent d'autres domaines plus singuliers tels que *la taille et la spécificité hospitalo-universitaire* (le CH spécialisé Guillaume-Régner de Rennes), l'isolement géographique (CH de Provins) ou permettent, plus simplement, l'accord d'un délai supplémentaire (le CH départemental Georges-Daumézon de Fleury-les-Aubrais et le CH spécialisé Henri-Ey de Bonneval)⁶³⁶.

2°/ L'absence de personnalité morale :

« *Le choix de créer un groupe hospitalier public non par fusion mais sous la forme de coordination donne à la gouvernance du GHT toute son importance et sa complexité* »⁶³⁷. Ce choix a été largement défendu au cours de la mission *Groupements Hospitaliers de Territoire* qui relève au moins trois éléments⁶³⁸ : premièrement, le fait que « *les coopérations entre établissements publics de santé les plus intégrées ne donnent pas lieu à la création de personnalité morale* » ; deuxièmement, le nombre d'ores et déjà très élevé de « *personnes morales dans le champ de l'hospitalisation publique* » ; troisièmement, la désignation d'un établissement-support qui est un gage de souplesse sur le plan de la gouvernance. L'originalité de ce « *pari contractuel* »⁶³⁹ impose, il est vrai, une coordination rigoureuse sur le plan vertical (ARS et administrations centrales) et sur le plan horizontal (la gouvernance inter-hospitalière) ainsi que la maîtrise des déterminants

⁶³² J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 16.

⁶³³ Voir notamment : C. CORDIER, « *Le Spép veut des règles fonctionnelles claires entre communautés psychiatriques de territoire et GHT* », Hospimédia, publié le 14 décembre 2015 ; C. CORDIER, « *Trois syndicats de psychiatres publics demandent des aménagements « substantiels » à la loi de Santé* », Hospimédia, publié le 29 décembre 2015 ; C. CORDIER, « *La création d'un GHT dédié à la psychiatrie entre les trois EPSM du Nord est envisagée* », Hospimédia, publié le 15 janvier 2016.

⁶³⁴ P. HÉMERY, « *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott* », Hospimédia, publié le 8 juillet 2016.

⁶³⁵ C. CORDIER, « *Le GHT Haute-Garonne et Tarn-Ouest est créé avec une communauté psychiatrique de territoire dédiée* », Hospimédia, publié le 6 juillet 2016.

⁶³⁶ *Ibidem*.

⁶³⁷ V. LE TAILLANDIER, C. ROLDO, « *La gouvernance... (op. cit.)*, p. 151.

⁶³⁸ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 24.

⁶³⁹ V. LE TAILLANDIER, C. ROLDO, « *La gouvernance... (op. cit.)*, p. 151.

stratégiques et managériaux suscités. La mise en place d'un groupement sans personnalité morale ne constitue pas, à proprement parler, une innovation sur le plan juridique mais bouleverse, cependant, certaines idées traditionnellement associées aux coopérations.

La mise en place des GHT repose sur une convention constitutive, un PMP et prend en compte des déterminants managériaux et juridiques ; ce modèle, remis entre les mains des acteurs, est décliné à l'échelle territoriale.

II – La mise en place des GHT :

La mise en place des GHT est déclinée à l'échelle territoriale ; cette démarche a débutée dès la fin de l'année 2015⁶⁴⁰ – avant même la promulgation de la LMSS – et repose sur la création de 135 GHT sur le territoire national (A) dont 15 sont situés en Île-de-France⁶⁴¹ (B).

A – La création de 135 GHT en France :

Un ensemble de 135 GHT est répartis sur le territoire national⁶⁴² ; il est, ainsi, possible d'établir une carte des groupements (1°) et d'observer la mise en place des premières mesures liées à son application (2°).

1°/ La carte définitive :

La répartition des 135 GHT sur le territoire national met fin à plusieurs mois de réflexion⁶⁴³ ; en effet « *quelques 150 groupements hospitaliers de territoire (GHT)* »⁶⁴⁴ ont été évoqué, puis un

⁶⁴⁰ Voir notamment : T. QUÉGUINER, « *Le directeur du CHI de Poissy-Saint-Germain s'attèle au redressement du CH de Mantes-la-Jolie* », Hospimédia, publié le 11 décembre 2015 : « *le futur groupement hospitalier de territoire (GHT) Nord-Yvelines, déjà d'ailleurs officieusement actif depuis un an et facilité par l'actuelle direction commune...* ».

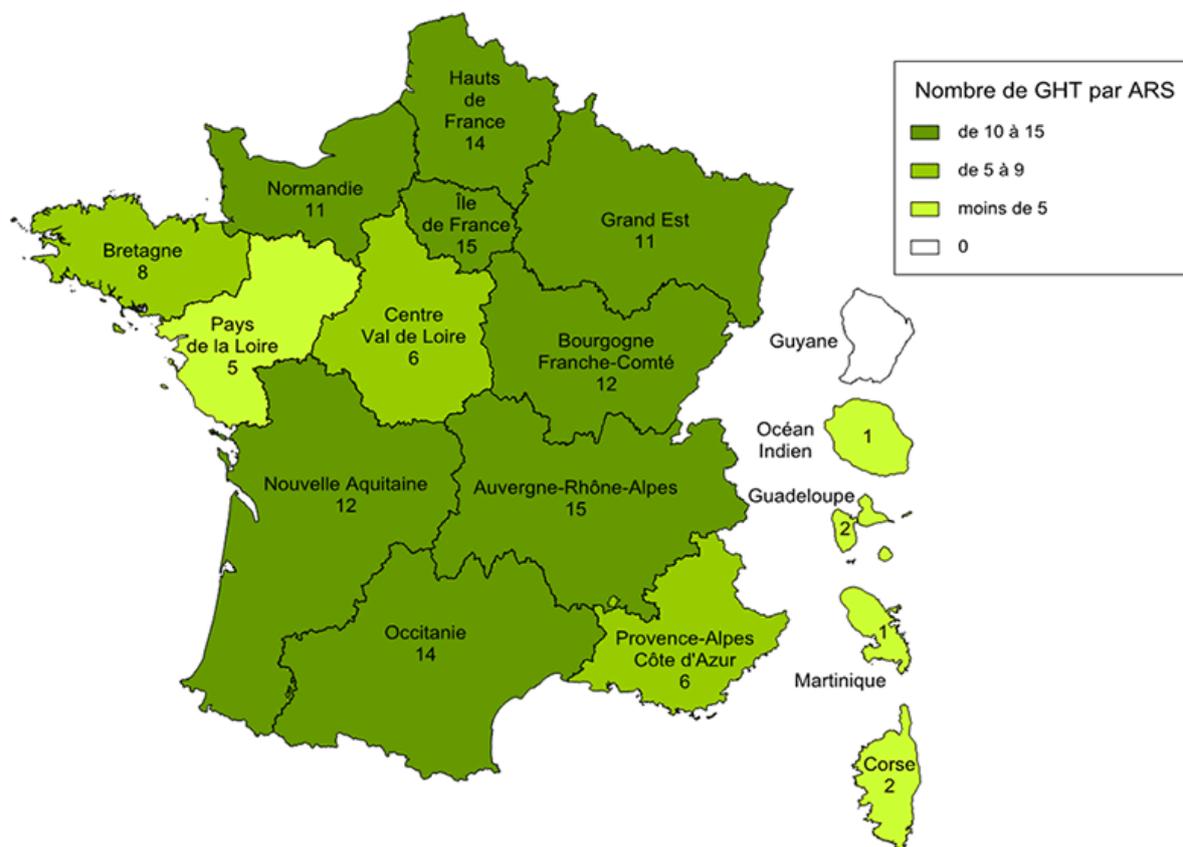
⁶⁴¹ T. QUÉGUINER, « *Quinze GHT, trois dérogations et deux incertitudes planent sur les hôpitaux franciliens* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

⁶⁴² P. HÉMERY, « *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott* », Hospimédia, publié le 8 juillet 2016.

⁶⁴³ *Ibidem* : « *Les concertations entre plus de 850 hôpitaux publics, sous l'égide des ARS et en lien avec les élus des territoires et de la FHF, ont abouti, selon la ministre, « à des regroupements d'établissements qui tiennent compte des réalités du terrain, territoire par territoire »* ».

⁶⁴⁴ HOSPIMÉDIA, « *Mise en place des groupements hospitaliers de territoire : de la théorie à la pratique* », Hospimédia, publié le 11 décembre 2015. : « *On évoque la création de quelque 150 groupements hospitaliers de territoire (GHT)...* ».

optimum de 157 groupements est défini⁶⁴⁵. Finalement, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) publie une carte comprenant les nouvelles régions⁶⁴⁶ et les 135 groupements⁶⁴⁷ :



Source : Ministère des affaires sociales et de la santé, *GHT : accéder aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit*, « Les GHT en région », 2016 ; accessible sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>.

2°/ La mise en place du dispositif :

« Ce 1er juillet, 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont nés. Si quelques établissements dérogent à la règle, principalement psychiatriques, l'ensemble est désormais à pied d'œuvre pour établir des projets médicaux partagés »⁶⁴⁸ ; trois observations peuvent être

⁶⁴⁵ GESTION HOSPITALIÈRES, « Les territoires des GHT – Une simulation optimale en 157 GHT », supplément au n° 554, mars 2016.

⁶⁴⁶ Issues de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

⁶⁴⁷ T. QUÉGUINER, « Les « choses sérieuses » sur les GHT commenceront le 1er juillet pour la DGOS et les hospitaliers », Hospimédia, publié le 24 juin 2016.

⁶⁴⁸ P. HÉMERY, « 135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott », Hospimédia, publié le 8 juillet 2016.

formulées⁶⁴⁹ : premièrement, « *les GHT affichent des périmètres très variables* » ; deuxièmement, leur composition est hétérogène dans la mesure où « *deux à vingt établissements les composent* » ; troisièmement, la définition du territoire est, conformément aux prévisions, à la fois infrarégionale⁶⁵⁰ et transrégionale puisque les GHT constitués « *peuvent suivre les délimitations des départements ou au contraire dépasser les frontières entre deux régions, comme c'est le cas entre la Bourgogne-Franche-Comté et l'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine avec le GHT Côte d'Or-Haute-Marne* ». On relève, par ailleurs, certaines spécificités locales et la mise en place de coopérations avancées ; à ce titre, on relève notamment le cas du GHT Rhône-Vercors-Vivarais qui rassemble neuf établissements autour de quatre actions prioritaires : « *la cardiologie, la cancérologie et en particulier l'oncologie, la prise en charge HAD et les liens avec la médecine de ville, et enfin la filière maïeutique* »⁶⁵¹. De même, on remarque l'intégration de plusieurs structures à travers la création de pôles inter-établissements⁶⁵² et l'association de nombreux établissements et services médico-sociaux aux groupements⁶⁵³.

La mise en place de 135 GHT atteste d'une certaine diversité et propose quelques exemples d'intégration avancée. Au sein de ces 135 groupements, il est possible d'observer le cas particulier de l'Île-de-France.

B – La création de 15 GHT en Île-de-France :

Un ensemble de 15 GHT est créé en l'Île-de-France⁶⁵⁴ ; il est, ainsi, possible d'établir la carte des groupements à l'échelle de la petite couronne (1°) et de la grande couronne parisienne (2°).

⁶⁴⁹ *Ibidem*.

⁶⁵⁰ Voir par exemple : G. TRIBAULT, « *L'ARS Centre-Val de Loire valide la création d'un GHT par département* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016 ; T. QUÉGUINER, « *L'ARS Pays de la Loire valide sans dérogation ses cinq GHT départementaux* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

⁶⁵¹ C. NAYRAC, « *Le GHT Rhône-Vercors-Vivarais signe sa convention et définit quatre actions prioritaires* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

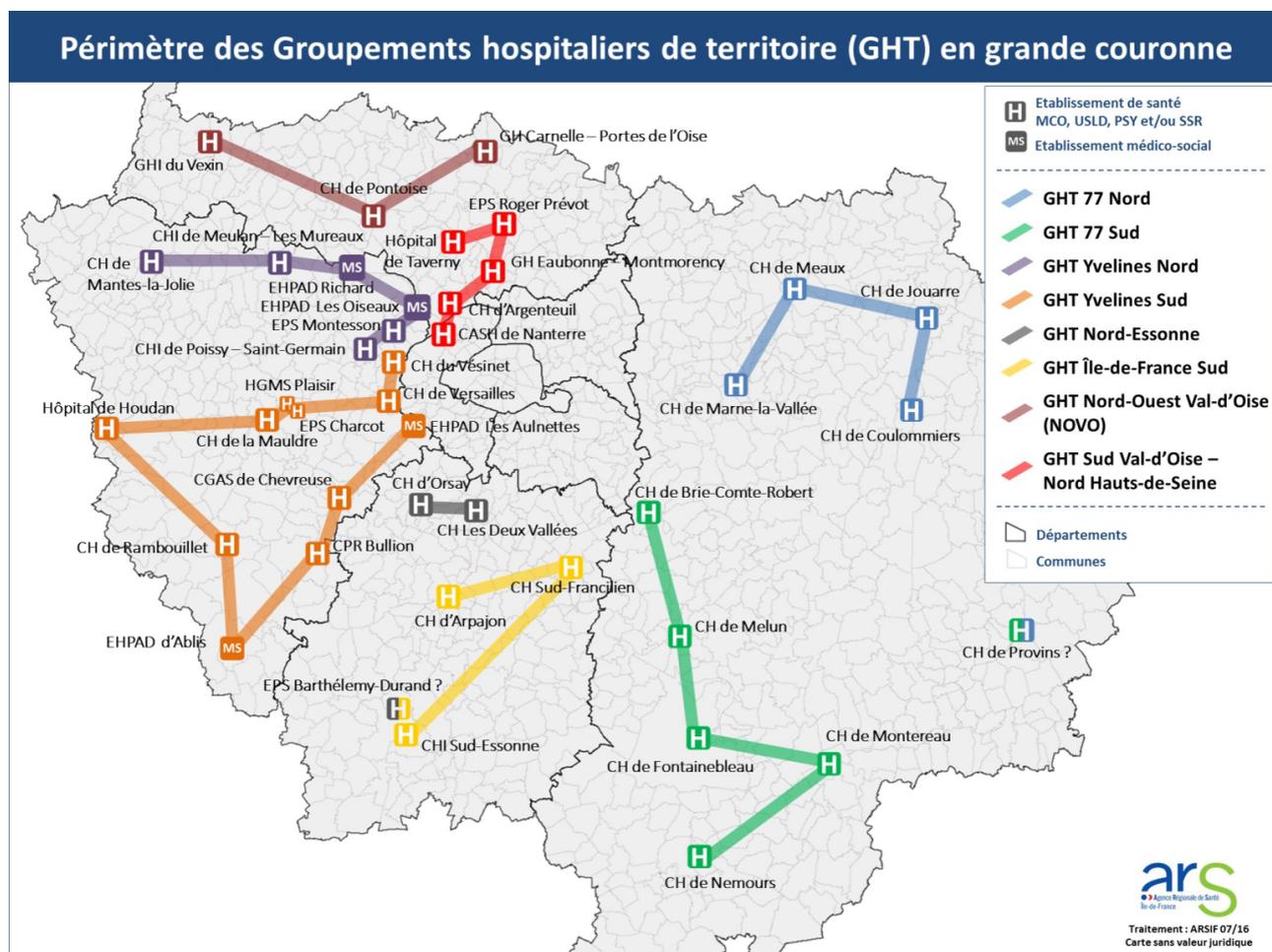
⁶⁵² P. HÉMERY, « *Deux pôles inter-établissements sont nés aux Hôpitaux Champagne-Sud* », Hospimédia, publié le 12 juillet 2016.

⁶⁵³ G. TRIBAULT, « *Onze établissements et services médico-sociaux font partie des GHT de Normandie* », Hospimédia, publié le 6 juillet 2016 ; une adhésion des établissements et services médico-sociaux d'autant plus importante que la Cour des Comptes relevait, en 2015, « *Un développement du secteur médico-social en grande partie décorrélé de la recomposition hospitalière* » dans COUR DES COMPTES, « *Vingt ans... (op. cit.)*, p. 194.

⁶⁵⁴ T. QUÉGUINER, « *Quinze GHT, trois dérogations et deux incertitudes planent sur les hôpitaux franciliens* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

2°/ Les 8 GHT situés dans la grande couronne parisienne :

Un ensemble de 8 GHT ont été créés au sein de la grande couronne parisienne⁶⁵⁶ ; il s'agit du GHT 77 Nord, du GHT 77 Sud, du GHT Yvelines Nord, du GHT Yvelines Sud, du GHT Nord-Essonne, du GHT Île-de-France Sud, du GHT Nord-Ouest Val-d'Oise (NOVO) et du GHT Sud Val-d'Oise – Nord Hauts-de-Seine :



Source : ARS Île-de-France, « L'ARS annonce la liste et la composition des 15 groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'Île-de-France », Communiqué de presse 2016, publié le 1er juillet 2016 ; accessible sur <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/L-ARS-annonce-la-liste-et-la-c.192290.0.html>.

Les GHT sont mis en œuvre à partir du 1er juillet 2016⁶⁵⁷ ; on dénombre 135 GHT à l'échelle du territoire national dont 15 situés sur le territoire francilien. Leur mise en place progressive s'inscrit dans une optique plus concurrentielle fondée sur la mise en place de « stratégie de groupe »⁶⁵⁸.

⁶⁵⁶ T. QUÉGUINER, « Quinze GHT, trois dérogations et deux incertitudes planent sur les hôpitaux franciliens », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

⁶⁵⁷ T. QUÉGUINER, « Les « choses sérieuses » sur les GHT commenceront le 1er juillet pour la DGOS et les hospitaliers », Hospimédia, publié le 24 juin 2016.

⁶⁵⁸ C. ÉVIN, « Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe », Revue Hospitalière de

Chapitre 2 : La mise en place de stratégies de groupe dans une optique plus concurrentielle :

Le service public hospitalier doit s'inscrire dans une optique plus concurrentielle et mettre en place une « *stratégie de groupe* »⁶⁵⁹. Ce positionnement s'inspire des méthodes de restructuration mises en œuvre au sein du secteur privé⁶⁶⁰ et traduit un positionnement orienté vers la performance⁶⁶¹. Nous avons présenté les caractéristiques du marché de la santé, les spécificités de la santé envisagée comme un bien et les enjeux simultanés de la régulation publique ; or, la mise en place des GHT modifie – dans la mesure où elle s'inscrit dans une logique plus concurrentielle – la structure de l'offre de soins et, par conséquent, le positionnement de l'opérateur privé ainsi que le comportement du régulateur public. Dans ce contexte, nous souhaiterions évaluer les conséquences d'une telle stratégie et proposer une analyse *économique* du dispositif GHT en comparant, successivement, les opérations de restructuration d'ores et déjà réalisées au sein du secteur privé (Section 1) et les opérations de recomposition de l'offre de soins à l'œuvre au sein du secteur public (Section 2).

Section 1 : La restructuration du secteur privé :

La mission *Groupements Hospitaliers de Territoire* remarque que la « *constitution de groupes d'hospitalisation privée est une dynamique engagée depuis maintenant plusieurs années* » qui a « *su impulser une dynamique de coopération notable* ». En outre, plusieurs rapports soulignent le caractère « défensif » des opérations de recomposition publique⁶⁶² en contrepoint desquelles les opérations de restructuration privées – regardées comme « offensives »⁶⁶³ – semblent avoir démontré une certaine efficacité. Il convient de présenter les opérations de restructuration, d'ores et déjà, réalisées au sein du secteur privé (I) ; puis, l'impact de ces opérations sur les processus de régulation publique (II).

France, n°568, janvier-février 2016, p. 36-40.

⁶⁵⁹ C. ÉVIN, « *Les groupements... (op. cit.)*, p. 36-40.

⁶⁶⁰ En témoignent les propos de Frédéric Martineau : « *On est très en retard, nous structures publiques, par rapport à une réorganisation de l'offre* », « *vous avez fait un travail, vous [le secteur privé], que nous n'avons pas encore fait, très clairement* » propos rapportés dans C. CORDIER, « *Les CME du secteur privé ne veulent pas être écartées des projets médicaux partagés des GHT* », Hospimédia, publié le 23 novembre 2015.

⁶⁶¹ J. HUBERT, F. MARTINEAU, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire... (op. cit.)*, p. 11.

⁶⁶² F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions... (op. cit.)*, p. 18 ; DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « *10 ans de recomposition hospitalières en France* », Janvier 2009, p. 8 : « *Offensives, stratégiques et partenariales dans les établissements privés commerciaux, les recompositions sont plus progressives, plus lentes et plus contraintes dans les établissements publics* ».

⁶⁶³ *Ibidem*.

I – Le positionnement de l'opérateur privé sur le marché de la santé :

Une étude décrit les opérations de restructuration privées comme « *Offensives, stratégiques et partenariales* »⁶⁶⁴ ; face à cette orientation, il convient de définir la stratégie de l'opérateur privé (A) avant de décrire la place qu'il occupe sur le marché de la santé (B).

A – Le positionnement stratégique adopté au sein du secteur privé :

Le marché de la santé est, à la fois, contraint et concurrentiel ; dans ce contexte, le positionnement stratégique de l'opérateur privé repose sur un mouvement de concentration (1°) et sur un mouvement de spécialisation (2°).

1°/ Un mouvement de concentration :

Le positionnement stratégique adopté au sein du secteur privé repose sur un mouvement de concentration⁶⁶⁵ ; en effet « *Tout au long de la décennie 2000, les stratégies des établissements du secteur se sont donc profondément renouvelées, avec l'accélération de la consolidation financière du secteur, soutenue par l'intervention de fonds d'investissements ; ceux-ci ont nourri la croissance des groupes, professionnalisé leur management mais aussi engendré une forte croissance de la valorisation des cliniques* »⁶⁶⁶. Ce mouvement de concentration s'appuie sur une démarche de mutualisation qui poursuit, à l'image des opérations de fusion et de coopération, une recherche d'efficacité grâce à la réalisation d'économies d'échelle. Ainsi, « *le secteur privé s'est fortement concentré au sein de plus gros établissements (65 lits en moyenne en 2005 contre 50 lits en 1995)* »⁶⁶⁷. Cette logique de concentration est également associée à une logique de spécialisation.

2°/ Un mouvement de spécialisation :

Le positionnement stratégique adopté au sein du secteur privé repose également sur un mouvement de spécialisation qui consiste à privilégier certains segments d'activité en raison de leur rentabilité.

⁶⁶⁴ *Ibidem*, p. 8.

⁶⁶⁵ À titre d'exemple : C. CORDIER, « *La structuration groupée des cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés* », Hospimédia, publié le 20 janvier 2016 : « *« L'hospitalisation privée est chez nous très dynamique », explique Jean-Daniel Simon. Il rappelle qu'elle s'est fortement restructurée à partir des années 2006-2007. Et la structuration de cette offre a été largement marquée par les mouvements de concentration du secteur qui se sont accélérés ces dernières années* ».

⁶⁶⁶ F. BARTOLI, N. DESTAIS, I. YENI, H. DE BEAUCHAMP, *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*, IGAS, septembre 2012, p. 3.

⁶⁶⁷ DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « *10 ans... (op. cit.)*, p. 8.

On remarque, ainsi, que cette logique aboutit à un « *partage des rôles* »⁶⁶⁸ d'autant plus singulier que les activités en question relèvent de missions de service public. Ce mouvement de spécialisation, particulièrement focalisé sur les activités de chirurgie et de cancérologie⁶⁶⁹, se double d'une « *recherche active de volumes d'activité* »⁶⁷⁰ visant, simultanément, à « *atteindre et dépasser les seuils réglementaires d'autorisation* »⁶⁷¹, à atteindre un optimum relatif à l'effet-taille⁶⁷², à faire valoir une certaine attractivité auprès des praticiens grâce, notamment, à la pratique du dépassement d'honoraires⁶⁷³.

Le positionnement stratégique de l'opérateur privé s'appuie sur un mouvement de concentration et sur un mouvement de spécialisation destiné à l'attraction de parts de marché. C'est au regard de ces parts de marché qu'il est possible de définir la place de l'opérateur privé sur le marché de la santé.

B – La place du secteur privé à but lucratif sur le marché de la santé :

Le secteur privé à but lucratif représente 40 % de l'ensemble des établissements de santé⁶⁷⁴ ; il dispose, grâce à son positionnement stratégique, de certaines parts de marchés (1°) dont la détention varie en fonction du positionnement de l'opérateur public (2°).

1°/ Les parts de marché acquises par le secteur privé :

« *Les groupes de cliniques rassemblent, ainsi, un peu plus de 600 à 1050 cliniques, c'est à dire 58 % des entités juridiques mais 68 % des capacités du secteur, en raison de la taille moyenne plus importante de ces cliniques. On dénombre une quarantaine de groupes de cliniques dont cinq nationaux et une vingtaine de groupes régionaux affiliant entre 5 et 15 établissements* »⁶⁷⁵. En termes de parts de marché, le secteur privé à but lucratif représente « *un quart des capacités totales d'hospitalisation en France, les cliniques privées accueillent 28 % des entrées et venues en établissement de santé sur l'ensemble des disciplines et 36 % en court séjour* »⁶⁷⁶ ; cette proportion atteint 56 % en chirurgie⁶⁷⁷ et 68 % en chirurgie ambulatoire⁶⁷⁸. La compétitivité du secteur

⁶⁶⁸ *Ibidem*, p. 11.

⁶⁶⁹ F. BARTOLI, N. DESTAIS, I. YENI, H. DE BEAUCHAMP, *Evaluation...* (op. cit.), p. 3.

⁶⁷⁰ *Ibidem*, p. 83.

⁶⁷¹ *Ibidem*.

⁶⁷² *Ibidem*.

⁶⁷³ *Ibidem*, p. 92.

⁶⁷⁴ *Ibidem*, p. 3.

⁶⁷⁵ *Ibidem*, p. 4.

⁶⁷⁶ *Ibidem*, p. 3.

⁶⁷⁷ *Ibidem*, p. 24.

⁶⁷⁸ *Ibidem*, p. 3.

s'appuie, notamment, sur « *des durées de séjour en moyenne plus courtes* » et sur des « *portefeuilles d'activités plus resserrés que ceux de l'hôpital public* »⁶⁷⁹. La place de l'opérateur privé est importante sur certains secteurs d'activité ; cependant, la concurrence sectorielle entraîne quelques fluctuations.

2°/ Les fluctuations de parts de marché entre les secteurs publics et privés :

« *La croissance ralentie du chiffre d'affaires des cliniques privées (...) pèse, entre autres facteurs sur la rentabilité économique du secteur. Celle-ci décline depuis le point haut atteint en 2005-2006 (3,2 %) mais elle conserve en 2010 (1,9 %) un niveau supérieur à celui qu'elle connaissait pendant la décennie précédente* »⁶⁸⁰. Le ralentissement de la croissance au sein des cliniques privées provient, notamment, du recul de leurs parts de marché ; ce recul est dû à « *une diminution de l'activité de ces établissements* »⁶⁸¹ et « *à une progression moins vive que celle du secteur hospitalier* »⁶⁸² sur certains segments d'activité. À titre d'exemple, l'IGAS remarque que, en obstétrique, le secteur privé perd des parts de marché à cause de l'évolution de la spécialité (transformation des exigences en termes d'effectif, de matériel et hausse des tarifs assuranciers)⁶⁸³ ; de même, en chirurgie, la place du secteur privée reste majoritaire bien que le secteur public regagne certaines parts de marché⁶⁸⁴ – notamment sur des activités telles que la chirurgie d'urgence⁶⁸⁵ ; en revanche, concernant les activités de médecine, « *le secteur privé commercial progresse, mais reste minoritaire* »⁶⁸⁶ dans la mesure où le secteur public détient « *82 % des lits et 70 % des places* »⁶⁸⁷.

La place occupée par le secteur privé à but lucratif est concentrée sur certains segments d'activités ; cette place se révèle importante – jusqu'à la majorité – en fonction des spécialités et s'appuie sur la mise en place de stratégies de groupe. Ces opérations ont des conséquences en termes de régulation publique.

⁶⁷⁹ *Ibidem*, p. 3.

⁶⁸⁰ *Ibidem*.

⁶⁸¹ *Ibidem*.

⁶⁸² *Ibidem*.

⁶⁸³ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 24.

⁶⁸⁴ *Ibidem*, p. 24.

⁶⁸⁵ DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « *10 ans...* (op. cit), p. 11.

⁶⁸⁶ F. LALANDE, C. SCOTTON, P.-Y. BOCQUET, J.-L. BONNET, *Fusions...* (op. cit.), p. 25.

⁶⁸⁷ *Ibidem*, p. 25.

II – Les enjeux de la régulation publique face au positionnement de l'opérateur privé :

Les opérations de restructuration réalisées au sein du secteur privé ont des conséquences sur la structure du marché de la santé et sur la répartition de l'offre de soins⁶⁸⁸ ; ces conséquences sont autant d'enjeux à charge du régulateur public qui s'efforce, à la fois, d'harmoniser les cadres de régulation (A) et de gérer la répartition de l'offre de soins dans le cadre de la déconcentration des politiques de santé (B).

A – Une recherche d'harmonisation en matière de régulation publique :

Une mission menée par l'IGAS constate la convergence des méthodes de régulation visant l'harmonisation de l'offre de soins⁶⁸⁹ ; cette l'harmonisation poursuit un objectif de convergence sectorielle (1°) bien qu'elle rencontre, néanmoins, certaines oppositions (2°).

1°/ Les convergences sectorielles :

La recherche d'harmonisation en matière de régulation publique passe par le développement de convergences sectorielles. Depuis les années 2000, en effet, cet effort s'est concentré sur trois domaines : premièrement, l'activité des établissements ; deuxièmement, le volume et le financement de ces activités ; troisièmement, la qualité de l'offre de soins. Concernant l'activité, on retient l'apport de la loi HPST grâce à la mise en place de MSP transversales⁶⁹⁰ ; à cet égard, la LMSS – qui réhabilite le SPH – procède à quelques aménagements de formes⁶⁹¹ tandis que ces MSP demeurent accomplis par des établissements de nature publique et privée⁶⁹². Concernant le volume et le financement des activités on retient, en premier lieu, que le volume est communément apprécié à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et, en second lieu, que le financement est harmonisé à partir de la généralisation de la T2A, apprécié grâce à l'utilisation de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et assuré grâce aux dotations correspondant aux missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Concernant la qualité, on relève une harmonisation des politiques d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de même qu'en

⁶⁸⁸ DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « 10 ans... (op. cit.), p. 8.

⁶⁸⁹ F. BARTOLI, N. DESTAIS, I. YENI, H. DE BEAUCHAMP, *Evaluation... (op. cit.)*, p. 5 : « La nécessité de poursuivre de manière cohérente la rationalisation et la recomposition de l'offre hospitalière a conduit l'État à entreprendre la convergence progressive des cadres de la régulation des secteurs publics et privés ».

⁶⁹⁰ Article L. 6112-1 du CSP.

⁶⁹¹ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 99.

⁶⁹² Article L. 6112-1, L. 6112-2 et L. 6112-3 CSP.

matière de gestion des risques (GDR) et de démocratie sanitaire (grâce à la mise en place de CRUQPC)⁶⁹³. De nombreux domaines font l'objet d'une régulation convergente entre les secteurs public et privé ; pour autant, quelques divergences persistent.

2°/ Les divergences sectorielles :

Certaines différences, inhérentes à la nature publique ou privée des établissements subsistent et entravent l'action du régulateur ; il en va ainsi « *de l'accès des établissements aux capitaux, de la possibilité de disposer de leurs actifs, du risque de faillite, du statut des personnels, du rôle dévolu aux directeurs généraux d'ARS en matière de recrutement et d'évaluation des dirigeants d'établissements* »⁶⁹⁴. En outre, concernant leurs objectifs économiques on remarque que « *les cliniques doivent atteindre une rentabilité satisfaisante pour des actionnaires de plus en plus exigeants et défendent en conséquence la protection de secrets commerciaux et de gestion* »⁶⁹⁵. Par conséquent, les opérations de recombinaison et de restructuration « *ne traversent (...) que très rarement les « frontières » statutaires : les partenariats public privé (...) font encore figure d'exception* »⁶⁹⁶ ; de même, au sein des GHT, le statut d'« établissement partie » au groupement est réservé aux établissements publics tandis que les établissements privés sont laissés au statut de « partenaire » ou d'« associé ». De nombreuses divergences sectorielles entravent l'harmonisation des cadres de régulation.

L'harmonisation des cadres de régulation apparaît avancée sur certains points ; cependant, les divergences sectorielles persistent – y compris avec la mise en place des GHT. Ces divergences complexifient la tâche du régulateur dans le cadre de la territorialisation des politiques hospitalières.

B – Une régulation complexe dans le cadre de la territorialisation :

Une étude souligne que les « *recompositions hospitalières [publiques et privées] ne répondent à aucune vision d'ensemble de l'aménagement du territoire au niveau national même si, à l'échelle des différentes régions, cela a pu être isolément le cas* »⁶⁹⁷ ; en effet, face à de telles opérations, l'ARS est confrontée à un processus de régulation complexe qui concerne, à la fois, l'offre de soins (1°) et sa répartition territoriale (2°).

⁶⁹³ F. BARTOLI, N. DESTAIS, I. YENI, H. DE BEAUCHAMP, *Evaluation...* (op. cit.), p. 95.

⁶⁹⁴ *Ibidem*, p. 96.

⁶⁹⁵ *Ibidem*, p. 96.

⁶⁹⁶ DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « 10 ans... » (op. cit.), p. 9.

⁶⁹⁷ *Ibidem*, p. 6.

1°/ La régulation de l'offre de soins :

Pour l'IGAS, « *Les ARS sont amenées à intervenir dans le maintien ou le rétablissement de l'équilibre économique des hôpitaux publics. Cela passe fréquemment par la préservation d'un niveau d'activité suffisant, ce qui se traduit différemment selon le territoire : soit que l'on se trouve dans une grande agglomération disposant d'une offre de soins dense et très concurrentielle, soit que l'on se trouve, à l'opposé, dans un petit bassin de population disposant d'établissements publics et privés en surcapacités, aux équipes médicales peu renouvelées, donc fragilisés financièrement* »⁶⁹⁸. Ainsi, les modes de régulation mis en œuvre par les ARS divergent en fonction des bassins de population : au sein d'une grande agglomération, l'ARS s'efforce de « *protéger l'hôpital public de la concurrence des cliniques en ce qui concerne les ressources médicales (clauses de non-concurrence, saisine de la commission de déontologie)* », de « *stimuler l'efficacité de l'hôpital public* » et de « *fidéliser les patients à travers des filières de prise en charge comparables à celles mises en place par le secteur privé* »⁶⁹⁹ ; au sein des petits bassins de population, la régulation est plus sélective dans la mesure où elle consiste à choisir les plateaux techniques devant subsister⁷⁰⁰. Ces problématiques concernent, également, la répartition territoriale de l'offre de soins.

2°/ La répartition territoriale de l'offre de soins :

La répartition territoriale de l'offre de soins concerne, à la fois, de la planification sanitaire et la répartition des parts de marché sur l'ensemble du territoire ; ces enjeux sont renforcés à travers la mise en place des GHT qui devrait, directement (au sein du secteur public) ou indirectement (au sein du secteur privé), aboutir à des transferts d'activités. La répartition territoriale de l'offre de soins est soumise à plusieurs facteurs tels que « *la mobilité des ressources médicales* », « *le libre choix des patients* », « *le libre choix des spécialités par le secteur privé sous réserve des autorisations* » ou « *la T2A* »⁷⁰¹. Par conséquent il en résulte « *une tension entre la tentation de figer des parts de marché (...) et la tentation de laisser l'attractivité relative des différents établissements vis-à-vis des équipes médicales et des patients déplacer les parts de marché. Si la nécessité de maîtriser la dépense d'assurance maladie conduit à supprimer des équipements et capacités surnuméraires ou des activités redondantes, l'utilité d'un secteur privé d'hospitalisation réside notamment, selon une opinion largement partagée, dans l'émulation aux fins d'efficacité et*

⁶⁹⁸ F. BARTOLI, N. DESTAIS, I. YENI, H. DE BEAUCHAMP, *Evaluation...* (op. cit.), p. 105.

⁶⁹⁹ *Ibidem.*

⁷⁰⁰ *Ibidem.*

⁷⁰¹ *Ibidem.*, p. 107.

de qualité de service et dans la capacité d'innovation des établissements particulièrement sur le plan des modes d'organisation et de gestion »⁷⁰². La régulation de l'offre privée constitue donc un enjeu territorial qui devrait être renforcé, dans le cadre de la mise en place des GHT, à la suite d'éventuels transferts d'activité.

La restructuration du secteur privé est un processus engagé depuis plusieurs années ; ce processus soulève des problématiques en termes d'harmonisation et de territorialisation. En contrepoint, la recomposition de l'offre publique de soins – qui intervient en aval des opérations de restructuration privée – peut être analysée, d'une part, comme un alignement stratégique de l'opérateur public et confirmer, d'autre part, l'avènement d'une logique plus concurrentielle.

⁷⁰² *Ibidem.*

Section 2 : La recomposition de l'offre de soins publique :

La recomposition de l'offre publique de soins, réalisée à travers la mise en place du dispositif GHT, s'appuie sur la mise en place de « stratégies de groupe » au sein du secteur public ; ces stratégies reposent sur une optique plus concurrentielle. Elles constituent une réponse aux restructurations réalisées au sein du secteur privé. Or, l'émergence de logiques concurrentielles traduit, justement, une approche du bien santé en termes de parts de marché et implique, par conséquent, une conception plus libérale de la régulation publique. En réalité, la place du régulateur dépend de la nature du bien considéré : dans le cas d'un bien banal, la régulation peut être regardée comme un moyen de favoriser un marché de pure concurrence tandis que, dans le cas d'un bien spécifique tel que le bien santé, la régulation peut être regardée comme un moyen d'équité visant à atténuer les effets inflationnistes ou sélectifs de la concurrence⁷⁰³. Nous observerons, ici, les conséquences liées à la mise en place éventuelle d'une logique plus concurrentielle en regardant, d'une part, la mise en place des GHT comme un alignement stratégique de l'opérateur public sur le positionnement de l'opérateur privé (I) et, d'autre part, comme l'avènement d'une logique plus concurrentielle sur le marché de l'offre de soins (II).

I – L'alignement stratégique de l'opérateur public :

La mise en place de stratégies de groupe au sein du secteur public peut être regardée comme un alignement de l'opérateur public sur la stratégie de l'opérateur privé ; ce phénomène peut être interprété à partir de la théorie de l'agence (A) et traduire, dans une certaine mesure, une capture du régulateur public (B).

A – L'application de la théorie de l'agence :

Pour Jean-Paul Domin, « *La théorie de l'agence est devenue, depuis le début des années 1980, le cadre d'analyse dominant des formes d'organisation, qu'elles soient publiques ou privées*⁷⁰⁴, et s'applique tout particulièrement, selon ses partisans, au système de santé et notamment au secteur

⁷⁰³ J. E. STIGLITZ, « *Government Failure vs. Market Failure : Principles of Regulation* », accessible sur <http://academiccommons.columbia.edu/catalog/ac%3A126997> : « *The subject of regulation has been one of the most contentious, with critics arguing that regulation interfere with the efficiency of market, and advocates arguing that well designed regulation not only makes market more efficient but also helps ensure that market outcomes are more equitable* ».

⁷⁰⁴ B. CORIAT, O. WEINSTEIN, *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Paris, LGF, 1995 cité dans J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 172.

*hospitalier*⁷⁰⁵ »⁷⁰⁶ ; il convient de présenter la théorie de l'agence (1°) avant de l'appliquer au secteur hospitalier (2°).

1°/ La théorie de l'agence :

La relation d'agence désigne « un contrat par lequel une personne (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter, en son nom, une tâche quelconque qui implique la délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent »⁷⁰⁷ ; c'est à partir de cette relation relativement commune – désignée, autrement, par la relation de *mandant à mandataire* – que s'appuie la théorie de l'agence⁷⁰⁸. Celle-ci concerne un marché caractérisé par son imperfection⁷⁰⁹ – notamment en termes d'asymétrie d'information⁷¹⁰ – et s'applique à la situation dans laquelle l'agent bénéficie d'une rente informationnelle en dépit du principal. La théorie de l'agence permet d'identifier le risque

⁷⁰⁵ S. JACOBZONE, « *Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public* », Sciences sociales et santé, Volume 13, n°1, 1991, p. 5-46 cité dans J.-P. Domin, *Une histoire économique de l'hôpital (XIX-XXème siècle) – Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, Tome II (1946-2009), Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, 2013, p. 175.

⁷⁰⁶ J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 172.

⁷⁰⁷ M. C. JENSEN, W. H. MECKLING, « *Theory of the firm: managerial behavior. Agency cost and ownership structure* », Journal of financial economics, Volume 3, n°4, 1976, p. 305-360.

⁷⁰⁸ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 17 : Définition de la théorie de l'Agence : « *Théorie économique qui analyse les situations dans lesquelles un acteur dit agent (délégué, mandataire) affecte, par son comportement, les intérêts d'un autre acteur appelé principal (déléguant, mandant). La définition la plus classique d'une relation d'agence est donnée par M. C. Jensen et W. H. Meckling, dans leur article historique de 1976 : « Nous définissons une relation d'agence comme un contrat par lequel une (ou plusieurs) personne (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent. » Cette relation recouvre en fait « toute relation entre deux individus telle que la situation de l'un dépende d'une action de l'autre » : l'individu qui agit est l'agent, la partie affectée est le principal (Michael C. Jensen, William H. Meckling « Theory of the Firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Capital Structure », Journal of Financial Economics 3, 305-360, 1976) ».*

⁷⁰⁹ S. JACOBZONE, « *Les apports...* (op. cit.), p. 7.

⁷¹⁰ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 56 : Définition de l'asymétrie d'information : « *Situation dans laquelle certaines caractéristiques d'une transaction sont connues d'une partie et ne peuvent pas, sans coût, être découverte par l'autre partie soit avant l'établissement du contrat (asymétrie ex ante) entre les parties, soit après la conclusion du contrat (asymétrie ex post). Dans le modèle walrasien, tous les participants au marché disposent d'une information égale, gratuite et parfaite sous la forme du prix. On construit aujourd'hui des modèles, moins éloignés de la réalité, dans lesquels les agents n'ont pas un accès égal aux informations disponibles, lesquelles peuvent être imparfaites et onéreuses. L'article fondateur de la théorie des asymétries d'information précontractuelles (George Akerlof, 1971) étudie le marché des voitures d'occasion. Il fait l'hypothèse, réaliste, que le vendeur connaît mieux que les acheteurs potentiels l'état du ou des véhicules qu'il met en vente. Il montre qu'alors, en quelque sorte pour un marché unique avec au départ des qualités différentes pour les produits, les mauvaises occasions (lemons ou tacots) chassent les bonnes. Le prix moyen anticipé par l'acheteur est largement au-dessus du prix qu'espérait le vendeur des produits défectueux, mais largement inférieur au prix que ce dernier attendait pour les produits de haute qualité. Ce principe a été étendu au marché du travail, au marché du crédit, au marché de l'assurance. On peut éviter l'effet d'antiselection ou sélection adverse par l'institution d'une garantie qui justifiera un prix élevé pour les produits de qualité supérieure La garantie est une procédure de signalement, tout comme peuvent l'être la nature et le niveau du diplôme pour un offreur de travail. Le système de la combinaison des primes et des franchises dans l'assurance est aussi une parade aux effets de sélection adverse. Les travaux pionniers sur les asymétries d'information par George Akerlof, Michael Spence et Joseph Stiglitz ont été distingués par le Prix Nobel d'économie 2001. La théorie des assurances utilise deux cas importants d'asymétrie d'information : la sélection adverse et le risque moral. Ces deux aspects sont repris dans la relation d'agence et plus généralement dans les nouvelles théories économiques de la firme ».*

d'antisélection⁷¹¹ ; dans cette situation : « le principal, qui ignore les capacités de l'agent, lui accorde un financement alors qu'il [l'agent] n'offre pas les caractéristiques suffisantes »⁷¹². Par conséquent, « le principal doit faire face au comportement stratégique de l'agent avant de prendre sa décision »⁷¹³ et éliminer le risque d'antisélection « en incitant l'agent à révéler les mécanismes de formation des coûts et à améliorer la qualité des prestations »⁷¹⁴. Pour limiter le risque d'antisélection, la théorie de l'agence propose deux solutions⁷¹⁵ : premièrement, résorber les imperfections du marché – notamment en limitant les asymétries d'information – afin de rapprocher ce marché d'une situation de concurrence parfaite ; deuxièmement, mettre en œuvre de mécanismes incitatifs pour orienter le comportement de l'agent⁷¹⁶.

2°/ La relation d'agence :

Jean-Paul Domin remarque que « L'approche en termes d'agence constitue le vecteur de la transformation des politiques hospitalières depuis le milieu des années 1980 »⁷¹⁷ ; en effet, deux types de relations sont caractérisés par des asymétries d'informations : d'une part, la relation entre l'opérateur (public ou privé) et le demandeur de soin (le patient) ; d'autre part, la relation entre le régulateur et l'opérateur (public ou privé) délivrant l'offre de soins⁷¹⁸. La première relation ne concerne pas directement notre propos ; cependant la seconde concerne, plus directement, la

⁷¹¹ A. SILEM, A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique...* (op. cit.), p. 56 : Définition de l'antisélection (*adverse selection*) : « Comportement opportuniste précontractuel (ex ante) qui résulte de l'asymétrie informationnelle entre les différentes parties au contrat. L'agent manquant d'information sur la transaction est susceptible de choisir la modalité la plus désavantageuse dans une alternative. L'exemple le plus connu est celui du marché des automobiles d'occasion, présenté par George Akerlof (« le marché des tacots » selon la traduction littérale du titre de son article « market of lemons » de 1970) où l'information pertinente sur les voitures est détenue par le vendeur. Dans ce marché à prix unique, l'acheteur n'accepte pas de payer un prix qui serait différent du prix moyen des différents produits en vente en ignorant la qualité de chaque produit. Mais le vendeur n'acceptera pas de vendre des produits de bonne qualité à un prix moyen qui sera inférieur à la valeur du produit. À ce prix moyen, les vendeurs ne proposeront que des produits de mauvaise qualité (les Lemons), et les clients potentiels, sachant que seuls les mauvais produits sont proposés, quitteront le marché sans aucun achat, dans la mesure où le prix est trop élevé pour cette qualité. Autres exemples classiques : un tarif trop élevé pour les primes d'assurance conduisant à n'assurer que des personnes à risques élevés, une baisse du taux de crédit effectuée par un établissement ne présentant pas une solvabilité suffisante. L'antisélection est ainsi une décision défavorable par ses conséquences : elle engendre un résultat contraire au but recherché, pour les deux parties. On le voit bien dans le domaine de l'assurance qui, en assurant que les cas les plus risqués, la société d'assurance est perdante; et du point de vue de l'assuré, en élevant de manière discriminatoire la prime, l'assureur s'éloigne du principe de la solidarité en écartant de la souscription les risques les plus élevés. L'antisélection apparaît dans le cadre de la théorie du salaire d'efficience, quand une réduction salariale pousse les bons travailleurs à quitter une entreprise et les mauvais travailleurs à y rester. Le concept d'antisélection est aussi utilisé à la suite de Stiglitz et Weiss pour justifier le rationnement en crédit de certaines entreprises. Les banques, en effet, ne peuvent pas augmenter les taux d'intérêt sous peine d'augmenter le nombre des défaillants; elles préfèrent rationner certaines entreprises (J. STIGLITZ, A. WEISS, « Credit Rationing in Markets with Imperfect Information », *AER*, 71/3, 1981, p. 393-410) ».

⁷¹² J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 172.

⁷¹³ *Ibidem*.

⁷¹⁴ *Ibidem*.

⁷¹⁵ *Ibidem*, p. 172-173.

⁷¹⁶ S. JACOBZONE, « Les apports... » (op. cit.), p. 19.

⁷¹⁷ J.-P. DOMIN, *Une histoire...* (op. cit.), p. 173.

⁷¹⁸ S. JACOBZONE, « Les apports... » (op. cit.), p. 18.

relation entre l'État (ou l'ARS – son autorité déconcentrée) et les opérateurs publics et privés. Dans ce contexte, l'application de la théorie de l'agence permet deux explications : premièrement, elle atteste du bien-fondé des processus de régulation territoriale à travers la planification et le régime des autorisations (orientation du comportement des agents) ; deuxièmement, elle permet d'expliquer la mise en place des GHT dans la mesure où, cet alignement concurrentiel, tend à rétablir une forme de concurrence et à désamorcer le risque d'antisélection (alignement stratégique pour limiter l'asymétrie d'information).

La théorie de l'agence fournit une grille de lecture permettant de justifier un mode approfondi de régulation publique et d'expliquer la stratégie d'alignement mise en œuvre par l'opérateur public. Le comportement de l'opérateur public peut être, également, analysé à partir de la théorie de la capture.

B – L'application de la théorie de la capture :

Bertrand du Marais écrit que dès lors « *que l'on utilise un modèle en termes d'analyse concurrentielle, alors la théorie de la « capture du régulateur public » constitue une explication possible de l'adhésion simultanée de toutes les autorités publiques au même modèle* »⁷¹⁹ ; il convient de présenter la théorie de la capture du régulateur (1°) avant de montrer qu'elle s'applique, dans une certaine mesure, au positionnement de l'opérateur public (2°).

1°/ La théorie de la capture du régulateur :

La théorie de la capture, formulée par George J. Stigler⁷²⁰, bouleverse l'analyse de la régulation publique⁷²¹ ; elle permet de démontrer « *qu'une industrie, qui a toujours intérêt à s'organiser en cartel pour faire monter les prix et écarter les nouveaux entrants, a avantage à la création d'un régulateur étatique spécialisé. En effet, si les opérateurs arrivent à le « capturer » – en lui faisant admettre leurs impératifs, leurs contraintes sous forme de règles d'organisation du marché qui leur soient favorables... – alors l'industrie obtiendra des résultats équivalents à la situation du cartel, mais sans en subir le coût de mise en œuvre. Celui-ci est finalement supporté par le*

⁷¹⁹ B. DU MARAIS, « *Crise de la régulation ou « capture du régulateur » ?* », 2009, p. 5 ; accessible sur : https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewjM0KvB8ujOAhXF6RQKHftuAWUQFggcMAA&url=https%3A%2F%2Fufpr-dsp.u-paris10.fr%2Fservlet%2Fcom.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw%3FID_FICHER%3D1241472506196%26ID_FICHE%3D165630%26INLINE%3DFALSE&usg=AFQjCNF2zLroKvVIDFhaWga7dDKaaU7Upw&cad=rja.

⁷²⁰ G. J. STIGLER, « *The theory of Economic Regulation* », Bell Journal of Economics and Management Science, n°2, p. 3-21.

⁷²¹ S. PELTZMAN, « *George Stigler's contribution to the economic analysis of regulation* », Journal of Political Economy, Volume 101, n°5, 1993, p. 818-832.

contribuable »⁷²². La théorie de la capture repose sur l'idée d'après laquelle l'État constitue, en lui-même, « une ressource potentielle pour chaque industrie » dont l'action peut, à l'image d'une règle de droit, être détournée à son propre avantage⁷²³.

2°/ La théorie de la capture appliquée au secteur hospitalier :

Il est possible d'identifier, dans le cadre du secteur hospitalier, deux phénomènes de capture : d'une part, à travers l'usage avantageux des modes de tarification mis en place par le régulateur et, d'autre part, à travers la mise en place des GHT. Concernant, les modes de tarification on retient, suite à sa généralisation, l'usage inflationniste de la T2A⁷²⁴ dans la mesure où elle semble inciter les établissements à une maximisation des volumes⁷²⁵ – voire à l'accomplissement d'actes peu pertinents⁷²⁶ – dans le but d'obtenir, de la part du régulateur, d'avantage de financements ; à ce titre, l'usage de la règle est, ainsi, détourné au profit de l'opérateur privé qui regarde l'État comme une ressource dans la mesure où le coût des dépenses socialisées se répercute, *in fine*, sur le contribuable. Concernant la mise en place des GHT, on remarque que l'alignement de l'opérateur public renforce la concurrence sectorielle à travers la mise en place de stratégies justement « concurrentes » de celles mises en œuvre par l'opérateur privé ; ce dernier a, en effet, intérêt au développement de logiques plus concurrentielles dans la mesure où cette situation lui permet d'entretenir une stratégie de concentration et de spécialisation.

L'alignement stratégique de l'opérateur public peut être analysé à partir de la théorie de l'agence et traduire, dans une certaine mesure, une forme de capture du régulateur public ; en tout état de cause, cet alignement s'appuie sur une logique plus concurrentielle et impacte, à son tour, le comportement de l'opérateur privé.

II – L'essor d'une logique plus concurrentielle :

La recomposition de l'offre publique de soins peut être regardée comme un alignement stratégique – voir comme un phénomène de capture – de l'opérateur public ; ses effets impactent, à leur tour, le positionnement de l'opérateur privé (A) et traduisent, au demeurant, l'avènement d'une logique plus concurrentielle (B).

⁷²² B. DU MARAIS, « Crise... (op. cit.), p. 5.

⁷²³ G. J. STIGLER, « The theory... (op. cit.).

⁷²⁴ Voir notamment, IGAS, *L'hôpital...* (op. cit.), p. 55.

⁷²⁵ *Ibidem*, p. 58 et s.

⁷²⁶ *Ibidem*.

A – L'alignement de l'opérateur privé :

La restructuration du secteur privé impacte le comportement de l'opérateur et celui du régulateur public ; en retour, la mise en place des GHT impacte le comportement de l'opérateur privé qui modifie sa stratégie et s'aligne, à son tour, sur le comportement de l'opérateur public. Nous présenterons la réception du dispositif GHT au sein du secteur privé (1°) avant de présenter sa réplique à travers l'expérimentation de « GHT privés » (2°).

1°/ La réception du dispositif GHT au sein du secteur privé :

La mise en place du dispositif GHT suscite, au sein du secteur privé certaines appréhensions et certaines réactions ; on retient trois éléments : premièrement, le souci de préserver les coopérations public-privé existantes ; ainsi, le président de la Fédération Hospitalière Privée (FHP) affirme être attaché « *au principe d'une offre de soins équilibrée en réponse aux besoins de santé de la population. Cela passe par une coopération de tous. La réforme des GHT ne doit pas aboutir à une marginalisation des autres acteurs de soins* »⁷²⁷. À ce titre, la FHP préconise, notamment, « *une prise d'initiative dans le contact avec les GHT dans l'objectif de garantir la sécurisation des partenariats public-privé et la réponse adaptée aux besoins de santé dans les territoires* »⁷²⁸. Deuxièmement, la marginalisation du secteur privé et l'exclusion des CME du secteur privé lors de la mise en place des PMP⁷²⁹. Troisièmement, la nécessité d'adopter « *une attitude d'observation, lorsque la situation locale ne permet pas de distinguer ou de dégager une ligne d'action claire dans l'immédiat* »⁷³⁰. La réaction de l'opérateur privé oscille entre l'appréhension et l'observation ; cependant, le secteur organise, également, sa réaction à travers l'expérimentation de GHT privés.

2°/ L'expérimentation de GHT privés :

La FHP a, au-delà des préconisations faites aux acteurs locaux, annoncé dès 2015 l'expérimentation de GHT privés⁷³¹ ; elle précise, par ailleurs, que « *Ces expérimentations répondront à deux modèles différents : l'un sur le mode d'un réseau hospitalier de territoire privé, avec un parcours de soins organisé entre une ou plusieurs cliniques associées à des professionnels libéraux ; l'autre sur « un*

⁷²⁷ FHP, « *Mise en œuvre de GHT : l'hospitalisation privée sera attentive au respect des coopérations public-privé existantes* », Communiqué de presse, publié le 30 juin 2016.

⁷²⁸ *Ibidem*.

⁷²⁹ C. CORDIER, « *Les CME du secteur privé ne veulent pas être écartées des projets médicaux partagés des GHT* », Hospimédia, publié le 23 novembre 2015.

⁷³⁰ FHP, « *Mise... (op. cit.)*.

⁷³¹ C. CORDIER, « *La FHP présentera en février 2016 deux projets d'expérimentation de GHT privés* », Hospimédia, publié le 9 décembre 2015.

modèle plus intégré » de GHT associant des établissements privés, avec notamment pour conséquence une mise en commun de leurs projets médicaux d'établissement »⁷³². Le président de la FHP Bretagne estime, quant à lui, que « la structuration groupée des cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés »⁷³³ ; ceux-ci permettraient, en effet, de « faire face à la mise en place des futurs GHT publics » à propos desquels la FHP redoute qu'ils concentrent un grand nombre d'autorisations et de subventions au détriment du secteur privé⁷³⁴. Cette attitude d'alignement montre qu'il existe une interaction directe entre les stratégies à l'œuvre au sein du secteur public et au sein du secteur privé ; ces stratégies impactent la régulation du marché de la santé.

La mise en place des GHT entraîne un alignement de l'opérateur privé : celui-ci préconise plusieurs types de comportements et organise sa réplique à travers la mise en œuvre de GHT privés. Il convient, à présent, de mesurer l'impact des opérations de restructuration et de recomposition sur le marché de la santé.

B – L'impact des restructurations et des recompositions sur le marché de la santé :

L'impact des opérations de restructuration privées et des opérations de recomposition de l'offre publique de soins est perceptible à deux égards : premièrement, il participe à la concentration de l'offre sur le marché de la santé (1°) et interroge sur les orientations de la régulation publique en matière de santé (2°).

1°/ La concentration de l'offre sur le marché de la santé :

Le dispositif GHT constitue, pour certains, une coopération fonctionnelle imposée et, pour d'autre, une forme de fusion inavouée – à ce titre, le président de la FHF a souligné l'issue de la réforme qui devrait, selon lui, aboutir à « une fusion des établissements membres »⁷³⁵ ; au demeurant, la mise en place des GHT – dans la mesure où elle contribue à la recomposition territoriale de l'offre de soins – peut aboutir, à l'image des phénomènes constatés à propos des fusions hospitalières, à une concentration de l'offre ainsi qu'à un renforcement de la concurrence sectorielle⁷³⁶. Bien que leur mise en place soit à peine commencée, certains éléments témoignent d'une convergence limitée entre les secteurs ; en effet, le statut d'établissement partenaire ou associé permet de favoriser la

⁷³² *Ibidem.*

⁷³³ C. CORDIER, « La structuration groupée de cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés », Hospimédia, publié le 20 janvier 2016.

⁷³⁴ *Ibidem.*

⁷³⁵ T. QUÉGUINER, « La FHF propose d'inscrire « le fait régional » dans sa plateforme politique pour 2017 », Hospimédia, publié le 19 janvier 2016.

⁷³⁶ *Ibidem.*

convergence sectorielle, de dépasser la logique concurrentielle et d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins. Or, l'exemple des opérations de recomposition antérieures semble confirmer l'essor des logiques concurrentielles plutôt que partenariales : « *Les opérations de recomposition ne traversent en effet que très rarement les « frontières » statutaires* »⁷³⁷. Par ailleurs, les établissements privés ayant organisé leur restructuration – notamment grâce à une stratégie de spécialisation de l'offre – ont tout intérêt à entretenir une forme de concurrence dans la mesure où leur existence repose, justement, sur un meilleur rapport qualité/coût⁷³⁸.

2°/ Les nouvelles orientations de la régulation publique :

Nous avons présenté les différents modes de régulation ; en réalité, l'objet de la régulation varie en fonction du bien et du marché concerné : face à un bien banal et, sur un marché de concurrence pure, l'intervention économique du régulateur est limitée tandis que son action vise à assurer le respect des règles de droit ; face à un bien spécial et, sur un marché imparfait, le rôle économique du régulateur consiste à assurer la régulation des dépenses dans un but d'intérêt général, à équilibrer à cette même fin les dépenses et les recettes, à maîtriser les dépenses selon un usage plus efficient des ressources socialisées⁷³⁹. En contrepoint, l'avènement d'une logique concurrentielle⁷⁴⁰ – fondée sur l'attraction de parts de marché, caractérisée par des alignements stratégiques successifs et conjuguée à la déconcentration des politiques hospitalières – pourrait restreindre la compétence du régulateur et organiser, d'elle-même, la répartition territoriale de l'offre de soins ; de ce point de vue, la capture du régulateur serait achevée. Il importe, en raison de la spécificité du bien santé, de rappeler l'importance du régulateur⁷⁴¹ ; à ce titre, Didier Tabuteau remarque que : « *Les vertus de la concurrence sont indéniables pour la production de biens et services soumis aux lois d'un marché. Elles ne permettent pas de réguler des activités d'intérêt général, qui doivent bénéficier à l'ensemble de la population dans les conditions fixées par les autorités politiques* »⁷⁴².

⁷³⁷ DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « *10 ans... (op. cit.)*, p. 9.

⁷³⁸ Il est possible de citer, à ce titre, l'exemple de la structuration groupée de cliniques en Bretagne qui « *tiennent la corde avec des parts de marché proches de la moyenne nationale du secteur et s'illustrent par leur niveau de qualité avec presque vingt-quatre points de plus (88 %) que le score national (64 %) en termes d'établissements certifiés sans réserve par la Haute Autorité de Santé (HAS)* » dans C. CORDIER, « *La structuration groupée de cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés* », Hospimédia, publié le 20 janvier 2016.

⁷³⁹ D. TABUTEAU, *Démocratie...* (op. cit.), p. 199-200.

⁷⁴⁰ L'avènement d'une telle logique rejoint la notion de « dilution du service public » développée par Didier Tabuteau dans D. TABUTEAU, « *Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics* », *Droit Social*, 2011, p. 1277-1282 ; voir également, P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 191-192 : en matière de santé, le service public « *est progressivement relégué pour permettre la mise en place d'un marché qui serait seulement fondé sur un ordre marchand* ».

⁷⁴¹ D. TABUTEAU, « *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau* », RDSS, 2013, n° 1, p. 5 et s. ; J. E. STIGLITZ, « *Government Failure...* (op. cit.)

⁷⁴² D. TABUTEAU, *Démocratie...* (op. cit.), p. 135.

La mise en place de stratégies de groupes dans une optique plus concurrentielle s'exprime au sein du secteur privé et au sein du secteur public ; ces alignements successifs traduisent l'avènement d'une logique, potentiellement, plus concurrentielle. L'intervention du régulateur est susceptible de contrer les effets économiques liés à cet avènement ; de même, la dimension juridique de la régulation est susceptible de conserver la spécificité du SPH à travers la préservation de ses grandes dynamiques territoriales et la revalorisation de ses grands principes du service public.

Titre 2 : La préservation de l'ensemble des dynamiques territoriales et des grands principes du SPH :

La LMSS propose de « *refonder un service public hospitalier qui soit susceptible de répondre aux attentes des citoyens en matière d'accès à la santé* » ; cette ambition « *passer par une réaffirmation du service public hospitalier dans la loi* » et par le respect « *des obligations qui lui sont liées* »⁷⁴³ ; la réhabilitation du SPH⁷⁴⁴ constitue l'une des mesures les plus emblématiques de la LMSS dans la mesure où sa suppression, suite à la promulgation de la loi HPST⁷⁴⁵, avait été largement critiquée⁷⁴⁶. Dans son acception classique, le service public traduit, d'un même mouvement, la légitimité de l'État et les limites imposées à son propre pouvoir⁷⁴⁷ ; il repose sur un ensemble de principes⁷⁴⁸ notamment constitués de *l'égalité, la continuité et la mutabilité*⁷⁴⁹. Le SPH est soumis au respect de telles obligations⁷⁵⁰ qui contribuent, plus largement, à la réalisation de MSP ; par voie d'extension, la mise en place des GHT permet d'objectiver ces grands principes. Nous souhaiterions proposer, d'une part, une analyse *juridique* du dispositif GHT dans la mesure où celui-ci préserve et revalorise les grands principes du SPH (Chapitre 1) et, d'autre part, une analyse *comparative* susceptible de fournir quelques enseignements sur les regroupements hospitaliers (Chapitre 2).

Chapitre 1 : La préservation et la revalorisation des grands principes du SPH :

Pour Pierre-Henri Bréchat, l'égal accès aux soins « *nécessite une adaptation territoriale du service public en fonction des besoins de la population et des particularités du territoire qui satisfasse aussi les principes de fonctionnement du service public d'adaptation et de continuité* »⁷⁵¹. Ces nécessités ont été, successivement, prises en compte à travers la définition du service public territorial de santé (SPTS)⁷⁵² et la réhabilitation du SPH, puis, elles sont mises en œuvre à travers la création des GHT : la territorialisation des groupements tend, d'une part, à préserver les principes d'égalité et de solidarité (Section 1) et à revaloriser, d'autre part, les principes de continuité et de mutabilité (Section 2).

⁷⁴³ Texte n°2302 de Mme Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014.

⁷⁴⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 99.

⁷⁴⁵ Voir notamment : B. DEVICTOR, *Le service public territorial de santé (SPTS) le service public hospitalier (SPH) – Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Ministère de la Santé, mars 2014.

⁷⁴⁶ Voir : E. COUTY, « *Un service public rénové ouvert sur son territoire* » dans A. LAUDE et D. TABUTEAU (dir.), *La loi...* (op. cit.), p. 362 et s. ; C. BERGOIGNAN-ESPER et M. DUPONT, *Droit...* (op. cit.), p. 238.

⁷⁴⁷ Notamment : L. ROLLAND, *Précis de droit administratif*, Dalloz, 1938, 652 p.

⁷⁴⁸ Ces principes sont désignés sous le nom de « lois de Rolland » ; voir sur ce point : P.-L. FRIER, J. PETIT, *Droit administratif*, Montchrestion, Lextenso, 2012, p. 263 et s.

⁷⁴⁹ *Ibidem*, p. 263 : Ces principes « *constituent le cœur du système, l'armature du service public, sa légitimité même* » et « *imposent à l'administration qu'elle réponde effectivement aux besoins collectifs* ».

⁷⁵⁰ CE, Section, 21 février 1936, *SA Les Armateurs français*.

⁷⁵¹ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 17.

⁷⁵² Voir : B. DEVICTOR, *Le service...* (op. cit.).

Section 1 : La préservation des principes d'égalité et de solidarité au sein du SPH :

Le principe d'égalité constitue la « pierre angulaire de l'idéologie juridique du service public »⁷⁵³ et régit son fonctionnement⁷⁵⁴ ; il permet de justifier « l'existence d'un droit d'accès au service public pour tous, l'égalité d'accès au service public, ainsi que l'égalité des usagers dans les services publics » de sorte que « les usagers qui remplissent les mêmes conditions ont droit aux mêmes prestations »⁷⁵⁵. En outre, l'essor des inégalités territoriales de santé interroge le respect du principe de solidarité dans le cadre d'un service public majoritairement abondé par l'impôt. La mise en place des GHT permet de d'observer, successivement, la préservation du principe d'égalité d'accès aux soins (I) et la préservation du principe de solidarité (II).

I – La préservation du principe d'égalité au sein du SPH :

La préservation du principe d'égalité constitue, à la fois, une exigence dans le cadre de la réhabilitation du SPH et une nécessité face à l'accroissement des inégalités de santé ; il convient, ainsi, de présenter le principe d'égalité en tant que fondement du service public (A) ; puis, de présenter le principe d'égalité d'accès aux soins en tant que fondement du SPH (B).

A – Le principe d'égalité comme fondement du service public :

Le principe d'égalité constitue le fondement du service public et assure, à raison d'une même situation⁷⁵⁶, le traitement identique de chaque citoyen⁷⁵⁷. Il convient de définir le principe d'égalité au sein du service public (1°), puis, le principe d'égal accès aux soins au sein du SPH (2°).

1°/ Le principe d'égalité au sein du service public :

Le principe d'égalité procède de l'article 1⁷⁵⁸ et de l'article 6⁷⁵⁹ de la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* (DDHC) ; il constitue un principe à valeur constitutionnelle⁷⁶⁰ et, dans le

⁷⁵³ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 16.

⁷⁵⁴ CE, Section, 9 mars 1951, *Sté concerts du conservatoire* (n° 92004).

⁷⁵⁵ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 16-17.

⁷⁵⁶ CE, 20 novembre 1964, *Ville de Nanterre* (n°57435) ; P.-L. FRIER, J. PETIT, *Droit administratif*, Montchrestion, Lextenso, 2012, p. 266.

⁷⁵⁷ R. PELLET, « L'égalité et « l'accroissement du reste à charge » », RDSS, 2013, n° 1, p. 38 et s.

⁷⁵⁸ DDHC, 1789, article 1 : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune ».

⁷⁵⁹ DDHC, 1789, article 6 : « La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes les dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et dans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents ».

⁷⁶⁰ CC, DC, 18 septembre 1986, n°86-217 : « les principes fondamentaux du service public et notamment de principe

cadre du service public, un principe général du droit⁷⁶¹ relatif à l'égalité devant la loi⁷⁶², à l'égalité d'accès au service public⁷⁶³ ainsi qu'à l'égalité d'accès aux charges et aux emplois publics⁷⁶⁴. On distingue, en réalité, deux conceptions de l'égalité⁷⁶⁵ : d'une part, une égalité *formelle* et, d'autre part, une égalité *matérielle*. L'égalité formelle, fondée sur les textes, illustre une « *volonté politique* »⁷⁶⁶ et ne reconnaît de distinction entre les individus qu'à partir d'une différence de situations ; en contrepoint, l'égalité matérielle – regardée par certain comme une dénaturation⁷⁶⁷ et, par d'autres, comme un progrès⁷⁶⁸ – se rapproche du concept d'équité dans la mesure où elle favorise la distinction entre les individus en raison, justement, de leurs différences⁷⁶⁹. Le principe d'égalité est un principe structurant au sein du service public ; ses déclinaisons sont nombreuses et s'expriment, en matière de santé, à travers le principe d'égal accès aux soins.

2°/ Le principe d'égal accès aux soins :

Le principe d'égal accès aux soins procède d'une combinaison entre la protection constitutionnelle de la santé⁷⁷⁰ et l'application du principe d'égalité au sein du SPH⁷⁷¹. Ce principe impose « *de garantir l'égal accès de tous aux soins dispensés et, partant, interdit toute discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins* »⁷⁷². Il s'exprime, notamment, sur le plan de l'accessibilité financière et sur le plan de l'accessibilité géographique⁷⁷³ et vise, en ce sens, une forme d'équité relative aux dépenses de santé et une certaine proximité dans le cadre de la répartition de l'offre de soins. Le principe d'égal accès aux soins peut être regardé comme une déclinaison du principe d'égalité et comme un corolaire au principe de continuité du service public⁷⁷⁴. Il constitue un enjeu de politique publique à l'échelle européenne⁷⁷⁵ et à l'échelle interne⁷⁷⁶ dont la réalité peut être appréciée à l'échelle territoriale.

d'égalité ».

⁷⁶¹ Voir notamment : P.-L. FRIER, J. PETIT, *Droit...* (op. cit.), p. 109 et s.

⁷⁶² CE, Ass., 22 janvier 1982, *Ah Won et Butin*.

⁷⁶³ CE, 9 mars 1951, *Société des concerts du conservatoire* (n° 92004).

⁷⁶⁴ CE, Ass., 28 mai 1954, *Barel et autres* (n° 28238, 28493, 28524, 30237, 30256).

⁷⁶⁵ P. ROSANVALLON, *La société des égaux*, Les livres du nouveau monde, Seuil, Paris, 2011.

⁷⁶⁶ N. BELLOUBET-FRIER, « *Le principe d'égalité* », AJDA, 1998, p. 152 et s.

⁷⁶⁷ *Ibidem*.

⁷⁶⁸ À travers, notamment, la promotion de l'égalité des chances.

⁷⁶⁹ M. BORGETTO, « *Équité, égalité des chances et politiques de lutte contre les exclusions* », Droit Social, 1999, p. 221 et s.

⁷⁷⁰ M. BORGETTO, « *La santé dans l'histoire constitutionnelle française* », RDSS, 2013, n° HS, p. 9 et s.

⁷⁷¹ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 17.

⁷⁷² C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit...* (op. cit.), p. 264.

⁷⁷³ B. DEVICTOR, *Le service...* (op. cit.), p. 18-20.

⁷⁷⁴ M.-L. MOQUET-ANGER, « *La continuité et l'accès aux services de santé* », RDSS, 2013, p. 21 et s.

⁷⁷⁵ J.-P. MARKUS, « *Le Conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins* », RDSS, 2014, n° 1, p. 63 et s.

⁷⁷⁶ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.).

Le principe d'égalité, de même que le principe d'égal accès aux soins, constitue l'un des fondements du SPH ; il constitue, sous un angle opérationnel, l'un des fondements du SPTS et se trouve revalorisé à travers la mise en place des GHT.

B – L'égalité d'accès aux soins comme fondement du SPH :

L'égalité d'accès aux soins constitue le fondement du SPH ; de même, le SPTS vise à développer une approche « *territoriale et populationnelle de l'offre de santé* »⁷⁷⁷ reposant, notamment, sur le principe d'égal accès aux soins. La prise en compte de ce principe semble être une nécessité face aux inégalités territoriales de santé (1°) et son existence est préservée à travers la mise en place des GHT (2°).

1°/ Les inégalités territoriales de santé :

L'application du principe d'égal accès aux soins conduit « *à garantir, sur un territoire donné, l'accès de tous, sans discrimination, à une offre de soins hospitalière, financièrement et géographiquement accessible* »⁷⁷⁸. En contrepoint, les inégalités de santé s'aggravent à l'échelle des territoires en raison, notamment, d'un facteur financier et d'un facteur géographique⁷⁷⁹. Concernant les inégalités financières, on retient : le manque de coordination entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier⁷⁸⁰, l'essor du phénomène de renoncement aux soins⁷⁸¹ de même que l'inégalité d'accès à la prévention en matière de santé⁷⁸². Concernant les inégalités géographiques, on retient : l'hétérogénéité de la couverture territoriale⁷⁸³ qui recouvre, à la fois, la problématique des déserts médicaux et celle de la démographie médicale. La réhabilitation du SPH, conjuguée à la mise en place des GHT, vise justement à résoudre ces inégalités et à préserver les grandes dynamiques territoriales.

⁷⁷⁷ B. DEVICTOR, *Le service...* (op. cit.).

⁷⁷⁸ *Ibidem*, p. 48.

⁷⁷⁹ Critères retenus dans B. DEVICTOR, *Le service...* (op. cit.) ; cependant, Pierre-Henri Bréchat relève vingt-et-une causes d'inégalités d'accès aux soins dans P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 206.

⁷⁸⁰ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 114 : « *Le cadre de l'activité de la médecine libérale laisse une place de plus en plus importante à la logique économique* ».

⁷⁸¹ *Ibidem*, p. 173 et s.

⁷⁸² *Ibidem*, p. 140 et s.

⁷⁸³ INSTITUT MONTAIGNE, *Réanimer le système de santé – Propositions pour 2017*, Rapport, juin 2016, p. 14.

2°/ La préservation des dynamiques territoriales :

La LMSS vise « à promouvoir les soins primaires et à favoriser la structuration des parcours de santé »⁷⁸⁴ ; en parallèle, la réhabilitation du SPH préserve le principe d'égalité tandis que la mise en place des GHT le revalorise à travers la recomposition territoriale de l'offre de soins⁷⁸⁵. À l'heure de leur mise en place, deux éléments laissent à penser que les GHT préserveront – voir même revaloriseront – le principe d'égalité au sein du SPH : premièrement, la teneur du texte de loi qui semble avoir pris la mesure des inégalités territoriales et propose, notamment à travers la définition de la politique nationale de santé⁷⁸⁶, la définition d'un continuum de prise en charge et la territorialisation des politiques de santé publique ; deuxièmement, la nature du dispositif GHT dont la mise en place repose sur un diagnostic territorial identifiant les insuffisances et les redondances locales. Il est permis, en tout état de cause, de penser que la LMSS préserve le principe d'égalité d'accès aux soins et le revalorise dans la perspective d'un SPH territorialisé.

La préservation du principe d'égalité constitue une exigence dans le cadre du SPH ; cette exigence doit être, plus largement, conjuguée à la préservation du principe de solidarité en matière d'accès aux soins.

II – La préservation du principe de solidarité :

Pour Pierre-Henri Bréchat, l'accroissement des inégalités territoriales contribue à la dissolution des grands principes républicains⁷⁸⁷ au rang desquels se trouvent la solidarité et la fraternité⁷⁸⁸. Nous aimerions montrer, à l'image du principe d'égalité, que le principe de solidarité constitue l'un des fondements du SPH (A) et que sa prise en compte est susceptible de modifier la conception de l'offre publique de soins (B).

A – Le principe de solidarité comme fondement du service public :

Pour Didier Tabuteau, « La santé est dans les sociétés modernes au cœur du pacte social et même sans doute du pacte politique »⁷⁸⁹ ; de même, le principe de solidarité – ou de fraternité⁷⁹⁰ –

⁷⁸⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 64.

⁷⁸⁵ Article L. 6132-1-II CSP.

⁷⁸⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 1.

⁷⁸⁷ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 205 s.

⁷⁸⁸ *Ibidem*.

⁷⁸⁹ D. TABUTEAU, *Démocratie...* (op. cit.), p. 251.

⁷⁹⁰ M. BORGETTO, *La notion de fraternité en droit public français, Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*, Paris, LGDJ, 1993, 689 p. ; M. BORGETTO, *La devise « Liberté, Égalité, Fraternité »*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 1997, 128 p.

constitue l'un des fondements du droit public⁷⁹¹. Il convient de relever l'importance du principe de solidarité nationale (1°) avant de définir sa place au sein du système de santé (2°).

1°/ Le principe de solidarité nationale :

Le principe de solidarité est consubstantiel à l'élaboration du pacte républicain⁷⁹² ; il traduit, dans le droit positif, la notion de fraternité qui occupe, au sein de la devise nationale, une place singulière⁷⁹³ : ainsi, « Tandis que la liberté et l'égalité s'adressent aux individus, la fraternité vise au contraire les liens qui les unissent »⁷⁹⁴ ; de même, la fraternité doit être regardée comme un principe démocratique dont la vocation consiste, en amont du droit⁷⁹⁵, à orienter le comportement du législateur⁷⁹⁶. La fraternité s'exprime, dans le droit, à travers le principe de solidarité et inspire le concept de citoyenneté sociale qui « unit tous ceux qui contribuent à la solidarité nationale par leurs impôts et cotisations et en bénéficient en tant qu'assurés sociaux et usagers des services publics »⁷⁹⁷ ; de même, le premier article du Code de la Sécurité Sociale évoque le principe de « solidarité nationale » dont l'expression se manifeste nettement à travers la mise en place d'un système de dépense et de prise en charge socialisé⁷⁹⁸ au sein du système de santé⁷⁹⁹.

2°/ Le principe de solidarité en matière de santé :

« Avec près de 6 milliards d'euros de déficit en 2015, les comptes de l'Assurance maladie pèsent largement sur l'équilibre de la Sécurité sociale. D'après les données OCDE, sur longue période, la part des dépenses totales de santé dans le PIB a plus que doublé, passant de 5,6 % du PIC en 1970 à 9 % en 2000 et près de 12 % aujourd'hui, soit 240 milliards d'euros par an, faisant de la France l'un des pays au système de santé le plus cher au monde. Ce déficit mine le système de santé et constitue à terme une menace pour son maintien »⁸⁰⁰. L'ampleur des dépenses socialisées révèle aussi l'importance du principe de solidarité nationale ; de même, la création d'une fonction publique dédiée au secteur hospitalier public (la FPH) montre que le principe de solidarité se trouve au fondement du SPH.

⁷⁹¹ F. TERRÉ, « Michel BORGETTO, *La notion de fraternité en droit public français, Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*, préface de Philippe Ardant, Paris, LGDJ, 1993, 689 p. », Comptes Rendus, Archives de la Philosophie du Droit, 1994, p. 480-482.

⁷⁹² A. SUPIOT (dir.), *La Solidarité – Enquête sur un principe juridique*, Collection Collège de France, Odile Jacob, Paris, mars 2015, p. 8.

⁷⁹³ Voir notamment : M. BORGETTO, *La devise... (op. cit.)..*

⁷⁹⁴ A. SUPIOT, « *La fraternité et la loi* », *Droit social*, 1990, p. 118 et s.

⁷⁹⁵ Voir notamment : R. DEBRAY, *Le moment fraternité*, NRF, Gallimard, 2009.

⁷⁹⁶ M. BORGETTO, *La notion... (op. cit.)..*

⁷⁹⁷ A. SUPIOT (dir.), *La Solidarité... (op. cit.)*, p. 15.

⁷⁹⁸ Voir notamment : J. DAMON, B. FERRAS, *La Sécurité sociale*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2015.

⁷⁹⁹ D. TABUTEAU, *Démocratie... (op. cit.)*, p. 251.

⁸⁰⁰ INSTITUT MONTAIGNE, *Réanimer... (op. cit.)*, p. 7-8.

Le principe de solidarité est aux fondements du service public ; il s'exprime, largement, en matière de solidarité nationale et en matière de santé. À l'image du principe d'égalité, ce principe mérite d'être préservé et revalorisé à travers la mise en place des GHT.

B – Le principe de solidarité et l'offre de soins publique :

La prise en compte du principe de solidarité est susceptible de modifier la conception de l'offre de soins dans la mesure où il s'inscrit en contrepoint des inégalités de santé (1°) et permet de définir une perspective en matière de régulation publique (2°).

1°/ La solidarité en contrepoint de l'inégalité :

Pour Pierre-Henri Bréchat, l'accroissement des inégalités d'accès aux soins contribue à dévaluer le principe de solidarité⁸⁰¹ ; cette dévaluation s'exprime de manière intergénérationnelle (en terme d'état de santé et de paupérisation) et infrarégionale (répartition de l'offre de soins et démographie médicale)⁸⁰². En outre, la concurrence sectorielle contribue à « banaliser » le bien santé là où la solidarité nationale avait su reconnaître sa spécificité ; l'option réside, ainsi, entre un système plus concurrentiel – et potentiellement générateur de plus d'inégalités – et un système plus solidaire fondée, d'une part, sur la spécificité du bien santé et, d'autre part, sur une régulation plus interventionniste⁸⁰³.

2°/ La solidarité comme vecteur de la régulation :

Le principe de solidarité est susceptible d'objectiver la régulation publique ; ainsi, en matière juridique, la réhabilitation du SPH, de même que la mise en place des GHT, contribue à la recomposition de l'offre publique de soin et place l'opérateur privé en situation de « partenaire ». Pour autant, le risque réside dans la cristallisation d'une logique concurrentielle qui favoriserait – au gré d'un phénomène de capture – le positionnement de l'opérateur privé ; de ce point de vue, la préservation du principe de solidarité, à travers la réhabilitation du SPH, participe à sa revalorisation. Dans le même ordre d'idée, la spécificité du bien santé mérite – dans la mesure où les dépenses de santé sont socialisées – d'être préservée ; c'est donc sous l'angle du principe de

⁸⁰¹ P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 212 : « Le principe de fraternité peut être examiné au prisme de la déshumanisation ».

⁸⁰² *Ibidem*.

⁸⁰³ Voir notamment : P.-H. BRÉCHAT, *Territoires...* (op. cit.), p. 305-327 : sur la renationalisation du système de santé.

solidarité que s'exprime, en matière économique, la nécessité de préserver la santé du libre jeu de la concurrence⁸⁰⁴.

Le principe d'égalité et le principe de solidarité se situent aux fondements du service public ; la réhabilitation du SPH préserve l'application de ces principes au sein du secteur hospitalier tandis que la mise en place des GHT tend, sous réserve de son usage local – à les revaloriser. Il en va de même des principes de continuité et de mutabilité.

⁸⁰⁴ Sur les différentes vocations de la régulation concernant, notamment, la préservation de l'intérêt général : J. E. STIGLITZ, « *Government...* (*op. cit.*).

Section 2 : La revalorisation des principes de continuité et de mutabilité au sein du SPH :

La territorialisation des politiques de santé vise à organiser « *des réponses territoriales où chacun, selon ses contraintes d'exercice, peut trouver sa place et développer, sur tout le territoire, une logique de qualité permettant de répondre à l'adaptation permanente de l'organisation en fonction des savoirs actualisés sur les « meilleurs » soins en tenant compte des contraintes budgétaires pesant sur le système de santé* »⁸⁰⁵. La continuité et l'adaptation se trouvent, ainsi, au cœur des politiques de territorialisation ; de même, la mise en place des GHT contribue à la revalorisation de ces principes dans la mesure où elle s'efforce d'organiser, à l'échelle territoriale, un continuum de prise en charge (I) et de favoriser, à l'échelle du système hospitalier, l'émergence de groupements plus efficaces (II).

I – La revalorisation du principe de continuité :

La mise en place des GHT revalorise le principe de continuité du service public puisqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une stratégie nationale de santé aux ambitions transversales. Il convient de montrer que le principe de continuité se trouve aux fondements du SPH (A) et de montrer que ce principe est largement revalorisé à travers la mise en place des GHT (B).

A – Le principe de continuité comme fondement du service public :

Le principe de continuité fonde la légitimité du service public et prend une dimension particulière dans le cadre du SPH dans la mesure où une action discontinue ne permettrait pas de fournir un égal accès aux soins ; il convient, ainsi, de définir le principe de continuité au sein du service public (1°) et au sein du SPH (2°).

1°/ Le principe de continuité du service public :

En droit administratif, le principe de continuité suppose le fait que les administrés « *sont en droit d'obtenir, en toutes circonstances, voire en tout lieu, les prestations nécessaires du service public* »⁸⁰⁶ ; il constitue, à certains égards, « *l'essence même du service public* »⁸⁰⁷ dans la mesure où il affirme la permanence de l'État. Sur le plan juridique, le principe de continuité est un principe

⁸⁰⁵ M.-C. HARDY-BAYLÉ citée dans B. DEVICTOR, *Le service...* (op. cit.), p. 20.

⁸⁰⁶ P.-L. FRIER, J. PETIT, *Droit...* (op. cit.), p. 267.

⁸⁰⁷ CE, 7 août 1909, *Winkell* (n°37317) ; de même, CE, Ass., 7 juillet 1950, *Dehaene* (n°01645).

à valeur constitutionnelle⁸⁰⁸ ; il a, également, été considéré comme un principe général du droit⁸⁰⁹ avant d'être qualifié de « *principe fondamental* »⁸¹⁰. Par ailleurs, le principe de continuité constitue une obligation du service public reconnue à l'échelle communautaire⁸¹¹.

2°/ Le principe de continuité dans le cadre du SPH :

Le principe de continuité revêt une dimension particulière dans le cadre du SPH ; en effet, « *Loin d'être théorique (peu d'autres services publics sont soumis de façon aussi stricte à cette obligation, qui induit la disponibilité constante de lits ou d'équipements non utilisés, par exemple...), ce principe implique le respect de contraintes rigoureuses en termes d'organisation et de fonctionnement, ceci de jour, de nuit et en urgence et l'organisation de gardes et d'astreintes ; il fonde également les restrictions apportées à l'exercice du droit de grève par les personnels des établissements publics de santé en leur imposant le respect d'un service minimum* »⁸¹² ; ainsi, à propos du SPH, les textes prévoient la mise en œuvre d'un service minimum relatif à la continuité des soins⁸¹³ et à l'administration des soins urgents⁸¹⁴. Le principe de continuité constitue, également, une obligation à charge des professionnels de santé inscrite dans le CSP⁸¹⁵.

Le principe de continuité assoit la légitimité de l'État dans le cadre du service public ; il constitue, également, une nécessité dans le cadre du SPH. Au regard des exigences relatives à la continuité et à la permanence des soins, la mise en place des GHT tend à revaloriser ce principe.

B – La revalorisation du principe de continuité à travers la mise en place des GHT :

La mise en place des GHT « *a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient* »⁸¹⁶ ; ainsi, le GHT revalorise le principe de continuité du SPH en favorisant la permanence des soins (1°) de même que la couverture territoriale (2°).

⁸⁰⁸ CC, DC, 25 juillet 1979 (n°79-105 DC).

⁸⁰⁹ CE, Sect., 30 mars 1979, *Secrétaire d'État des Universités* (n°09369 et 09413).

⁸¹⁰ CE, 13 juin 1980, *Bonjean* (n°17995).

⁸¹¹ CJCE, 13 mai 1993, *P. Corbeau* (affaire C-320/91).

⁸¹² C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit...* (op. cit.), p. 264-265.

⁸¹³ Article L. 6112-2-4° CSP.

⁸¹⁴ Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

⁸¹⁵ Article R. 4127-47 CSP.

⁸¹⁶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 107 ; codifié à l'article L. 6132-1-II CSP.

1°/ La permanence des soins :

La permanence des soins « *peut prendre des formes diverses puisque celle-ci peut se traduire, en fonction des compétences des établissements, par une obligation d'accueil, voire de réorientation du patient vers l'établissement de plus proche apte à dispenser les soins requis* »⁸¹⁷ par conséquent : « *Assurer la coordination entre établissements est donc nécessaire pour garantir la continuité du service public* »⁸¹⁸. La permanence des soins, de même que la permanence de l'offre de soins, constitue une déclinaison du principe de continuité et une priorité en matière de santé publique ; elle est une obligation à charge de l'État dont la portée peut être débattue : ainsi, Marie-Laure Moquet-Anger évoque l'hypothèse de redoubler cette obligation de moyens d'une obligation de résultat au regard de ses implications et de ses conséquences⁸¹⁹. Dans le cadre de la territorialisation des politiques de santé, la permanence des soins s'articule avec la réduction des délais d'attente et le souci de l'accessibilité aux soins dont la mesure doit être prise en compte lors de la rédaction du PMP au sein de chaque GHT⁸²⁰.

2°/ La couverture territoriale :

L'exposé des motifs de la LMSS précise que l'accès aux soins pose « *la question de la proximité, de la permanence des soins et de la répartition territoriale non seulement des services de soins et médicosociaux mais également de tous les dispositifs de prévention et de promotion de la santé* »⁸²¹ ; en d'autres termes, la LMSS retient une approche globale de la prise en charge sanitaire et matérialise cette option à travers la mise en place des GHT puisque : « *Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré* »⁸²². De même, le PMP définit les objectifs médicaux⁸²³, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée⁸²⁴, les activités de prise en charge médico-sociale⁸²⁵, les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes⁸²⁶. Plus largement, le PMP doit être en conformité avec la politique de santé qui accorde une place importante à la

⁸¹⁷ B. DEVICTOR, *Le service...* (op. cit.), p. 49.

⁸¹⁸ *Ibidem*.

⁸¹⁹ M.-L. MOQUET-ANGER, « *La continuité et l'accès aux services de santé* », RDSS, 2013, p. 21 et s.

⁸²⁰ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 1 codifié à l'article R. 6132-3-I-4°-a CSP : Le PMP comprend notamment « *La permanence et la continuité des soins* ».

⁸²¹ Texte n°2302 de Mme Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014.

⁸²² Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 1 codifié à l'article R. 6132-5 CSP.

⁸²³ *Ibidem*, Article 1 codifié à l'article R. 6132-3-I-1° CSP.

⁸²⁴ *Ibidem*, Article 1 codifié à l'article R. 6132-3-I-3° CSP.

⁸²⁵ *Ibidem*, Article 1 codifié à l'article R. 6132-3-I-8° CSP.

⁸²⁶ *Ibidem*, Article 1 codifié à l'article R. 6132-3-I-4°-a CSP.

prévention⁸²⁷ et contribue, de ce fait, à faire du GHT le vecteur nécessaire à la définition d'un continuum de prise en charge.

Le principe de continuité apparaît essentiel au sein du SPH ; ce principe est revalorisé tant par la politique de santé (un continuum de prise en charge fondé, notamment, sur la prévention sanitaire et sur la prise en charge sociale) que par la mise en place des GHT. Il en est de même du principe de mutabilité.

II – La revalorisation du principe de mutabilité :

La mise en place des GHT constitue, en elle-même, une expression du principe de mutabilité. Ce principe constitue l'un des éléments les plus saillants du service public (A) et se retrouve matérialisé à travers la mise en place des GHT (B).

A – Le principe de mutabilité comme fondement du service public :

Nous avons vu que l'offre de soins faisait, de même que les politiques de santé, l'objet d'une recomposition perpétuelle⁸²⁸ ; de ce point de vue, le principe de mutabilité prend, dans le cadre du SPH, une importance particulière. Il convient de définir le principe de mutabilité au sein du service public (1°) et au sein du SPH (2°).

1°/ Le principe de mutabilité du service public :

En droit administratif, le principe de mutabilité revêt deux dimensions⁸²⁹ : d'une part, une *possibilité* d'adaptation du service et, d'autre part, une *obligation* d'adaptation du service. La possibilité d'adaptation du service concerne l'évolution des circonstances et des nécessités associées à la prise en compte de l'intérêt général ; cette possibilité « *permet à l'administration de toujours faire évoluer les modes d'organisation et le champ d'intervention d'un service public* »⁸³⁰. L'obligation d'adaptation impose à l'administration, en raison de changements de circonstances, de « *prendre les mesures d'adaptation nécessaires, tout en disposant évidemment pour ce faire d'une importante marge de manœuvre dans le choix des moyens* »⁸³¹. Ce principe, bien que qu'il n'ait pas été

⁸²⁷ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 1-II-2° codifié à l'article L. 1411-1-3° CSP.

⁸²⁸ G. M. HODGSON, « *An institutional...* (op. cit.), p. 248.

⁸²⁹ P.-L. FRIER, J. PETIT, *Droit...* (op. cit.), p. 271.

⁸³⁰ *Ibidem*.

⁸³¹ *Ibidem*.

expressément reconnu sur le plan du droit positif, procède d'une vision solidariste du service public⁸³² et implique le droit au fonctionnement normal des services⁸³³.

2°/ Le principe de mutabilité au sein du SPH :

À l'image du principe de continuité, le principe de mutabilité revêt une dimension particulière dans le cadre du SPH ; en effet, ce principe impose aux services publics de « *s'adapter constamment aux besoins et aux circonstances en procédant aux réorganisations ou aux mutations qui s'imposent pour satisfaire en permanence les demandes des usagers et l'intérêt général* »⁸³⁴. En contrepoint, nous avons observé que l'offre de soins faisait l'objet d'une recomposition perpétuelle en raison, notamment, de la variabilité des déterminants de santé, de l'évolution des besoins, de l'adaptation consécutive de l'offre de soins et de l'efficacité des systèmes de santé – contrainte dans l'absolu car soumise à un optimum en perpétuelle redéfinition⁸³⁵. De ce point de vue, en effet, l'évolution historique ainsi que leur adaptation continue sur le plan juridique et économique constituent une expression du principe de mutabilité dans le cadre du SPH.

Le principe de mutabilité constitue l'un des fondements du SPH ; sa mise en œuvre repose, au-delà de l'application d'un principe, sur une nécessité de fait au regard de l'évolution des besoins de santé. Par conséquent, la mise en place des GHT revalorise – dans la mesure où elle contribue à améliorer l'efficacité des services – le principe de mutabilité au sein du SPH.

B – La revalorisation du principe de mutabilité à travers la mise en place des GHT :

La mise en place des GHT tend à favoriser l'efficacité du système hospitalier tout en l'adaptant à un ensemble de contraintes ; de ce point de vue, la mise en place des GHT matérialise le principe de mutabilité à travers la recomposition territoriale de l'offre de soins (1°) et le revalorise à travers la mise en place des GHT (2°).

1°/ Le principe de mutabilité et la recomposition de l'offre de soins :

Pour Marc Dupont, les transformations à l'œuvre au sein de l'hôpital public peuvent être analysées sous l'angle du principe de mutabilité⁸³⁶ ; en effet, les « mutations » de l'hôpital public peuvent être

⁸³² G. JÈZE, *Les principes généraux du droit administratif, Vol. II – La notion de service public*, réédition, Dalloz, 2004.

⁸³³ CE, 25 juin 1969, *Vincent* (N°69449).

⁸³⁴ C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit...* (*op. cit.*), p. 265.

⁸³⁵ G. M. HODGSON, « *An institutional...* (*op. cit.*) ».

⁸³⁶ M. DUPONT, « *La mutabilité et les restructurations hospitalières* », RDSS, 2013, n° 1, p. 31 et s.

regardées comme autant d'adaptation à un système soumis à de multiples contraintes. On relève six éléments⁸³⁷ : premièrement, la transformation des modes de financement et de tarification (notamment, la généralisation de la T2A) ; deuxièmement, la réforme de la gouvernance et l'efficacité du management ; troisièmement, l'essor des normes de sécurité et de qualité en matière sanitaire ; quatrièmement, la diffusion des bonnes pratiques professionnelles ; cinquièmement, la contrainte démographique (médicale et territoriale) ; sixièmement, la modernisation des pratiques médicales et la réponse aux besoins exprimés par les usagers. Il convient, par ailleurs, d'ajouter les effets de la concurrence sectorielle et les exigences de la régulation publique qui contribuent à maintenir l'équilibre du marché dans un but d'intérêt général⁸³⁸.

2°/ Le principe de mutabilité et la mise en place des GHT :

La mise en place des GHT s'inscrit dans le cadre d'une recomposition de l'offre de soins à la fois perpétuelle et nécessaire ; elle contribue, de deux manières, à la mutabilité du SPH : d'une part, par son existence même puisqu'elle incarne une adaptation nécessaire de l'hôpital public face à un environnement changeant tant du côté de la demande (les usagers du service public) que du côté de l'offre (la restructuration, d'ores et déjà, réalisée au sein du secteur privé) ; d'autre part, par son utilité puisqu'elle constitue la dernière déclinaison de la politique de santé et adapte, par conséquent, son contenu aux spécificités de chaque territoire. De même, le dispositif GHT revalorise le principe de mutabilité lorsqu'il définit, au travers du PMP, le continuum de prise en charge et coordonne les actions de prévention et de prise en charge médico-sociale. La vocation du dispositif est donc celle de l'adaptation face à des besoins changeants et dans le cadre d'un environnement contraint.

Les principes de continuité et de mutabilité du service public fondent la légitimité de l'action publique : d'une part, parce que le principe de continuité permet à tout citoyen de bénéficier, sans interruption, des prestations et des droits normalement prévus dans le cadre du service public ; d'autre part, parce que le principe de mutabilité justifie l'adaptation du service public à de nouvelles nécessités d'ordre économique ou social. L'analyse juridique permet de montrer que l'ensemble de ces principes, associés aux principes d'égalité et de solidarité, sont préservés grâce à la réhabilitation du SPH et tendent, même, à être revalorisés à travers la mise en place des GHT. Il convient, à présent, de proposer une analyse *comparative* susceptible de justifier l'origine des groupements hospitaliers mais, également, de révéler leurs probables orientations.

⁸³⁷ *Ibidem.*

⁸³⁸ J. E. STIGLITZ, « *Government...* (op. cit.).

Chapitre 2 : L'optimisation et l'intégration des services :

« Le Canada n'a pas de système intégré. Le Canada possède une série de parties déconnectées, une industrie de la santé constituée d'un patchwork pêle-mêle d'hôpitaux, de cabinets de médecin, de cabinets groupés, d'organismes communautaires, d'organismes du secteur privé, de services de santé publique et ainsi de suite... La liste de problèmes est longue : des soins non coordonnés, une sous-utilisation des intervenants non médicaux, des méthodes de paiement par le fournisseur offrant des incitatifs financiers pervers, l'accent sur le traitement de la maladie, des variations inexplicables de l'utilisation des services, une mauvaise répartition géographique des praticiens, une faible utilisation des renseignements et de la technologie de l'information, des temps d'attente et d'autres problèmes d'accès, le retard de la diffusion de la technologie éprouvée, le peu d'accent mis sur la satisfaction du consommateur, une évaluation clairsemée de la qualité des soins et des résultats, la pénurie de divers professionnels de la santé, une définition rigide des rôles qui ne permet pas de nouveaux modèles de soins, et l'imminence d'une augmentation importante des coûts »⁸³⁹ ; c'est à partir de ce constat que Peggy Leatt, George H. Pink et Michael Guerriere développent une doctrine fondée sur « l'intégration des services » afin d'optimiser le système de santé canadien⁸⁴⁰. Nous souhaiterions proposer une approche comparative visant à mettre en perspective la réforme des GHT avec d'autres réformes ayant abouti à des groupements coordonnés d'hôpitaux ; cette approche permet, d'une part, d'identifier le fond doctrinal sur lequel s'établit la logique des groupements et, d'autre part, d'offrir une perspective à leur mise en place à partir de quelques retours d'expériences. En outre, la comparaison entre le système canadien et le système français permet d'identifier de nombreuses perméabilités sur le plan doctrinal et juridique mais révèle, aussi, certains obstacles relatifs à la structure et à l'économie du système de santé. La recomposition de l'offre de soins au Canada peut être présentée en deux temps : premièrement, sur un plan conceptuel, à travers la doctrine de l'intégration des services (Section 1) ; deuxièmement, sur un plan opérationnel, à travers la pratique de l'intégration des services (Section 2).

Section 1 : La doctrine de l'intégration des services :

La doctrine de l'intégration des services n'a jamais été définie en tant que telle et procède, d'avantage, d'une description matérielle ou de la combinaison de plusieurs concepts visant à

⁸³⁹ P. LEATT, G.H. PINK, M. GUERRIERE, « *Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare* », Healthcare Paper, Vol. 1, n°2:13, 2000.

⁸⁴⁰ S. R. HERNANDEZ, « *Horizontal and Vertical Healthcare Integration: Lessons Learned from the United States* », Healthcare Paper, Vol. 1, n°2, 2000, p. 59-66.

optimiser les systèmes de santé⁸⁴¹. Pour autant, la doctrine de l'intégration des services s'appuie sur une approche singulière du marché de la santé (I) et sur une approche téléologique du système de santé (II).

I – Une approche singulière du marché de la santé :

La doctrine de l'intégration des services a été élaborée à partir d'une approche singulière du marché de la santé fondée sur la nature du bien santé et sur l'usage de la régulation. Il convient, ainsi, de présenter cette conception particulière du bien santé (A) avant de montrer qu'elle conditionne l'usage et la définition de la régulation publique (B).

A – Une conception spécifique du bien santé :

Les mesures d'optimisation du système de santé canadien ont été identifiées, dès 1974, au sein d'un document de travail intitulé *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*⁸⁴² ; ce document témoigne d'une conception spécifique du bien santé fondée sur une approche *pragmatique* (1°) et *utilitariste* (2°) du bien santé.

1°/ Une approche pragmatique du bien santé :

« Le Canada est doté d'un système de santé financé principalement par l'État. (...) 70 % des dépenses de santé provient des recettes fiscales générales des gouvernements [fédéraux]⁸⁴³, des provinces⁸⁴⁴ et des territoires⁸⁴⁵ »⁸⁴⁶ ; l'organisation constitutionnelle – sous forme de fédération – organise le partage de la souveraineté et de la responsabilité entre l'État fédéral et les provinces.

⁸⁴¹ E. NOLTE, E. PITCHFORTH, *What is... (op. cit.)*, p. V : « None of the reviews identified by our searches explicitly defined « integrated care » as the topic of review ».

⁸⁴² M. LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des canadiens – Un document de travail*, Ministère de la santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, Ottawa, avril 1974.

⁸⁴³ G. P. MARCHILDON, *Canada – Examen du système de santé*, Systèmes de santé en transition, European Observatory on Health System and Policies, WHO, Vol. 15, n°1, 2013, p. 22 : « Les activités du gouvernement fédéral vont du financement et du soutien de la collecte de données et de la recherche à la réglementation des médicaments sur ordonnance et de la santé publique, tout en appuyant toujours le voler national de l'assurance maladie au moyen de transferts de fonds importants aux provinces et aux territoires ».

⁸⁴⁴ *Ibidem*, p. 23 : « Les provinces exercent la responsabilité principale de la politique de financement et d'administration en soins de santé. Dans la plupart des provinces, les services de santé sont organisés et dispensés par des ASR disposés sur une base géographique, même s'il existe de strictes restrictions sur la portée des activités entreprises par les ASR (p. ex. en Ontario, les ASR n'ont aucune responsabilité concernant les soins de santé) ».

⁸⁴⁵ *Ibidem*, p. 24 : « Avec le Transfert canadien en matière de santé aux provinces et aux territoires, le gouvernement fédéral a le pouvoir de faire respecter certaines conditions nationales s'appliquant aux services assurés tels que définis en vertu de la Loi canadienne sur la santé ».

⁸⁴⁶ *Ibidem*, p. 21.

Cette autonomie relative a permis à certaines provinces d'expérimenter des systèmes innovants en termes de financement ou, plus généralement, d'organisation du système de santé⁸⁴⁷. Les années 1970 sont marquées par de profondes réformes : d'une part, la protection sociale est étendue⁸⁴⁸ et, d'autre part, une vaste réflexion est engagée autour de la santé qui est, alors, regardée comme « *l'assise du progrès social* »⁸⁴⁹. En effet, en 1974, le Ministre de la Santé canadien publie un document de travail synthétisant l'ensemble des déterminants de santé tels que « *les facteurs biologiques, les choix de styles de vie, de même que les conditions environnementales, sociales et économiques* »⁸⁵⁰. Ce document aboutit à une conception spécifique du bien santé fondée sur une approche pragmatique : premièrement, il présente la conception traditionnelle du domaine de la santé⁸⁵¹ ; deuxièmement, il y oppose un ensemble de lacunes ou d'insuffisances⁸⁵² ; troisièmement, il identifie les problèmes majeurs – en termes populationnels⁸⁵³ et organisationnels⁸⁵⁴ – propres au système de santé canadien ; quatrièmement, il aboutit à « *une conception globale de la santé* » qu'il définit et décline au gré de 74 propositions visant à optimiser l'offre de soins. Le rapport Lalonde établit un constat simple et pragmatique fondé sur l'ensemble des déterminants de santé ; grâce à cette approche, ce rapport « *a exercé une influence sur les études subséquentes et établi une partie de la fondation intellectuelle des réformes du « bien-être » introduites par les gouvernements provinciaux au début des années 1990* »⁸⁵⁵.

2°/ Une approche utilitariste du bien santé :

L'analyse pragmatique des déterminants de santé est associée à une conception utilitariste du bien santé visant à concilier l'intérêt général et le bien-être individuel ; ainsi, « *Les citoyens d'un pays ne peuvent tirer pleinement partie de la vie et n'être heureux que dans la mesure où ils jouissent d'une bonne santé* »⁸⁵⁶. Par conséquent, la conception globale de la santé – envisagée comme « *un cadre de référence commun* »⁸⁵⁷ – reflète les grandes problématiques de santé auxquelles l'État est censé répondre ; cette conception repose sur une approche matérielle établie à partir de quatre éléments :

⁸⁴⁷ C'est le cas, par exemple, de l'Ontario ou de la Saskatchewan ; voir G. P. MARCHILDON, *Canada... (op. cit.)*, p. 28-29.

⁸⁴⁸ *Ibidem*, p. 29.

⁸⁴⁹ M. LALONDE, *Nouvelle... (op. cit.)*, p. 5.

⁸⁵⁰ G. P. MARCHILDON, *Canada... (op. cit.)*, p. 30.

⁸⁵¹ M. LALONDE, *Nouvelle... (op. cit.)*, p. 11-12.

⁸⁵² *Ibidem*, p. 13-19 : Les lacunes de la conception traditionnelle de la santé concernent le taux de mortalité, la morbidité hospitalière, les risques auxquels l'individu s'expose délibérément (drogue, mauvaise alimentation et/ou sous-exercice, maladies sexuellement transmissibles...) et les dangers du milieu physique et social de l'individu.

⁸⁵³ *Ibidem*, p. 20-32 : Les problèmes majeurs du système de santé canadien sont, alors, identifiés à partir d'une analyse populationnelle fondée sur l'espérance de vie et la mortalité.

⁸⁵⁴ *Ibidem* : Les problèmes relatifs à l'organisation et à la distribution des soins sont identifiés à partir d'une analyse comparative et nationale en matière de dépenses de santé.

⁸⁵⁵ G. P. MARCHILDON, *Canada... (op. cit.)*, p. 31.

⁸⁵⁶ M. LALONDE, *Nouvelle... (op. cit.)*, p. 5.

⁸⁵⁷ *Ibidem*, p. 33.

premièrement, la « *biologie humaine* » qui « *englobe tous les aspects de la santé à la fois physique et mentale, qui ont leur origine à l'intérieur de l'organisme et qui dépendent de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu* »⁸⁵⁸ ; deuxièmement, l'environnement qui représente « *l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun* »⁸⁵⁹ ; troisièmement, « *les habitudes de vie* » qui représentent « *l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle* »⁸⁶⁰ ; quatrièmement, l'organisation des soins de santé qui comprennent « *non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé* »⁸⁶¹. Cette conception propose « *un nouvel éclairage sur les questions relatives à la santé* »⁸⁶² en vue d'optimiser le système de santé canadien ; l'objectif de cette conception est de pallier au morcellement – à la fois institutionnel et professionnel – des pratiques, et convient à « *cimenter tous les efforts fragmentaires, faisant ressortir l'importance de tous les facteurs, y compris ceux dont la responsabilité dépend d'autrui* »⁸⁶³. La conception globale de la santé contribue à l'optimisation du système de santé.

Le système de santé canadien repose sur une approche pragmatique (fondée sur un diagnostic global) et utilitariste du bien santé (fondée sur une conception globale de la santé). Cette approche contribue à une conception spécifique de la régulation publique.

B – Une conception spécifique de la régulation publique :

La conception globale de la santé constitue une approche spécifique du bien santé ; en contrepoint, la régulation publique est forcée de prendre en compte cette définition pour assurer la satisfaction de l'intérêt collectif et individuel liée à son usage. Il convient, à ce titre, de présenter l'enjeu (1°) et l'éthique (2°) liés aux processus de régulation en matière de santé.

1°/ L'enjeu de la régulation :

L'action du régulateur dépend des grandes orientations en matière de santé publique qui reposent, elles-mêmes, sur une conception propre au bien commun et à la conception économique et sociale de la santé ; en tout état de cause, les dépenses de santé représentent – en France comme au

⁸⁵⁸ *Ibidem.*

⁸⁵⁹ *Ibidem*, p. 34.

⁸⁶⁰ *Ibidem.*

⁸⁶¹ *Ibidem.*

⁸⁶² *Ibidem*, p. 36.

⁸⁶³ *Ibidem.*

Canada⁸⁶⁴ – un poste de dépense important qui justifie, d'une part, l'importance de la dépense socialisée et, d'autre part, la nécessité d'un processus de régulation public au regard de la nature spécifique de ce bien. La conception globale de la santé constitue une définition légitime du bien santé mais elle se heurte – en raison de son ampleur – à certaines difficultés pratiques : premièrement, le rapport Lalonde prend soins de préciser que « *La conception globale n'est pas un schéma d'organisation destiné à définir programmes et activités et à fixer les lignes hiérarchiques de décision* »⁸⁶⁵ puisqu'en effet sa vocation concerne le système de santé dans son ensemble afin de réorienter – voir d'optimiser – les pratiques ; deuxièmement, l'organisation fédérale de l'État canadien face auquel le rapport Lalonde affirme la primauté des questions de santé sur celles relatives à la répartition des compétences⁸⁶⁶ ; troisièmement, l'applicabilité réelle de la conception globale de la santé dans la mesure où certains éléments – tels que l'environnement ou les habitudes de vie – relèvent de la liberté individuelle et semblent, au moins en partie, hors d'atteinte pour le pouvoir de l'État⁸⁶⁷. Au fond, à travers la définition globale de la santé, le rapport Lalonde interroge *sur ce qu'il est possible de réguler, selon quels moyens, et dans quelle mesure* sans contraindre, pourtant, la liberté individuelle ; il s'agit, en d'autres termes, de préserver le bien-être individuel et collectif tout en ménageant l'exercice de la liberté. Ce questionnement interroge – dans la mesure où elle constitue une intervention – les fondements éthiques de la régulation.

2°/ L'éthique de la régulation :

Le rapport Lalonde pose la question de la régulation en termes éthiques et constate, à partir de l'exemple de l'environnement et des habitudes de vie (le tabac, la drogue et l'alcool), que « *l'environnement influe sur le mode de vie et que certaines habitudes se transforment en dépendance* » au point qu'il faille « *y apporter une réponse d'ordre morale ou philosophique, en non purement intellectuelle. Délaisser les personnes dont les habitudes de vie mettent en danger leur propre santé équivaldrait à abandonner nombre d'entre elles à leur mauvaise opinion et à perpétuer un environnement qui, à l'origine, a exercé sur elles une influence néfaste. Bref, la conception déterministe doit être abandonnée en faveur de la foi dans le pouvoir de la volonté, si ébranlée qu'elle puisse être parfois sous l'influence de l'environnement ou des toxicomanies* »⁸⁶⁸ ; la régulation est, ainsi, envisagée en fonction de ses propres limites et expose un dilemme entre

⁸⁶⁴ D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours à l'innovation : soins de santé excellents pour le Canada – Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, juillet 2015, p. 14 : « *Le Canada se classe parmi les pays qui dépensent le plus dans les pays de l'OCDE avec 10,2 % du PIB en 2013...* ».

⁸⁶⁵ M. LALONDE, *Nouvelle...* (op. cit.), p. 37.

⁸⁶⁶ *Ibidem.*

⁸⁶⁷ *Ibidem.*

⁸⁶⁸ *Ibidem*, p. 38.

l'économie et l'éthique en matière de santé⁸⁶⁹. Par ailleurs, le rapport Lalonde s'interroge sur la compatibilité entre la conception globale de la santé et l'action de l'État régulateur : « *cette conception de la santé consiste à déterminer si le gouvernement est autorisé à modifier le comportement humain, même en vue d'améliorer l'état de santé de la population, et dans l'affirmative, dans quelle mesure* »⁸⁷⁰ ; cette interrogation porte, également, sur les limites du « *marketing social* »⁸⁷¹ à propos duquel certains prétendent « *que l'utilisation intensive de ces techniques entraînerait le gouvernement vers diverses formes indésirables de contrôle de la pensée et de propagande* »⁸⁷². La régulation peut être appréhendée sous l'angle de l'éthique ce qui permet de formuler, sous une dimension morale, les limites propres à l'action de l'État.

La conception globale de la santé aboutit à une conception spécifique de la régulation en matière de santé ; en la matière, la frontière morale se situe entre la préservation du bien-être individuel ou collectif et l'atteinte à la liberté individuelle. C'est à partir de cette approche spécifique du marché de la santé qu'a été développée une approche téléologique du système de santé.

II – Une approche téléologique du système de santé :

L'optimisation du système de santé canadien est fondé sur deux éléments caractéristiques : d'une part, un diagnostic à la fois sévère et réaliste sur l'état du système de santé⁸⁷³ et, d'autre part, une volonté de définir *in abstracto* un « *système de santé idéal* »⁸⁷⁴. De ce point de vue, les mesures d'optimisation reposent sur une approche téléologique du système de santé et s'expriment à partir de la définition du concept d'intégration (A) et sur la description du « *système de santé idéal* » (B).

A – La définition du concept d'intégration :

Le concept d'intégration des services ne fait pas, à proprement parler, l'objet d'une définition uniforme⁸⁷⁵ ; cependant, il est possible de proposer une synthèse à partir de différentes approches conceptuelles (1°) et matérielles (2°).

⁸⁶⁹ M. GADREAU, « *Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur* », Revue de philosophie économique, Vrin, Vol. 10, 2009/1, p. 3-17.

⁸⁷⁰ M. LALONDE, *Nouvelle...* (op. cit.), p. 38.

⁸⁷¹ *Ibidem*, p. 38 : Le marketing social « *consiste à appliquer les techniques empruntées au monde des affaires pour inciter les gens à modifier leur comportement à l'égard, par exemple, de leurs habitudes alimentaires, de l'exercice physique, de la cigarette, de leur façon de conduire une automobile, etc.* ».

⁸⁷² *Ibidem*.

⁸⁷³ P. LEATT, G.H. PINK, M. GUERRIERE, « *Towards...* (op. cit.).

⁸⁷⁴ J. MARRIOTT, A. L. MABLE, « *Integrated health organization in Canada: developing the ideal model* », Healthcare Paper, Vol. 1, n°2:76-87.

⁸⁷⁵ E. NOLTE, E. PITCHFORTH, *What is...* (op. cit.), p. V : « *None of the reviews identified by our searches explicitly defined « integrated care » as the topic of review* ».

1°/ Une approche conceptuelle :

Le concept d'intégration se heurte à une multiplicité de définitions et de terminologies⁸⁷⁶ ; en outre, ce concept est adaptable en fonction des spécificités propres à chaque système – ce qui le soumet, par nature, à diverses interprétations. L'intégration peut, néanmoins, être regardée comme « *un ensemble cohérent de modèles et de méthodes relatives au financement, à l'administration et à l'organisation des services et à la hiérarchisation des différents niveaux de prise en charge afin de créer des connexions, des alignements et des collaborations qui rassemblent et transcendent les secteurs* »⁸⁷⁷. De manière plus prosaïque, le concept d'intégration peut être défini selon que : « *des équipes interprofessionnelles de fournisseurs collaborent afin de « fournir un continuum de services coordonnés » aux patients individuels, soutenus par les technologies de l'information qui relient les fournisseurs et les établissements. Des revenus d'exploitation sont générés en mettant en commun les fonds dans l'ensemble des secteurs du système de soins de santé en cause. Qu'il s'agisse d'une entité unique ou qu'ils soient organisés en réseaux, les fournisseurs doivent être « disposés à être tenus responsables sur les plans clinique et financier pour les résultats et l'état de santé de la population servie »* »⁸⁷⁸. Plus précisément, le concept d'intégration a été décliné selon plusieurs formes (intégration fonctionnelle (*functional integration*), intégration organisationnelle (*organizational integration*), intégration professionnelle (*professional integration*) et intégration médicale (*clinical integration*) qui correspondent à différents modes de coopération en fonction de la ressource concernée⁸⁷⁹ ; en outre, des méthodes d'intégration verticales (*vertical integration*) et horizontales (*horizontal integration*) ont été décrites⁸⁸⁰ de même que des degrés, plus ou moins approfondis, allant de la collaboration fonctionnelle (*linkage*), en passant par la coopération organique (*coordination*), jusqu'à la fusion (*full integration*)⁸⁸¹. En d'autres termes, le concept d'intégration des services définit une méthode de coordination visant à satisfaire la demande de soins – appréciée à partir d'une conception globale de la santé – qu'elle considère comme un objet d'investissement social.

⁸⁷⁶ *Ibidem*, p. 3.

⁸⁷⁷ D. L. KODNER, C. SPREEUWENBERG, « *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications. A Discussion Paper* », *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2, 2002.

⁸⁷⁸ D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours...* (*op. cit.*), p. 68.

⁸⁷⁹ E. NOLTE, E. PITCHFORTH, *What is...* (*op. cit.*), p. 3-4.

⁸⁸⁰ S. L. WALSTON, J. R. KIMBERLY, L. R. BURNS, « *Owned vertical integration and health care : Promise and performance* », *Health Care Management Review*, Aspen Publishers, 21(1), 1996, p. 83-92 ; S. R. HERNANDEZ, « *Horizontal...* » (*op. cit.*), p. 59-66.

⁸⁸¹ W. LEUTZ, « *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United-States and the United Kingdom* », *Milbank Quarterly*, n°77, 1999, p. 77-110.

2°/ Une approche matérielle :

Face aux méandres de l'approche conceptuelle, certains auteurs ont préféré élaborer des typologies pour aboutir à une définition matérielle du concept d'intégration ; en effet, ce concept a pu être défini grâce à sept caractéristiques⁸⁸² : premièrement, le rôle moteur accordé au personnel médical ; deuxièmement, une structure organisée sur le mode de la coopération fonctionnelle ou organique ; troisièmement, favoriser la coopération entre l'établissement de santé et le secteur ambulatoire (*Primary care physicians are economically integrated*) ; quatrièmement, développer la planification et la couverture de soins à une échelle pertinente ; cinquièmement, maîtriser les effets-taille et les effets de gamme afin de garantir l'efficacité de l'offre de soins ; sixièmement, organiser la pratique individuelle ou collective de soins ; septièmement, réguler le système de santé afin de préserver son efficacité. Par ailleurs, d'autres modèles d'intégration définissent le concept en dix points qui reprennent, pour la plupart, les éléments suscités⁸⁸³ ; ces modèles mentionnent explicitement la nécessité de définir un continuum de prise en charge fondée sur la coopération entre l'hôpital et l'ambulatoire et tend à l'application concrète du concept de santé globale.

La définition conceptuelle de l'intégration est une entreprise malaisée puisque ce concept désigne, en réalité, une « pratique » ; cependant l'approche matérielle permet d'apprécier plus concrètement les méthodes de sa mise en œuvre. Pour autant, le concept d'intégration des services prend part, au même titre que la conception globale de la santé, à la définition d'un « système de santé idéal ».

B – La définition du « système de santé idéal » :

La définition du « système de santé idéal » constitue une approche originale en matière de politique publique ; contrairement à ce que l'énoncé laisse suggérer, *l'idéal* ne correspond pas à *l'irréel* dans la mesure où cette définition repose sur une description concrète (1°) et sur la définition d'une méthode rigoureuse (2°).

1°/ La description du système :

Des modèles d'intégration ont été développés dès les années 1993-1994 : leur objectif consiste à décrire « des réseaux d'organisation qui définissent ou favorisent la définition d'un continuum de

⁸⁸² D. C. CODDINGTON, K. D. MOORE, E. A. FISCHER, *Making Integrated Health Care Work: Second Edition*, Englewood, CO: Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1997.

⁸⁸³ E. SUTER, N. D. OELKE, C. E. ADAIR, G. D. ARMITAGE, « *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration* », *Healthc Q.*, Spec. N°13, octobre 2009, p. 16-23.

prise en charge dont le modèle soit médicalement et fiscalement soutenable afin de fournir une offre de soins viable et de répondre, effectivement, à la demande de soins »⁸⁸⁴. C'est à partir de ce modèle⁸⁸⁵ qu'un système de santé idéal est décrit à partir de huit critères⁸⁸⁶ : premièrement, prendre en compte la demande en matière de soin et positionner l'offre en fonction des déterminants de santé ; deuxièmement, coordonner les services afin de répondre à la demande en matière de santé ; troisièmement, coordonner et intégrer l'offre de soins à partir d'un continuum de prise en charge ; quatrièmement, déployer des systèmes d'information afin de relier la demande et l'offre de soins, de même que les organismes payeurs ; cinquièmement, diffuser l'information relative aux coûts, à la qualité, aux services et à la satisfaction des consommateurs de soins ; sixièmement, utiliser l'incitation financière afin d'aligner les stratégies de gouvernance et de management de même que les stratégies médicales ; septièmement, mettre en place des dispositifs d'amélioration continue de la qualité des soins ; huitièmement, favoriser la coopération (dont on suppose qu'elle puisse être intersectorielle⁸⁸⁷) afin de satisfaire la demande de soins.

2°/ La définition de la méthode :

La méthode associée à la définition du système de santé idéal repose sur deux préalables : d'une part, la conception globale de la santé comprise dans sa transversalité (les quatre déterminants de santé) et dans son utilité (la satisfaction de la demande) et, d'autre part, sur l'intégration des services dont elle reprend, pour partie, les déterminants stratégiques. On retient, principalement six éléments susceptibles de contribuer à la mise en place d'un système de santé idéal⁸⁸⁸ : premièrement et, en conformité avec la conception globale de la santé, la priorité accordée à la satisfaction de la demande et la contribution que peut apporter une telle priorité à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ; deuxièmement, la gestion de l'offre primaire de soins dans le cadre d'un continuum de soins intégrés à travers, notamment, la création de structures ouvertes 24h sur 24 et 7 jours sur 7 ; troisièmement, le partage d'information et l'exploitation des ressources technologiques ; quatrièmement, la dématérialisation des systèmes d'information et le partage des méthodes de gouvernance ; cinquièmement, développer des modes de financement équitables et gradués en

⁸⁸⁴ S. SHORTELL, M. ROBIN, R. GILLIES, D. A. ANDERSON, « *The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems* », Health Affairs, Winter, 13(5) ; S. SHORTELL, M. ROBIN, R. GILLIES, D. A. ANDERSON, J. B. MITCHELL, K. L. MORGAN, « *Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators* », Hospital and Health Services Administration, Winter, 38(4) ; S. SHORTELL, M. ROBIN, R. GILLIES, D. A. ANDERSON, E. K. MORGAN, J. B. MITCHELL, « *Remaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems* », San Francisco : Jossey-Bass, 1996.

⁸⁸⁵ Ce modèle est désigné par l'acronyme ODSs pour « *Organized Delivery Systems* ».

⁸⁸⁶ Huit critères repris dans : P. LEATT, G.H. PINK, M. GUERRIERE, « *Towards... (op. cit.)*..

⁸⁸⁷ Le texte est : « *an ideal health system as one that is willing and able to work with others to ensure objectives are met* » dans S. SHORTELL, M. ROBIN, R. GILLIES, D. A. ANDERSON, E. K. MORGAN, J. B. MITCHELL, « *Remaking Health Care in America : Building Organized Delivery Systems* », San Francisco : Jossey-Bass, 1996.

⁸⁸⁸ P. LEATT, G.H. PINK, M. GUERRIERE, « *Towards... (op. cit.)*.

fonction des publics ; sixièmement, développer des méthodes d'audit et d'évaluation. Deux observations peuvent être formulées au regard de cette méthode : premièrement, elle part d'une analyse de la demande afin de structurer l'offre de soins et témoigne, en ce sens, de l'influence structurelle du concept de santé global ; d'autre part, elle s'est globalement généralisée dans la mesure où les processus de recomposition de l'offre de soins à l'œuvre au sein de systèmes de santé économiquement comparables reprennent, plus ou moins, les éléments suscités. Ainsi, de nombreux critères propres à la doctrine de l'intégration – dont les prémisses ont été développées depuis une quarantaine d'années – se retrouvent au sein de la LMSS et, *a fortiori*, au sein du dispositif GHT.

L'optimisation et l'intégration des services peuvent être appréhendés sous l'angle de la doctrine ; celle-ci révèle son origine – dans la mesure où elle repose sur une conception singulière du bien santé et du marché de la santé – de même que son orientation : la mise en œuvre d'un « système de santé idéal ». Il convient d'observer, en pratique, les effets de cette doctrine.

Section 2 : La pratique de l'intégration des services :

« *Au fil du temps, un système complexe a évolué dans lequel le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux jouent chacun un rôle réglementaire et administratif particulier. Pour composer avec les chevauchements et les interdépendances inévitables au niveau des politiques, un système imposant de processus et d'établissements intergouvernementaux a évolué au cours des dernières décennies* »⁸⁸⁹. La pratique de l'intégration des services de santé s'est développée progressivement au Canada malgré de nombreux obstacles institutionnels⁸⁹⁰ ; elle aboutit néanmoins, dès l'année 1995⁸⁹¹, à une loi de restructuration hospitalière prévoyant la mise en place de groupements hospitaliers (I) et n'a cessé, depuis, d'être entretenue grâce à l'approfondissement continu des processus d'intégration (II).

I – Les regroupements d'établissements au Canada :

En 1995, une loi intitulée « *the Saving and Restructuring Act* » (*Bill 26*) crée une commission (*The Health Services Restructuring Commission (HSRC)*) à laquelle sont confiés des pouvoirs étendus afin de restructurer le système de santé. Cette commission constate les manquements du système hospitalier (A) et réalise, dans la province de l'Ontario, le groupement de nombreux hôpitaux (B).

A – La mise en place de groupements hospitaliers :

La mise en place de groupements hospitaliers dans la province de l'Ontario procède de l'action de la HSRC ; dans un premier temps, elle établit un diagnostic fondé sur les manquements du système de santé (1°) ; puis, dans un second temps, elle organise la mise en place de groupements (2°).

1°/ Le diagnostic de la HSRC :

La HSRC est créé pour un mandat de quatre ans (1996-2000) ; sa mission est double : d'une part, établir un constat sur la situation des hôpitaux situés dans la province de l'Ontario et organiser leur

⁸⁸⁹ G. P. MARCHILDON, « *Evaluating health policy and system performance: are we moving to a network model?* », Livre blanc, ébauche, Kingston, Monieson Centre for Business Research in Healthcare, Queen's University, 2014 ; accessible à partir de : <http://moniesonhealth.com/resources/2014-WhitePaper-Marchildon.pdf>.

⁸⁹⁰ « *La taille du Canada et la structure fédérée (composée de 14 systèmes de prestation de soins de santé différents) créent des obstacles. On a souvent dit que le Canada était un pays d'études pilotes parce que ses brillantes initiatives locales qui démontrent d'énormes promesses ont tendances à être très limitées dans le temps et ne sont pas adéquatement financées pour inclure une phase de déploiement à grande échelle...* », Propos d'un intervenant rapportée dans : D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours... (op. cit.)*, p. 27.

⁸⁹¹ D. SINCLAIR, M. ROCHON, P. LEATT, *Riding the third rail : the story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*, Institut de recherche en politique publique, Montréal, 2005, p. 20.

restructuration ; d'autre part, formuler toute proposition au gouvernement fédéral afin d'optimiser le système de santé. Il s'agit, alors, de « *favoriser le progrès à travers le développement d'un système de santé rationalisé au sein duquel l'hôpital travaille, de manière efficiente, avec les autres hôpitaux de même qu'avec l'ensemble des acteurs du système afin de proposer une batterie de services susceptibles de répondre aux risques actuels ou potentiels auxquels la population peut être confrontée* »⁸⁹² ; pour ce faire, la commission bénéficie de pouvoirs extraordinaires, afin de restructurer le système hospitalier⁸⁹³. Elle procède à un diagnostic avant d'élaborer les premières mesures ; ce diagnostic tient en trois points : premièrement, la commission identifie un effet financier ciseau, consécutif aux effets de la crise financière, qui a entraîné, d'une part, une hausse des dépenses hospitalières (notamment fiscales) et, d'autre part, un accroissement de la demande de soins (notamment en HAD et en soins de longue durée)⁸⁹⁴ ; deuxièmement ; l'évolution des déterminants de santé, de la technologie et des pratiques médicales⁸⁹⁵ ; troisièmement, la maîtrise de la dépense face à l'évolution de la demande de soins qui impose, d'une part, une adaptation interne de l'hôpital concernant les méthodes de prise en charge et, d'autre part, une nouvelle organisation externe de l'hôpital fondée sur l'efficacité et la coopération⁸⁹⁶. C'est à partir de ce diagnostic que la HSRC réalise des groupements hospitaliers dans la province de l'Ontario.

2°/ La réalisation des groupements :

L'Ontario compte, environ, 225 hôpitaux publics et entre 9 000 et 11 000 lits vides – de qui équivaut, à titre de comparaison, à 30 ou 35 hôpitaux de taille moyenne⁸⁹⁷ ; ce constat, établi par la HSRC, justifie une vaste recomposition de l'offre de soins. En réalité, le bilan des opérations de recomposition n'a été établi qu'en 2005⁸⁹⁸ ; ce bilan relève cinq éléments majeurs. Premièrement, le territoire de l'Ontario a été transformé suite, d'une part, à la fermeture de 31 hôpitaux publics, de six établissements privés, de six hôpitaux psychiatriques et, d'autre part, à la promotion de nouveaux modes de prise en charge fondés sur la coopération entre l'hôpital et le secteur ambulatoire, le développement de la HAD et l'organisation des soins de longue durée ; de même, la HSRC accompagne la création de groupements hospitaliers dont l'objectif est, à la fois, de favoriser la qualité des soins et de réaliser des économies d'échelle⁸⁹⁹. Deuxièmement, le territoire de l'Ontario est considéré comme un territoire expérimental au sein duquel est développée l'interconnexion entre

⁸⁹² D. SINCLAIR, M. ROCHON, P. LEATT, *Riding...* (op. cit.), p. 1.

⁸⁹³ *Ibidem*, p. 20.

⁸⁹⁴ *Ibidem*, p. 9.

⁸⁹⁵ *Ibidem*, p. 9.

⁸⁹⁶ *Ibidem*, p. 9 et s.

⁸⁹⁷ *Ibidem*, p. 13.

⁸⁹⁸ *Ibidem*, p. 2.

⁸⁹⁹ *Ibidem*, p. 2-3.

les secteurs et l'intégration des services de santé⁹⁰⁰. Troisièmement, des pistes d'améliorations ont été envisagées afin de favoriser la coordination entre les hôpitaux et les établissements de soins psychiatriques⁹⁰¹. Quatrièmement, des réseaux de coordination ont été développés entre les hôpitaux situés en secteur rural et les autres hôpitaux afin, d'une part, de limiter la déperdition financière dans les secteurs de faible fréquentation et, d'autre part, de maintenir une couverture territoriale optimale. Cinquièmement, le développement de stratégies fondées sur : la gestion de l'information, la réforme du secteur ambulatoire, l'intégration des services au sein de vastes communautés hospitalières, l'évaluation de la performance et l'accroissement de la productivité, le développement de la recherche scientifique, la réforme de la gouvernance en fonction de la réalisation de ces stratégies⁹⁰².

La mise en place de groupements hospitaliers procède d'un constat d'inefficience au sein du système hospitalier de l'Ontario ; cette mise en place est fondée sur une stratégie d'intégration visant à accroître la qualité des services tout en diminuant le coût des dépenses hospitalières. L'impact de ce processus semble être, globalement, positif.

B – L'impact positif des groupements hospitaliers :

La mise en place de groupements hospitaliers dans la province de l'Ontario permet d'établir un constat globalement positif à propos de la mise en place des groupements (1°) ; de même, l'étude à plus grande échelle des processus d'intégration révèle un impact globalement satisfaisant sur le plan économique (2°).

1°/ Un impact positif en termes d'efficience :

La HSRC semble manquer de recul, en 2005, pour présenter un bilan significativement positif des opérations réalisées⁹⁰³ ; cependant, la commission relève deux éléments qui permettent d'établir un retour d'expériences globalement positif : d'une part, la méthode développée par la HSRC a été reprise et appliquée au sein d'autres territoires et d'autres provinces ; d'autre part, cette méthode semble avoir réduit l'inefficience des structures et favorise, au gré des circonstances locales, la qualité des soins et la réalisation d'économies d'échelle⁹⁰⁴. En d'autres termes, la mission constate que la méthode développée favorise, globalement, l'efficience des services ; par la suite, ce constat

⁹⁰⁰ *Ibidem*, p. 3.

⁹⁰¹ *Ibidem*.

⁹⁰² *Ibidem*.

⁹⁰³ *Ibidem*, p. 2.

⁹⁰⁴ *Ibidem*.

est confirmé et « *une tendance globale s'est manifestée vers l'amélioration de la qualité au Canada depuis la fin des années 1990* »⁹⁰⁵. La mise en place de groupements hospitaliers a eût un impact globalement positif sur l'efficience de l'offre de soins ; cependant, cet impact ne doit pas être exagéré au risque de succomber au « *mythe du « système miracle* » »⁹⁰⁶ : les indicateurs de qualité doivent être comparés à la dépense totale et par habitant en matière de santé ; de ce point de vue, en effet, le Canada se situe entre le septième et le dixième rang sur une échelle de onze pays aux économies comparables selon le classement du *Fonds du Commonwealth*⁹⁰⁷ établi en 2014.

2°/ Un impact économique globalement positif :

L'impact économique des processus d'intégration est difficile à établir pour une raison simple : l'intégration des services est une méthode susceptible, en fonction de son application, de favoriser l'efficience des services ; elle décrit un cadre conceptuel inévitablement soumis à la structure du marché local de la santé (caractérisé par l'interaction entre l'offre et la demande, l'éventuelle concurrence sectorielle, la coordination entre les divers degrés de prise en charge et l'action du régulateur) et à l'évolution de ses déterminants. Par conséquent, « *miser sur l'intégration des services de santé n'implique pas nécessairement la réalisation d'un gain économique* »⁹⁰⁸ : tout dépend de l'investissement réalisé dans le processus d'intégration, de la dépense médicale et de la demande en matière d'offre de soins puisque c'est à partir de tels déterminants – qui plus est fluctuants – que l'intégration sera susceptible de favoriser l'efficience de l'offre⁹⁰⁹. Une étude européenne relève, globalement, que 50 % des processus d'intégration favorisent l'efficience des services de santé⁹¹⁰.

Le groupement d'établissements hospitaliers au Canada contribue globalement à améliorer l'efficience des services de santé ; cependant, la mise en place de tels processus est soumise à un ensemble de spécificités locales et économiques. Le Canada engage un processus d'approfondissement continu de l'intégration des services et de développement des méthodes d'intégration.

⁹⁰⁵ G. P. MARCHILDON, *Canada... (op. cit.)*, p. 152.

⁹⁰⁶ D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours... (op. cit.)*, p. 17.

⁹⁰⁷ *Ibidem*.

⁹⁰⁸ H. VONDELING, « *Economic Evaluation of Integrated Care: an Introduction* », *International Journal of Integrated Care*, n°4, 2004, p. 1-10.

⁹⁰⁹ M. SUHRCKE, D. FAHEY, M. MC KEE, « *Economic aspects of chronic disease and chronic disease management* » dans E. NOLTE, M. MC KEE et autres, *Caring people with chronic conditions : a health system perspective*, Maidenhead, Open University Press, 2008, p. 43-63.

⁹¹⁰ E. NOLTE, E. PITCHFORTH, *What is... (op. cit.)*, p. VI : « *There is evidence of cost-effectiveness of selected integrated care approaches but the evidence base remains weak. Eight of the nineteen studies reported on cost-effectiveness* ».

II – Le développement continu des processus d'intégration :

L'une des caractéristiques du système de santé canadien est de reposer sur une remise en cause perpétuelle de ses méthodes d'organisation⁹¹¹. En effet, la recherche constitue, en matière de santé publique, l'un des déterminants de l'optimisation⁹¹². Cette démarche repose sur une réflexion perpétuelle autour de la recomposition de l'offre de soins (A) et aboutit, finalement, à une approche transversale de l'intégration des services de santé (B).

A – Une réflexion perpétuelle autour de la recomposition de l'offre de soins :

L'offre de soins est soumise à une recomposition perpétuelle en fonction de l'évolution des déterminants de santé⁹¹³ ; face à ce phénomène, le Canada oppose une réflexion, également, perpétuelle autour de la recomposition de l'offre de soins qui contribue à la définition d'une méthode d'intégration plus approfondie (1°) et au renouvellement de l'objectif d'efficacité économique (2°).

1°/ Un processus d'intégration plus approfondi :

De nombreux groupes d'études ont été mis en place, depuis les années 1990, afin d'entretenir une vaste réflexion autour de la recomposition de l'offre de soins⁹¹⁴ ; on remarque l'uniformité des diagnostics qui recouvrent, principalement, trois éléments⁹¹⁵ : premièrement, « *l'absence de système de soins de santé intégrés et axés sur le patient* » ; deuxièmement, « *l'importance de l'efficacité et de l'optimisation des ressources afin d'assurer la pérennité du système* » ; troisièmement, « *le besoin d'établir une base de connaissances communes que l'on peut exploiter afin d'améliorer les services pour les patients et la gestion générale du système* ». Ce constat interpelle dans la mesure où, malgré les mesures mises en œuvre, le Canada n'estime pas disposer d'un système de santé intégré ; en effet, « *toutes ces enquêtes et toutes ces commissions ont donné de l'élan à l'amélioration des soins de santé canadiens. Ils n'ont toutefois pas entraîné de changements fondamentaux à la structure du système, comme la modernisation des mesures incitatives et des responsabilités pour les fournisseurs, ou une protection supplémentaire dépassant les services offerts par les médecins et les hôpitaux* »⁹¹⁶. Grâce à cette réflexion perpétuelle, le Canada tend à

⁹¹¹ D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours...* (op. cit.), p. 28.

⁹¹² M. LALONDE, *Nouvelle...* (op. cit.), p. 58.

⁹¹³ G. M. HODGSON, « *An institutional...* (op. cit.).

⁹¹⁴ D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours...* (op. cit.), p. 28.

⁹¹⁵ *Ibidem.*

⁹¹⁶ *Ibidem.*

promouvoir un modèle de soins plus intégré et tire profit de l'exemple comparatif⁹¹⁷ à partir duquel elle établit, au moins, quatre priorités⁹¹⁸ : premièrement, revenir sur les manquements de l'intégration des services (notamment sur la coordination entre secteur ambulatoire et hôpital) afin de réaliser, effectivement, l'intégration ; deuxièmement, harmoniser les mesures incitatives ainsi que les modes de rémunération des médecins ; troisièmement, améliorer la formation des professionnels de santé ; quatrièmement, développer la « rémunération groupée » des médecins.

2°/ Un objectif économique renouvelé :

Divers rapports⁹¹⁹ s'appuient sur le concept « *d'innovation* » et soulignent, en dépit de sa vacuité⁹²⁰, l'utilité du terme ; l'innovation est définie comme un moyen d'accroître la valeur des activités « *sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, de la rentabilité administrative, de l'expérience des patients et des résultats pour le patient* »⁹²¹. En réalité, ce concept peut être regardé comme une déclinaison de la conception globale de la santé et de la théorie de l'intégration des services. Ce concept est associé au « *triple objectif* » (*Triple Aim*) qui vise, simultanément, « *l'amélioration des soins du patient et des résultats de santé tout en réduisant les coûts* »⁹²². Ce renouvellement de l'objectif d'efficience, lié à la restructuration des services de santé, illustre la relativité de l'optimum en matière de santé publique et la difficulté à pérenniser les effets d'une réforme structurelle.

L'approfondissement continu de l'intégration des services passe par une réflexion perpétuelle autour de la recomposition de l'offre de soins ; peu à peu, cette réflexion s'élargit au point que certains rapports internationaux aboutissent à une vision plus transversale de l'intégration.

B – Une approche transversale de l'intégration :

L'approche *conceptuelle* et *pratique* de l'intégration peut être considérée comme une première phase d'optimisation des services de santé ; peu à peu, une seconde phase d'optimisation se dessine qui

⁹¹⁷ *Ibidem*, p. 68 et s. : L'exemple du groupe *Kaiser Permanente* aux États-Unis d'Amérique.

⁹¹⁸ *Ibidem*, p. 68-76.

⁹¹⁹ *Ibidem*, p. 5 ; voir également : J. SMITH (Pr.), *Innovation technologique dans les soins de santé – Rapport du Comité Permanent de la Santé*, 41e législature, première session, juin 2013.

⁹²⁰ D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours... (op. cit.)*, p. 5 : « *L'innovation est devenu le nouveau mot à la mode ayant diverses significations* ».

⁹²¹ *Ibidem*.

⁹²² R. AMBROSE, « *L'économie des soins de santé et la nécessité* », Toronto, Canada, allocution prononcée le 30 janvier 2014 : « *Comme les administrations accélèrent leurs efforts visant à transformer leurs systèmes de soins de santé afin d'atteindre le « triple objectif » de l'amélioration des soins du patient et des résultats de santé tout en réduisant les coûts, il est temps de faire le bilan des secteurs où des progrès ont été faits au Canada et de par le monde. Cela est essentiel si nous devons accélérer le rythme de l'innovation des soins de santé et assurer la viabilité à long terme du système de soins de santé au Canada* » cité dans : D. NAYLOR, F. GIRARD, J. MINTZ, N. FRASER, T. JENKINS, C. POWER, *Libre cours... (op. cit.)*, p. 5.

laisse entrevoir la destination des groupements hospitaliers au sein de systèmes de plus en plus intégrés. Cette seconde phase repose sur une approche transversale de l'intégration fondée sur le concept d'investissement social⁹²³ ; cette approche concerne, d'une part, le lien entre la santé et l'éducation à travers le développement de programmes de prévention (1°) et, d'autre part, le lien entre le secteur sanitaire et le secteur social à travers le développement de programmes visant à réduire les inégalités (2°).

1°/ La rencontre entre santé et éducation : la prévention :

« Alors qu'il est relativement facile de convaincre un malade souffrant de consulter un médecin il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'amener un bien portant à se corriger de mauvaises habitudes qui peuvent causer des torts éventuels à la santé »⁹²⁴ ; de même, « si la prévention réussit à diminuer la fréquence de la maladie, le coût des services actuels s'en trouvera réduit, ou tout du moins le taux d'augmentation sera freiné. Ainsi, on disposera de plus de fonds pour étendre l'assurance-maladie à des services toujours plus nombreux et pour implanter les installations nécessaires, telles que les centres de soins ambulatoires et les établissements de soins prolongés »⁹²⁵. La logique liée à la prévention repose sur l'éducation des comportements individuels et collectifs afin de limiter la survenance des affections et de limiter, par conséquent, le nombre de prises en charge ; les économies réalisées sont réinvesties afin d'étendre la protection sociale. Il convient de souligner que, au Canada notamment, la prévention figure explicitement au sein de la définition de la santé publique⁹²⁶ ; par conséquent, les services de préventions sont assurés par le secteur primaire ou par les provinces et territoires qui développent des programmes de prévention ciblés. Une étude européenne souligne que les affections non-transmissibles sont impliquées dans 75 à 85 % des cas de morbidité⁹²⁷. En réalité, à l'image des méthodes d'intégration, l'efficacité économique des programmes de prévention dépend, à la fois, de l'investissement réalisé et de leur mise en œuvre puisque les effets de tels programmes ne sont perceptibles que sur le long – voir le très long terme. Néanmoins, la prévention entre dans le champ des pratiques valorisées par les

⁹²³ D. BLOOM, D. CANNING, « *Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance* », The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice, Vol. 28, N°2, SPECIAL ISSUE EN HEALTH, April 2003, P. 304-315 ; S. MEHROTRA, « *Human Capital or Human Development ? Search for a Knowledge Paradigm for Education and Development* », Economic and Political Weekly, Vol. 40, n° 4, 2005, p. 300-306 ; J. DAMON, B. FERRAS, *La Sécurité...* (op. cit.), p. 97 et s.

⁹²⁴ M. LALONDE, *Nouvelle...* (op. cit.), p. 6.

⁹²⁵ *Ibidem*, p. 39.

⁹²⁶ G. P. MARCHILDON, *Canada...* (op. cit.), p. 111 : « Au Canada, on associe généralement la santé publique aux six fonctions discrètes suivantes : l'évaluation de la santé de la population, la promotion de la santé, le contrôle et la prévention de la maladie et des blessures, la protection de la santé, la surveillance et la préparation en cas d'urgence et l'intervention en cas d'épidémie ».

⁹²⁷ S. MERKUR, F. SASSI, D. MC DAID, *Promoting health, preventing disease: is there an economic case?*, Policy Summary 6, World Health Organization (WHO), 2013, p. 1.

politiques de santé publiques ; et, à ce titre, la LMSS⁹²⁸ favorise le lien entre la santé et l'éducation en inscrivant la prévention au sein de la politique de santé.

2°/ La rencontre entre la santé et le social : la lutte contre les inégalités :

L'intégration des services peut être également développée selon une approche transversale en valorisant la coordination entre les secteurs sanitaires et sociaux ; cette approche repose, d'une part, sur une conception globale de la santé et du bien-être (y compris social) et poursuit, d'autre part, un objectif de lutte contre les inégalités sanitaires et sociales. Une étude, publiée en 2015 par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), propose une convergence entre les secteurs afin d'accroître la qualité des services⁹²⁹. Cette étude repose sur une approche internationale et quasi-exclusivement conceptuelle axée sur la prise en charge globale de l'individu et sur l'intégration des services ; elle propose une analyse des pratiques et des méthodes d'intégration fondées sur la qualité, la prévention et l'efficacité. L'analyse est menée par publics (les familles en situation de précarité, les jeunes atteints de troubles mentaux, les personnes en situation de marginalité sociale et les personnes isolées) et retranscrit la méthode d'intégration selon trois objectifs⁹³⁰ : premièrement, restructurer les services en fonction des publics ; deuxièmement, coordonner les services pour éviter les prises en charges « doublons » et valoriser la prévention ; troisièmement, réinvestir les économies réalisées dans de nouveaux programmes d'optimisation. Les méthodes transversales d'intégration tendent à réduire, plus efficacement, les inégalités selon une conception globale du risque (sanitaire et social) ; on remarque, par ailleurs, que la transversalité des facteurs de risques est prise en compte au sein de la LMSS et que les GHT sont organisés selon cette conception en permettant la participation d'établissements médico-sociaux.

La doctrine de l'intégration exerce une influence réelle sur la restructuration des services de santé ; leur vocation semble, à la fois, plus vaste (à travers la prévention) et plus transversale (grâce à la coopération avec le secteur social). On remarque, en outre, l'influence de la conception globale de la santé qui – en modifiant la conception du bien santé – réoriente la régulation publique et la recomposition de l'offre de soins. Il existe, finalement, une corrélation entre la conception du bien santé et les objectifs assignés à la régulation sanitaire.

⁹²⁸ Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 1.

⁹²⁹ OECD, *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*, OECD Publishing, Paris, 2015.

⁹³⁰ *Ibidem*, p. 15 et s.

Conclusion de la deuxième partie :

Bien qu'obligatoire, le dispositif GHT est caractérisé par sa souplesse sur le plan juridique et par les différents degrés d'intégration qu'il permet de définir ; à ce titre, nous avons souhaité montrer – en tenant compte de l'état d'avancement du dispositif – que la mise en place des GHT offrait un spectre de possibilités particulièrement vaste allant de la coopération fonctionnelle à la fusion médicale.

En outre, nous avons souhaité proposer trois lectures du dispositif : une lecture économique, une lecture juridique et une lecture comparative.

Sur le plan de l'analyse économique, nous avons souhaité appliquer à l'hôpital le modèle de la relation d'agence ainsi que la théorie de la capture du régulateur afin, d'une part, d'élargir le champ de l'analyse et, d'autre part, de souligner les nombreuses implications liées à la recomposition territoriale de l'offre de soins.

Sur le plan de l'analyse juridique, nous avons souhaité confronter le dispositif aux grands principes du service public afin de montrer que, sur le plan théorique et en l'attente d'éventuels transferts d'activités, la mise en place des GHT permettrait de préserver – voir même de revaloriser les principes d'égalité, de solidarité, de continuité et de mutabilité propres au SPH.

Sur le plan de l'analyse comparative, nous avons souhaité proposer l'exemple canadien pour deux raisons au moins : d'une part, parce que la doctrine de l'intégration des services a été développée et appliquée, depuis plusieurs années, sur ce territoire ; d'autre part, parce que le système de santé canadien offre quelques retours d'expériences et quelques perspectives susceptibles d'éclairer la mise en place de groupements hospitaliers en France.

Ces analyses permettent de décrire un dispositif doué d'un vaste potentiel sur le plan opérationnel et susceptible, en l'état, de préserver et de revaloriser les grandes dynamiques territoriales de notre système de santé.

Conclusion générale

La Cour des Comptes écrivait, dans son rapport annuel, que les décisions prises aujourd'hui concernent « *la qualité, l'accessibilité, la pérennité de notre système de soins à horizon de dix ans* » ; en effet, l'analyse des politiques publiques menées en faveur de la recomposition territoriale de l'offre de soins montre que les réformes se succèdent au rythme d'échéances relativement brèves. Dans ce contexte, la mise en place des GHT peut être regardée comme une étape, certes, déterminante et, cependant, invariablement soumise aux évolutions de l'offre et de la demande en matière de soins.

La mise en place des GHT est un processus en cours d'accomplissement puisque la publication du décret a, officiellement, entraîné l'application des premières mesures tandis que leur terme prévisionnel est prévu au premier janvier 2021. Par conséquent, l'inachèvement du dispositif invite à la mesure et force toute conclusion à prendre en compte l'avenir.

Il est possible, cependant, au regard des développements précédents, de proposer trois éléments de conclusion : le premier portant sur l'analyse générale des méthodes de restructurations hospitalières ; le second portant, plus spécifiquement, sur l'analyse économique du dispositif GHT et sur l'amélioration potentielle du rapport d'efficacité au sein du SPH ; le troisième portant, plus précisément, sur l'analyse juridique du dispositif GHT, sur la préservation et sur l'éventuelle revalorisation des grands principes associés au SPH.

Concernant, de manière générale, les méthodes de restructurations hospitalières nous nous sommes efforcés de doubler la description des régimes juridiques d'une perspective économique afin d'analyser, à l'usage, l'impact du droit. En d'autres termes, nous avons souhaité distinguer, d'une part, la théorie juridique ainsi que la logique économique et, d'autre part, l'usage effectif des dispositifs associés aux processus de restructurations. Nous avons par exemple remarqué que l'idée d'une coopération, d'une fusion ou d'une mutualisation constituait, sur le plan de la logique une opération efficace dans la mesure où elle visait à réaliser des économies d'échelle tout en augmentant la qualité des services ; or nous avons pu constater, en pratique, que le succès d'une telle opération reposait sur la maîtrise de nombreux déterminants tels que l'effet-taille, l'effet de gamme ou, plus largement, la définition d'un positionnement stratégique ainsi que la gestion et l'implication des ressources humaines. Ainsi, la première conclusion que nous pouvons tirer consiste à signaler le fait que le groupement des services ne constitue pas, en lui-même, un gage d'efficacité dans la mesure où il reste et demeure soumis à de nombreuses externalités et à l'inévitable épreuve du réel.

Concernant, de manière plus spécifique, l'analyse économique du dispositif GHT nous nous sommes efforcés d'appréhender la question de la manière la plus large possible afin de soutenir que l'efficience – si évidente qu'elle puisse être sur le plan théorique – était soumise à l'action des acteurs. En outre, nous avons souhaité souligner la spécificité du bien et du marché de la santé ; cette analyse nous a permis de comprendre, d'une part, que le bien santé conditionnait – en raison de sa spécificité – l'action de l'Etat régulateur et l'orientation des politiques publiques en matière de santé : ainsi, une conception globale du bien santé est susceptible d'aboutir à une régulation elle-même globale et, finalement, plus interventionniste. De même, l'analyse économique nous a permis de comprendre la structure du marché de la santé et de décrire l'environnement – caractérisé par son imperfection, son irrégularité et sa dualité – dans lequel s'inscrit la mise en place des GHT. Nous avons, par ailleurs, tenu à souligner les effets de la concurrence sectorielle et la place singulière occupée par l'opérateur privé dans un système socialisé et majoritairement abondé par l'assurance maladie ; dans ce contexte, les logiques concurrentielles trouvent à s'exprimer en marge ou en dépit d'un espace caractérisé par la gestion du bien public. Ces développements permettent de relever deux comparaisons : premièrement, la diversité des déterminants de santé peut être comparée à la transversalité des méthodes de régulation publique dans la mesure où celles-ci conviennent, d'une part, à favoriser l'adéquation entre l'offre et la demande de soins et à préserver, d'autre part, une forme d'éthique propre à la spécificité du bien santé ; deuxièmement, les actions menées en faveur de la maîtrise de l'offre de soins peuvent être comparées aux actions menées en faveur de la satisfaction de la demande en matière d'offre de soins afin de déterminer les principaux objectifs de la régulation. Ainsi, la seconde conclusion que nous pouvons tirer consiste à prévenir de l'attrait des logiques concurrentielles dans un système où le bien commun prime sur les intérêts individuels et où la réduction des inégalités de santé apparaît comme une obligation nationale dans le cadre d'un système socialisé.

Concernant, de manière plus précise, l'analyse juridique nous nous sommes efforcés de montrer que, du point de vue du droit positif, l'ensemble des grands principes du SPH semble être préservé et, même, revalorisé dans le cadre de la mise en place des GHT. En effet, en l'attente de transferts d'activités formalisés au sein des PMP, le dispositif préserve en l'état les principes d'égalité, de continuité et de mutabilité propres au SPH : en effet, la détermination d'une échelle adaptée aux besoins territoriaux de santé contribue, en raison de sa pertinence, à favoriser le développement d'un continuum de prise en charge susceptible de réduire les inégalités de santé ; de même, la mise en place des GHT illustre, du fait de son existence, la continuité et la mutabilité du service public face aux changements économiques et sociaux. Par ailleurs, nous avons souhaité ajouter à ces principes celui de la solidarité et celui de la fraternité qui constituent, l'un comme l'autre, les expres-

sions essentielles d'un système socialisé et, largement, abondé par l'assurance maladie. Ainsi, la troisième conclusion que nous pouvons tirer consiste à souligner le fait que, en l'état de son application, la mise en place des GHT préserve et revalorise les grands principes du SPH.

Les effets associés à la restructuration territoriale de l'offre de soins et à la mise en place des GHT s'exprimeront à l'avenir, selon leur réalisation, et devraient permettre de clarifier l'indécision plaçant le dispositif GHT entre la « coopération imposée » et la « fusion inavouée ». Il est possible, cependant, d'appliquer ici l'une des leçons retenues : sur le plan théorique, le dispositif GHT dispose, dans le cadre de la recomposition territoriale de l'offre de soins, de tous les éléments susceptibles de favoriser un meilleur rapport d'efficacité au sein du SPH ; cependant, l'amélioration d'un tel rapport repose, en pratique, sur les modalités de sa mise en place et sur l'action, présente et à venir, de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Au fond, l'objet de ce mémoire n'est pas de faire primer une option plutôt qu'une autre, ni même, au risque de paraître caricatural, de défendre la « publicisation » de l'offre de soins ; en revanche, il tend à souligner la spécificité du bien santé et à rappeler les objectifs essentiels de la régulation dans le cadre d'un système de santé soutenu par la puissance publique. Il tend, en outre, à souligner le fait que la concurrence est un vecteur d'innovation cependant que les excès de la concurrence participent à détourner la régulation de son objectif – peut-être – le plus essentiel : la satisfaction de la demande de soins plutôt que la maîtrise de l'offre dans le cadre d'un système majoritairement organisé autour du service public. Cette priorité répond, comme une nécessité, aux spécificités du bien santé, à la préservation de l'intérêt général et à la satisfaction du bien-être individuel ; elle respecte, par ailleurs, la dimension solidariste du service public en se concentrant sur la réduction des inégalités de santé et en valorisant les grands principes du service public hospitalier sans lesquels la santé serait un simple bien marchand livré, comme d'autres, à la « *gouvernance par le nombre* »⁹³¹.

⁹³¹ A. SUPIOT, *L'esprit...* (op. cit.) ; A. SUPIOT (dir.), *La gouvernance...* (op. cit.).

Bibliographie

1 – OUVRAGES ET MANUELS :

BERGOIGNAN-ESPER C., DUPONT M., *Droit hospitalier*, Dalloz, 9^e Edition, Paris, 2014, 996 p.

BORGETTO M., *La devise « Liberté, Égalité, Fraternité »*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 1997, 128 p.

CAHUC P., *La nouvelle microéconomie*, La Découverte, Paris, 1993, 128 p.

CALMES G., SEGADE J.-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière – L'épreuve de la vérité, Objectifs en management hospitalier*, Masson, 1998, 170 p.

CARBONNIER J., *Droit et passion du droit sous la Ve République*, Champs Essai, Flammarion, 1996, 276 p.

CASTAING C., GAUMONT-PRAT H. et LECA A. (dir.), *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément – Enseignement, Hôpital, Médecine*, LEH, 2014, 750 p.

CLÉMENT C., *La Communauté hospitalière de territoire (CHT), mode d'emploi – constitution et fonctionnement*, LEH Editions, 2012, 70 p.

CLÉMENT J.-M., *Cours de droit hospitalier*, Tome 1, LEH Éditions, 2004, 460 p.

CLÉMENT J.-M., *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République*, LEH - Bibliothèque du cercle des hospitaliers, 2010, 544 p.

CLÉMENT J.-M., *La nouvelle loi hôpital patients santé territoires – Analyse, critique et perspectives*, LEH, 2009 136 p.

DAMON J., FERRAS B., *La Sécurité sociale*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2015, 125 p.

DEBRAY R., *Le moment fraternité*, NRF, Gallimard, 2009, 384 p.

DEBRÉ R., *L'honneur de vivre – Témoignages*, Babelio, 1960, 462 p.

DOMIN J.-P., *Une histoire économique de l'hôpital (XIX-XXème siècle) – Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, Tome II (1946-2009), Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, 2013, 312 p.

DOUMAIL K., *Guide pratique de la tarification à l'activité*, LEH, 2009, 190 p.

DU MARAIS B., *Droit public de la régulation économique*, Presses de Science Po et Dalloz, Amphi, 2004, 350 p.

FABIANI J.-N., *C'est l'hôpital qui se moque de la charité – La fabuleuse histoire de l'hôpital du Moyen-Âge à nos jours*, Édition les arènes, Paris, 2016, 254 p.

FRIER P.-L., PETIT J., *Droit administratif*, Montchrestien, Lextenso, 2012, 634 p.

- GUINCHARD S., DEBARD T. (dir.), *Lexique des termes juridiques*, Lexiques, Dalloz, Paris, 2012, 1070 p.
- IMBERT J. (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Privat, 1982, 559 p.
- JÈZE G., *Les principes généraux du droit administratif, Vol. II – La notion de service public*, réédition, Dalloz, 2004, 862 p.
- JOURDAIN A. et BRÉCHAT P.-H. (dir.), *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2012, 256 p.
- KIRAT T., *Économie du droit*, Repères, La Découverte, Paris, 2012, 128 p.
- LAUDE A. et TABUTEAU D. (dir.), *La loi santé – Regard sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2016, 480 p.
- LECA A., LUNEL A., SANCHEZ S., *Histoire du droit de la santé*, Éditions LEH, Bordeaux, 2014, 320 p.
- MAJNONI D'INTIGNANO B., *Santé et économie en Europe*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2013, 128 p.
- MAILLARD C., *Histoire des hôpitaux de 1940 à nos jours : Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Dunod, Paris, 1986, 200 p.
- MEYER P., *Philosophie de la médecine*, Le collège de philosophie, Grasset et Fasquelle, Paris, 2000, 462 p.
- MOQUET-ANGER M.-L., *Droit hospitalier*, Lextenso, LGDJ, Paris, 2012, 528 p.
- NOGUÈS M., *Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé – La fin d'un conflit ?*, Médecine et société – Territoires et économie de la santé, PUF, Paris, 2001, 127 p.
- PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2004, 128 p.
- ROLLAND L., *Précis de droit administratif*, Dalloz, Paris, 1938, 652 p.
- ROSANVALLON P., *La société des égaux*, Les livres du nouveau monde, Seuil, Paris, 2011, 432 p.
- SALANIÉ B., *La théorie des contrats*, Économica, Paris, 1994, 141 p.
- SILEM A., A. GENTIER, J.-M. ALBERTINI (dir.), *Lexique de l'économie*, Lexiques, Dalloz, Paris, 2016, 713 p.
- SOENE A., *L'Hôpital dans la Ve République*, LEH Éditions, Bordeaux, 1994, 242 p.
- SUPIOT A., *L'esprit de Philadelphie – La justice sociale face au marché total*, Seuil, Paris, 2010, 184 p.
- SUPIOT A. (dir.), *La gouvernance par les nombres – Cours au Collège de France (2012-2014)*, Poids et mesures du monde, Fayard, Paris, 2015, 512 p.

SUPIOT A. (dir.), *La Solidarité – Enquête sur un principe juridique*, Collection Collège de France, Odile Jacob, Paris, 2015, 357 p.

TABUTEAU D. et MORELLE A., *La santé publique*, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2010, 128 p.

TABUTEAU D., *Démocratie sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013, 304 p.

TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, Mementos, Dalloz, 2012, 280 p.

TULLOCK G., *Le marché politique*, Paris, Économica, 1972, 89 p.

VON HAYEK F., *La route de la servitude*, PUF, Paris, 1985, 276 p.

2 – THESESES :

BORGETTO M., *La notion de fraternité en droit public français, Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité*, préface de Philippe Ardant, LGDJ, Paris, 1993, 689 p.

BRÉCHAT P.-H., *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé*, Thèse de doctorat en droit public soutenue le 12 novembre 2012 sous la direction de Monsieur Michel Borgetto, Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), 612 p.

3 – ARTICLES ET CONTRIBUTIONS :

ANASTASY C., *Préface*, dans ANAP, *La Loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre*, 2009, p. 3. Accessible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf.

APOLLIS B., « *Quel hôpital public au début du XXIe siècle ?* », RDSS, 2015, n° HS, p. 7 et s.

APOLLIS B., TERRIER E., « *La réforme de la planification hospitalière* », AJDA, 2006, p. 422 et s.

ARROW K. J., « *Uncertainty and the welfare economics of medical care* », The American Economical Review, Volume LIII, n°5, 1963, 33 p.

BARBOT J.-M., « *Les GHT doivent devenir un projet RH partagé* », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 5. Accessible sur : <http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre-blanc-ght-grant-thornton.pdf>, 38 p.

BELLANGER A., ESPAGNO C., JOHANET S., « *La chirurgie ambulatoire préfigure l'hôpital de demain* », EN3S, Regards, n°44, 2013, p. 36 et s.

BELLOUBET-FRIER N., « *Le principe d'égalité* », AJDA, 1998, p. 152 et s.

BERGOIGNAN-ESPER C., « *Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation* », RDSS, 2009, n° 5, p. 806 et s.

BLOOM D., CANNING D., « *Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance* », The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice, Vol. 28, N°2, SPECIAL ISSUE EN HEALTH, April 2003, p. 304-315.

BORGETTO M., « *Équité, égalité des chances et politiques de lutte contre les exclusions* », Droit Social, 1999, p. 221 et s.

BORGETTO M., « *La santé dans l'histoire constitutionnelle française* », RDSS, 2013, n° HS, p. 9 et s.

BORGETTO M., « *L'exercice de la médecine face aux mutations du modèle libéral* », RDSS, 2013, n° 4, p. 573 et s.

BORGETTO M., « *Les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale* », RDSS, 2016, n° 3, p. 403 s.

BORGETTO M., C. BERGOIGNAN-ESPER, « *La loi « Hôpital, patients, santé et territoires »* », RDSS, 2009, n° 5, p. 789 et s.

BOURDILLON F., « *Les territoires de santé : un outil de planification en santé* », RDSS, 2009, n° HS, p. 28 et s.

BRÉCHAT P.-H., MAGNIN-FEYSOT C., « *La place des usagers dans les différentes instances participant à la planification* », dans JOURDAIN A. et BRÉCHAT P.-H. (dir.), *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2012, 2e édition, p. 207-225.

CALMES G., DEHAINE J.-B., « *Fusion juridique des établissements publics de santé en 2012 – de la théorie à la pratique* », *Réflexions hospitalières*, Revue Hospitalière de France, Janvier-Février 2012, n° 544, p. 61 et s.

CHAPLIN A., SCHMIDT S., « *Do Mergers Improve Efficiency? Evidence from Deregulated Rail Freight* », *Journal of Transport Economics and Policy*, Vol. 33, 1999 (n°2), p. 147-162.

CHAUVIN F., « *De l'agence régionale de l'hospitalisation à l'agence régionale de santé* », RDSS, 2009, n° HS, p. 65 et s.

CLÉMENT C., « *L'autonomie des établissements publics de santé* » – dans CASTAING C., GAUMONT-PRAT H. et LECA A. (dir.), *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément – Enseignement, Hôpital, Médecine*, LEH, 2014, 750 p.

CODDINGTON D. C., MOORE K. D., FISCHER E. A., *Making Integrated Health Care Work: Second Edition*, Englewood, CO: Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1997.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., « *La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance – Health governance : a performance-oriented regulation* », *Santé publique*, 2008, volume 20, N°2, p. 191-199.

CORMIER M., « *Mutations et enjeux des coopérations hospitalières* », AJDA, 2006, p. 416 et s.

COULOMB A., « *L'accréditation : alibi d'une réforme institutionnelle ou amorce d'une révolution des comportements* », *Droit social*, 1996, p. 888 et s.

- COUTURIER P., « *GHT, communautariser pour économiser ?* », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 5 et s. Accessible sur : http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blanc_gh_t_grant_thornton.pdf.
- DAFNY L., « *Estimation and Identification of Merger Effects: An Application to Hospital Mergers* », *The Journal of Law & Economics*, Vol. 52, 2009 (n°3), p. 544 et s.
- DELAS A., « *L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques* », *Hérodote*, 2011, n°143, p. 89 et s.
- DUBOIS Y., « *La pertinence sociale du GHT* », *Gestion Hospitalières*, mars 2016, n° 554, p. 149 et s.
- DUFOURCQ N., « *Démocratie sociale et Sécurité sociale* », *Droit Social*, 1994, p. 1108 et s.
- DU MARAIS B., « *Crise de la régulation ou « capture du régulateur » ?* », 2009, 10 p. dans MERIEUX A. (dir.), *Rapport Moral sur l'argent dans le monde 2009*, Paris, Association d'économie financière, juin 2009.
- DUPEYROUX J.-J., « *Le plan Juppé* », *Droit social*, 1996, p. 753 et s.
- DUPONT B., *Préface*, dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 5 et s. Accessible sur : http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blanc_gh_t_grant_thornton.pdf.
- DUPONT M., « *La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ?* », *RDSS*, 2009, n° 5, p. 791 et s.
- DUPONT M., « *La mutabilité et les restructurations hospitalières* », *RDSS*, 2013, n° 1, p. 31 et s.
- DUPONT M., « *Hôpital public et coopération sanitaire* », *RDSS*, 2015, n° HS, p. 23 et s.
- ÉVIN C., « *Quelques réflexions à propos du chapitre santé du plan Juppé* », *Droit Social*, 1996, p. 300 et s.
- ÉVIN C., « *La place de l'hôpital public dans le système de santé* », *RDSS*, 2015, n° HS, p. 19 et s.
- ÉVIN C., « *Les groupements hospitaliers de territoire au service d'une stratégie de groupe* », *Revue Hospitalière de France*, n° 568, janvier-février 2016, p. 36-40.
- EWALD F., « *La société assurantielle et son avenir* », *Le Débat*, novembre-décembre 2009, n°157.
- FERRIER G. D., VALDMANIS V. G., « *Do Mergers Improve Hospital Productivity?* », *The Journal of Operational Research Society*, Vol. 55, 2004 (n°10), p. 1071-1080.
- GADREAU M., « *Économie et éthique en santé du calcul au jugement de valeur* », *Revue de philosophie économique*, Vrin, Vol. 10, 2009/1, p. 3-17.
- GAYNOR M., VOGT W. B., « *Competition Among Hospitals* », *The RAND Journal of Economics*, Vol. 34, 2003 (n°4), p. 764-785.

GHEBALI-BAILLY M., « *La légalité de la nouvelle réglementation de l'exercice de l'activité libérale à l'hôpital* », AJDA, 2003, p. 1514 et s.

GORTON G., KAHL M., ROSEN R. J., « *Eat or Be Eaten: A Theory of Mergers and Firm Size* », The Journal of Finance, Vol. 64, 2009 (n°3), p. 1291-1344.

GOWRISANKARAN G., HOLMES T. J., « *Mergers and the Evolution of Industry Concentration: Results from the Dominant-Firm Model* », The RAND Journal of Economics, Vol. 35, 2004 (n°3), p. 561 et s.

HÉAS F., « *Exercice de la médecine et salariat* », RDSS, 2013, n° 4, p. 573 et s.

HENRIET D. et ROCHET J.-C., « *Régulation et intervention publique dans les systèmes de santé* », dans MOUGEOT M., *Régulation du système de santé*, La Documentation française, Paris, 1999, 204 p.

HERDER-DORNEICH P., « *Social control in health economics* », Review of social economy, Vol. 36, N°1, 1978, p. 11-18.

HERNANDEZ S. R., « *Horizontal and Vertical Healthcare Integration: Lessons Learned from the United States* », Healthcare Paper, Vol. 1, n°2, 2000, p. 59-66.

HODGSON G. M., « *An institutional and evolutionary perspective on health economics* », Cambridge Journal of Economics, Vol. 32, No. 2 (March 2008), p. 235-256.

HUBERT J., « *La mise en place des GHT n'est pas une nouvelle organisation hospitalière* », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 5 et s. Accessible sur : http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blan_c_ght_grant_thornton.pdf.

JACOBZONE S., « *Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public* », Sciences sociales et santé, Volume 13, n°1, 1991, p. 5-46.

JENSEN M. C., MECKLING W. H., « *Theory of the firm: managerial behavior. Agency cost and ownership structure* », Journal of financial economics, Volume 3, n°4, 1976, p. 305-360.

JORNET F., « *Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire* », RDSS, 2009, n° HS, p. 108 et s.

KADA N., « *La réforme de l'État territorial* », RFAP, 2012 n°1, n°141, p. 119 et s.

KEASBEY L. M., « *The principles of Economic Geography* », Political Science Quarterly, vol. 16, n°3, 1901, p. 476-485.

KELLER C., LOUAZEL M., MOQUET-ANGER M.-L., « *Les outils de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ?* », RDSS, 2013, n° 4, p. 687 et s.

KELLER C., « *De la communauté hospitalière de territoire au groupement hospitalier de territoire : continuité et rupture* », La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 28, 13 Juillet 2015, 2229.

- KODNER D. L., SPREEUWENBERG C., « *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications. A Discussion Paper* », International Journal of Integrated Care, Vol. 2, 2002.
- LAFORE R., « *La décentralisation de l'action sociale, l'irrésistible ascension du « département-providence »* », Revue française des Affaires sociales, 2005, n°4, p.19 et s.
- LAFORE R., « *L'acte II de la décentralisation et l'action sociale* », RDSS, 2005, n° 1, p. 5 et s.
- LEATT P., PINK G. H., GUERRIERE M., « *Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare* », Healthcare Paper, Vol. 1, n°2, 2000. p. 13-35.
- LECA A., « *La médecine libérale : quelle réalité juridique ?* », RDSS, 2011, n° HS, p. 91 et s.
- LE TAILLENDIER V., ROLDO C., « *La gouvernance du GHT* » dans Gestion Hospitalières, n° 554, mars 2016, p. 150-151.
- LEUTZ W., « *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United-States and the United Kingdom* », Milbank Quarterly, n°77, 1999, p. 77-110.
- LÉVY E., « *L'économiste de la santé face à la distinction public-privé* », Archives de la Philosophie du droit, 1997, n°41, p. 387-393.
- MAQUART B., « *La réforme de l'hospitalisation publique et privée* », Droit social, 1996, p. 868 et s.
- MARRIOTT J., MABLE A. L., « *Integrated health organization in Canada: developing the ideal model* », Healthcare Paper, Vol. 1, n°2, 2000, p.76-87.
- MARKUS J.-P., « *Le Conseil de l'Europe et l'effectivité du principe d'égalité d'accès aux soins* », RDSS, 2014, n° 1, p. 63 et s.
- MANDIN F., « *Politique d'accès aux soins et conditions d'exercice de la médecine libérale : le contrat d'engagement de service public* », RDSS, 2013, n° 4, p. 591 et s.
- MEHROTRA S., « *Human Capital or Human Development? Search for a Knowledge Paradigm for Education and Development* », Economic and Political Weekly, Vol. 40, n° 4, 2005, p. 300-306.
- MESNIL M., « *La loi de modernisation de notre système de santé devant le Conseil constitutionnel* », dans LAUDE A. et TABUTEAU D. (dir.), La loi santé – Regard sur la modernisation de notre système de santé, Presses de l'EHESP, 2016, p. 455 et s.
- MOREAU J., « *Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation* », RDSS, 2009, n° HS, p. 16 et s.
- PAUL E., « *La pertinence économique du GHT* », Gestion Hospitalières, mars 2016, n° 554, p. 147 et s.
- PELLET R., « *La Cour des Comptes et les lois de financement de la Sécurité sociale* », Droit social, 1996, p. 774 et s.
- PELLET R., « *Étatisation, fiscalisation et budgétisation de la Sécurité sociale* », Droit social, 1995, p. 296 et s.

- PELLET R., « *L'égalité et « l'accroissement du reste à charge »* », RDSS, 2013, n° 1, p. 38 et s.
- POLTON D., « *La régulation des dépenses en médecine de ville : dépasser le débat maîtrise médicalisée / maîtrise comptable* », Droit social, 1996, p. 808 et s.
- PORTAL D., « *Le CHU au cœur des GHT – Les CHU auront des responsabilités croissantes au sein des GHT* », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 27 et s. Accessible sur : http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blanc_gh_t_grant_thornton.pdf.
- PRÉTOT X., « *Le Parlement et le financement de la Sécurité sociale* », Droit social, 1996, p. 762 s.
- RANGEON F., « *Réflexions sur l'effectivité du droit* », dans CURAPP, *Les usages sociaux du droit*, Colloque, Publications du Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie, 1990, 335 p.
- RICOMES M., « *Organisation des territoires – La mise en place de la cartographie des GHT au sein de la nouvelle région Normandie* », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 30 et s. Accessible sur : http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blanc_gh_t_grant_thornton.pdf.
- RODWIN V. G., LE PEN C., « *Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ?* », Droit social, 1996, p. 859 et s.
- ROSKO M., « *Understanding Variations in Hospital Costs: an Economic Perspective* », Annals of Operations Research, n° 67, 1996, p. 1-21.
- SÉCHER J., « *Le projet médical partagé comme sens de l'action, la souplesse et la subsidiarité du dispositif comme modalités d'action et la prise en compte des professionnels de santé comme facteur clé du succès* », dans *Groupements Hospitaliers de Territoire – Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique*, Grant Thornton, Finances Hospitalières, Santé RH, p. 5 et s. Accessible sur : http://www.grant-thornton.fr/spub-232-livre_blanc_gh_t_grant_thornton.pdf.
- SHORTELL S., ROBIN M., GILLIES R., ANDERSON D. A., « *The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems* », Health Affairs, Winter, 13(5).
- SHORTELL S., ROBIN M., GILLIES R., ANDERSON D. A., MITCHELL J. B., MORGAN K. L., « *Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators* », Hospital and Health Services Administration, Winter, 38(4).
- SHORTELL S., ROBIN M., GILLIES R., ANDERSON D. A., MORGAN E. K., MITCHELL J. B., « *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems* », San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- SOWDEN A., ALETRAS V. et autres, « *Volume of clinical activity in hospitals and healthcare outcomes, costs and patient access* », Quality in Health Care, n°6, 1997, p. 109-114.
- STIGLER G. J., « *The theory of Economic Regulation* », Bell Journal of Economics and Management Science, n°2, p. 3 et s.
- STRAUB T., « *Reasons for Frequent Failure in Mergers and Acquisitions – A Comprehensive Analysis* », Deutscher Universität Verlag, Gabler Wissenschaft, 2007, 227 p.

SUHRCKE M., FAHEY D., MC KEE M., « *Economic aspects of chronic disease and chronic disease management* » dans NOLTE E., MC KEE M. et autres, *Caring people with chronic conditions: a health system perspective*, Maidenhead, Open University Press, 2008, p. 43-63.

SUPIOT A., « *La fraternité et la loi* », *Droit social*, 1990, p. 118 et s.

SUTER E., OELKE N. D., ADAIR C. E., ARMITAGE G. D., « *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration* », *Healthc Q.*, Spec. N°13, october 2009, p. 16-23.

TABUTEAU D., « *Politiques de santé et territoire* », *RDSS*, 2009, n° HS, p. 7 et s.

TABUTEAU D., « *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre replis et renouveau* », *RDSS*, 2013, n° 1, p. 5 et s.

TACHON M., « *La mise en plan du social départemental* », dans JOURDAIN A. et BRÉCHAT P.-H. (dir.), *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2012, 2e édition, p. 187-204.

TERRÉ F., « *Michel BORGETTO, La notion de fraternité en droit public français, Le passé, le présent et l'avenir de la solidarité, préface de Philippe Ardant, Paris, LGDJ, 1993, 689 p.* », *Comptes Rendus, Archives de la Philosophie du Droit*, 1994, p. 480-482.

THIVEAUD J.-M., « *Finance, Politique et Santé : Bilan de Quelques millénaires : pratiques, législation et coûts jusqu'à la France de 1945* », *Revue d'économie financière, Numéro Spécial : le financement de la santé*, n° 34, 1995, p. 15-46.

VIGNERON E., HAAS S., « *L'amélioration de l'accessibilité aux soins – La question du territoire du GHT* », *Gestion Hospitalières*, mars 2016, n° 554, p. 139 et s.

VINCENT G., « *Les réformes hospitalières* », *Revue française d'administration publique, ENA*, 2005, n°113, p. 49 à 63.

VITA M. G., SACHER S., « *The Competitive Effects of Not-for-Profit Hospital Mergers: A Case Study* », *The Journal of Industrial Economics*, Vol. 49, 2001 (n°1), p. 63 et s.

VONDELING H., « *Economic Evaluation of Integrated Care: an Introduction* », *International Journal of Integrated Care*, n°4, 2004, p. 1-10.

WALSTON S. L., KIMBERLY J. R., BURNS L. R., « *Owned vertical integration and health care : Promise and performance* », *Health Care Management Review, Aspen Publishers*, 21(1), 1996, p. 83-92.

WEIL T., « *Hospital Mergers : A Panacea ?* », *Journal of Health Sciences Research & Policy*, p. 1-3 cité dans J. MAND (dir.), *Hospital Consolidations and Conversions – A Review of the Literature*, Universal Health Care Foundation of Connecticut, 2014 ; accessible sur : http://universalhealthct.org/images/publications/Hospital_Consolidations_and_Conversions.pdf.

WHITESELL S. E., WHITESELL W. E., « *Hospital Mergers and Antitrust: Some Economic and Legal Issues* », *The American Journal of Economics and Sociology*, Vol. 54, 1995 (n°3), p. 308 et s.

ZHOU W., « *Large is beautiful: Horizontal mergers for better exploitation of production shocks* », *The Journal of Industrial Economics*, Vol. 56, 2008 (n°1), p. 68-93.

4 – RAPPORTS ET NOTES TECHNIQUES :

AZKENAZY P., MARTIN P., « *Promouvoir l'égalité des chances à travers le territoire* », CAE, Note du conseil d'analyse économique, n°20, février 2015, 12 p.

BARTOLI F., DE BEAUCHAMPS H., DESTAIS N., YÉNI I., *Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soin*, IGAS, septembre 2012, 184 p.

BOURGUEIL Y., MOUSQUÈS J., TAJAHMADI A., *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? – Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, Rapport n° 534 (biblio n°1635), juin 2006, 70 p.

BUR Y., *Rapport d'information déposé par la commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé*, Assemblée Nationale, n°697, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 6 février 2008, 2008, 168 p.

CLEMENTS B., D. COADY, S. GUPTA, *The economics of public health care reform in advanced and emerging economies*, International Monetary Fund, 2012, p. 35.

CNEH, *L'écho Actualités JuriSanté, Spécial Loi de modernisation de notre système de santé, l'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches*, CNEH, JuriSanté n°86, janvier 2016, 72 p.

COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification*, Document de travail n°10, IRDES, 2008, 31 p.

CONSEIL D'ÉTAT, *Guide des outils d'action économique*, « 18. Encadrement général des activités économiques (I) : objet du cadre », Section du rapport et des études, 2015.

COUR DES COMPTES, « *Les coopérations hospitalières* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, septembre 2011, p. 259-286.

COUR DES COMPTES, « *Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance-maladie à mieux connaître* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, septembre 2014, p. 449-463.

COUR DES COMPTES, « *Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, septembre 2015, p. 187-216.

COUR DES COMPTES, « *Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délais* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, septembre 2015, p. 301-344.

COUR DES COMPTES, « *L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler* », dans *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, La Documentation Française, septembre 2015, p. 417-448.

- COUTY E. et autres, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, mars 2013.
- DEBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G., *Projet Hôpital 2007 – Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale »*, 2003, 176 p.
- DEXIA, NOUVELLE FABRIQUE DES TERRITOIRES, « *10 ans de recomposition hospitalières en France* », Janvier 2009, 16 p.
- DEVICTOR B., *Le service public territorial de santé (SPTS) le service public hospitalier (SPH) – Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, Ministère de la Santé, mars 2014, 209 p.
- GREER S. L., WISMAR M., FIGUERAS J., *Strengthening Health System Governance – Better policies, stronger performance*, European Observatory on Health Systems and Policies services, Open University Press, 2015, 290 p.
- GRÉGOIRE R., *Rapport sur les problèmes de l'hospitalisation*, Paris, Ministère de la Santé, 1970.
- HUBERT J, MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, mai 2015, 52 p.
- HUBERT J., MARTINEAU F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, février 2016, 51 p.
- HURIET C., *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière*, Tome I – Exposé général et examen des articles, Sénat, n° 76, Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 1985, Session ordinaire 1985-1986.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *L'hôpital*, Rapport annuel, La Documentation Française, Paris, 2012, 298 p.
- INSTITUT MONTAIGNE, *Décentralisation : sortons de la confusion – Repenser l'action publique dans les territoires*, janvier 2016, 116 p.
- INSTITUT MONTAIGNE, *Réanimer le système de santé – Propositions pour 2017*, Rapport, juin 2016, 100 p.
- IRDES, « *Historique des réformes hospitalières en France* », 2015, 36 p. ; accessible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>.
- LALANDE F., SCOTTON C., BOCQUET P.-Y., BONNET J.-L., *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?*, IGAS, 2012, 273 p.
- LALONDE M., *Nouvelle perspective de la santé des canadiens – Un document de travail*, Ministère de la santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, Ottawa, avril 1974, 83 p.
- LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 2008, 102 p.

LIDSKY V. et autres, *Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017*, INSPECTION GENERALE DES FINANCES (n° 2012-M-007-03) INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (n° RM2012-083P), 2012, 100 p.

MARCHILDON G. P., *Canada – Examen du système de santé, Systèmes de santé en transition*, European Observatory on Health System and Policies, WHO, Vol. 15, n°1, 2013, 234 p.

MARESCAUX J., *Rapport sur l'avenir des centres hospitaliers universitaires (CHU)*, La Documentation Française, 2009, 325 p.

Mc KEE M., *Reducing hospital beds – What are the lessons to be learned*, European Observatory on Health Systems and Policies series, Policy Brief n° 6, 2004, 18 p.

MERKUR S., SASSI F., MC DAID D., *Promoting health, preventing disease: is there an economic case ?*, Policy Summary 6, World Health Organization, 2013, 84 p.

MILON A., *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, Tome I : Examen des articles, Sénat n°380, Session ordinaire de 2008-2009, Annexe au procès-verbal de la séance du 6 mai 2009.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *GHT : accéder aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit*, Fiche de présentation, 2016 ; accessible sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>.

MOLEUX M., SCHAETZEL F., SCOTTON C., *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (RM2011-061P), 2011, 124 p.

MOUGEOT M., *Régulation du système de santé*, La Documentation française, Paris 1999, 204 p.

NAYLOR D., GIRARD F., MINTZ J., FRASER N., JENKINS T., POWER C., *Libre cours à l'innovation : soins de santé excellents pour le Canada – Rapport du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, juillet 2015, 186 p.

NOLTE E., MC KEE M. et autres, *Caring people with chronic conditions: a health system perspective*, Maidenhead, Open University Press, 2008, 290 p.

NOLTE E., PITCHFORTH E., *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*, Policy Summary 11, World Health Organization (WHO), 2014, 55 p.

OECD, *Integrating Social Services for Vulnerable Groups: Bridging Sectors for Better Service Delivery*, OECD Publishing, Paris, 2015, 212 p.

OR Z., RENAUD T., COM-RUELLE L., *Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? – Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs publics et privé en France*, IRDES, DT n°25, 2009, 36 p.

RAULT J.-F. (dir.), *Atlas de la démographie médicale en France*, CNOM, CNOM DATA, 2015, 322 p.

RITTER P., *Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*, 2008, 63 p.

SINCLAIR D., ROCHON M., LEATT P., *Riding the third rail: the story of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996-2000*, Institute for Research on Public Policy, Montréal, 2005, 312 p.

SAINT-PAUL G., *Réflexions sur l'organisation du système de santé*, Conseil d'Analyse Économique, La Documentation française, Paris, 2012, 178 p.

SALTMAN R. B., BANKAUSKAITE V., VRANGBAEK K., *Decentralization in health care, European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Open University Press, The Mc Graw Hill Companies, 2007, 326 p.

THOMSON S., FIGUERAS J., EVETOVITS T., JOWETT M., MLADOVSKY P., MARESSO A., CYLUS J., KARANIKOLOS M., KLUGE H., *Economic crisis, health system and health in Europe – impact and implications for policy*, Policy Summary, World Health Organization (WHO), 2015, 60 p.

VALLENCIEN G., *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire à la demande de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*, 2008.

VASSELLE A., *Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*, adopté par l'Assemblée Nationale, Tome II : Assurance Maladie, Sénat, n° 72, Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2007, Session ordinaire 2007-2008.

VÉRAN O., LACLAIS B., TOURAINE J.-L., GEOFFROY H., FERRAND R., *Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé*, Assemblée Nationale, n° 2673, quatorzième législature, déposé à la présidence de l'Assemblée Nationale le 20 mars 2015, 905 p.

5 – PRESSE ET MEDIA :

CORDIER C., « *L'Adesm veut que les hôpitaux psychiatriques expérimentent différentes configurations de GHT* », Hospimédia, publié le 12 février 2016.

CORDIER C., « *Les CME du secteur privé ne veulent pas être écartées des projets médicaux partagés des GHT* », Hospimédia, publié le 23 novembre 2015.

CORDIER C., « *La structuration groupée des cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés* », Hospimédia, publié le 20 janvier 2016.

CORDIER C., « *Les CME du secteur privé ne veulent pas être écartées des projets médicaux partagés des GHT* », Hospimédia, publié le 23 novembre 2015.

CORDIER C., « *La FHP présentera en février 2016 deux projets d'expérimentation de GHT privés* », Hospimédia, publié le 9 décembre 2015.

CORDIER C., « *La structuration groupée de cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés* », Hospimédia, publié le 20 janvier 2016.

CORDIER C., « *La structuration groupée de cliniques en Bretagne serait un atout pour d'éventuels GHT privés* », Hospimédia, publié le 20 janvier 2016.

CORDIER C., « *Trois syndicats de psychiatres publics demandent des aménagements « substantiels » à la loi de Santé* », Hospimédia, publié le 29 décembre 2015.

CORDIER C., « *Le CH d'Arles évoque l'idée d'un GHT associé au CHU de Nîmes et Marseille* », Hospimédia, publié le 23 février 2016.

CORDIER C., « *Le Spép veut des règles fonctionnelles claires entre communautés psychiatriques de territoire et GHT* », Hospimédia, publié le 14 décembre 2015.

CORDIER C., « *Trois syndicats de psychiatres publics demandent des aménagements « substantiels » à la loi de Santé* », Hospimédia, publié le 29 décembre 2015.

CORDIER C., « *La création d'un GHT dédié à la psychiatrie entre les trois EPSM du Nord est envisagée* », Hospimédia, publié le 15 janvier 2016.

CORDIER C., « *Le GHT Haute-Garonne et Tarn-Ouest est créé avec une communauté psychiatrique de territoire dédiée* », Hospimédia, publié le 6 juillet 2016.

HÉMERY P., « *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott* », Hospimédia, publié le 8 juillet 2016.

HÉMERY P., « *Les élus locaux craignent un « groupement hospitalier de territoire XXL » dans le Bas-Rhin* », Hospimédia, publié le 18 février 2016.

HÉMERY P., « *Les élus locaux craignent un « groupement hospitalier de territoire XXL » dans le Bas-Rhin* », Hospimédia, publié le 18 février 2016.

HÉMERY P., « *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott* », Hospimédia, publié le 8 juillet 2016.

HÉMERY P., « *Les intersyndicales de praticiens hospitaliers veulent reporter de six mois la mise en place des GHT* », Hospimédia, publié le 16 février 2016.

HÉMERY P., « *135 GHT, 20 dérogations, quelques sursis et un premier boycott* », Hospimédia, publié le 8 juillet 2016.

HÉMERY P., « *Deux pôles inter-établissements sont nés aux Hôpitaux Champagne-Sud* », Hospimédia, publié le 12 juillet 2016.

HÉMERY P., « *Les intersyndicales de praticiens hospitaliers veulent reporter de six mois la mise en place des GHT* », Hospimédia, publié le 16 février 2016.

HOSPIMEDIA, « *Syndicass-CFDT – GHT / Fondation Rothschild – Ucla / CH Roubaix – Fast Care / URPS Centre - Portail* », Bref sanitaire Hospimédia, Hospimédia, publié le 23 février 2016.

HOSPIMÉDIA, « *Mise en place des groupements hospitaliers de territoire : de la théorie à la pratique* », Hospimédia, publié le 11 décembre 2015.

NAYRAC C., « *Action praticiens hôpital craint que les GHT ne transforment les médecins hospitaliers « en nomades »* », Hospimédia, publié le 5 février 2016.

NAYRAC C., « *Le CH de Saintonge espère reprendre son activité de soins intensifs neurovasculaires en 2016* », Hospimédia, publié le 22 janvier 2016.

NAYRAC C., « *Les syndicats de praticiens hospitaliers affichent leur exaspération au sujet du plan d'attractivité* », Hospimédia, publié le 8 décembre 2015.

NAYRAC C., « *Jacqueline Hubert souhaite la création d'un « GHT exemplaire » pour le CHU de Grenoble et le Sud Isère* », Hospimédia, publié le 27 janvier 2016.

NAYRAC C., « *Les présidents de CME et de CH dénoncent « les effets destructeurs » des orientations actuelles des GHT* », Hospimédia, publié le 18 février 2016.

NAYRAC C., « *Le GHT Rhône-Vercors-Vivarais signe sa convention et définit quatre actions prioritaires* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

PIN M. et QUÉGUINER T., « *Les directions ne sont pas préparées à des relations sociales très rudes par moment* », Hospimédia, recueil des propos publié le 3 août 2016.

QUÉGUINER T., « *L'ARS Pays de la Loire valide sans dérogation ses cinq GHT départementaux* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

QUÉGUINER T., « *Les « choses sérieuses » sur les GHT commenceront le 1er juillet pour la DGOS et les hospitaliers* », Hospimédia, publié le 24 juin 2016.

QUÉGUINER T., « *Quinze GHT, trois dérogations et deux incertitudes planent sur les hôpitaux franciliens* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

QUÉGUINER T., « *Quinze GHT, trois dérogations et deux incertitudes planent sur les hôpitaux franciliens* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

QUÉGUINER T., « *Les « choses sérieuses » sur les GHT commenceront le 1er juillet pour la DGOS et les hospitaliers* », Hospimédia, publié le 24 juin 2016.

QUÉGUINER T., « *Quinze GHT, trois dérogations et deux incertitudes planent sur les hôpitaux franciliens* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

QUÉGUINER T., « *Le directeur du CHI de Poissy-Saint-Germain s'attèle au redressement du CH de Mantes-la-Jolie* », Hospimédia, publié le 11 décembre 2015.

QUÉGUINER T., « *Le Resah aspire à couvrir dès l'été prochain 80 % des besoins nationaux d'achats hospitaliers* », Hospimédia, publié le 16 décembre 2015.

QUÉGUINER T., « *Le Gouvernement évoque un dégel symbolique du point d'indice, les syndicats crient au coup de com'* », Hospimédia, publié le 26 janvier 2016.

QUÉGUINER T., « *La FHF propose d'inscrire « le fait régional » dans sa plateforme politique pour 2017* », Hospimédia, publié le 19 janvier 2016.

QUÉGUINER T., « *La moitié des directeurs d'hôpital poussent à créer des directions fonctionnelles territoriales* », Hospimédia, publié le 12 février 2016.

TRIBAULT G., « *Une hypothèse de GHT de 40 établissements autour du CHU de Rouen inquiète les élus* », Hospimédia, publié le 15 février 2016.

TRIBAULT G., « *Les complémentaires santé rendront bientôt des propositions sur le tiers payant généralisé* », Hospimédia, publié le 28 janvier 2016.

TRIBAULT G., « *Les fonctions SI, achats et information médical des GHT sont précisées dans un projet de décret* », Hospimédia, publié le 8 février 2016.

TRIBAULT G., « *Le CH Eure-Seine sera l'établissement support d'un GHT* », Hospimédia, publié le 12 février 2016.

TRIBAULT G., « *Les segments achats seront répartis entre le national et ses trois opérateurs et le régional* », Hospimédia, publié le 8 décembre 2015.

TRIBAULT G., « *L'ARS Centre-Val de Loire valide la création d'un GHT par département* », Hospimédia, publié le 4 juillet 2016.

TRIBAULT G., « *Onze établissements et services médico-sociaux font partie des GHT de Normandie* », Hospimédia, publié le 6 juillet 2016.

6 – TRAVAUX INÉDITS :

GAYNOR M., TOWN R., « *The impact of hospital consolidation - Update* », 2012, Retrieved September 3, 2014, from The Synthesis Project: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2012/rwjf73261

HOUDART L., JEUNE L., « *Les CHT sont mortes vive les GHT ! Ou la création d'une nouvelle espèce juridique : le groupement hospitalier de territoire* », Partie 1, (<http://www.houdart.org/blog/les-cht-sont-mortes-vive-les-ght-ou-de-la-creation-dune-nouvelle-espece-juridique-le-groupement>).

HOUDART L., JEUNE L., « *Les CHT sont mortes vive les GHT !* », Partie 2, (<http://www.houdart.org/blog/les-cht-sont-mortes-vive-les-ght-partie-2>).

MARCHILDON G. P., « *Evaluationg health policy and system performance: are we moving to a network model ?* », Livre blanc, ébauche, Kingston, Monieson Centre for Business Research in Healthcare, Queen's University, 2014; accessible à partir de : <http://moniesonhealth.com/resources/2014-WhitePaper-Marchildon.pdf>.

MAND J. (dir.), *Hospital Consolidations and Conversions – A Review of the Literature*, Universal Health Care Foundation of Connecticut, 2014; accessible sur: http://universalhealthct.org/images/publications/Hospital_Consolidations_and_Conversions.pdf.

STIGLITZ J. E., « *Government Failure vs. Market Failure: Principles of Regulation* ». Accessible sur:

https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjM0KvB8ujOAhXF6RQKHftuAWUQFggcMAA&url=https%3A%2F%2Fufr-dsp.u-paris10.fr%2Fservlet%2Fcom.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw%3FID_FICHER%3D1241472506196%26ID_FICHE%3D165630%26INLINE%3DFALSE&usg=AFQjCNF2zLroKvVIDFhaWga7dDKaaU7Upw&cad=rja.

Sommaire

INTRODUCTION :	7
I – La définition des termes du sujet :.....	7
A – La définition de la recomposition territoriale de l’offre de soins :.....	8
B – La définition du dispositif GHT :.....	8
II – Les enjeux liés aux termes du sujet :.....	9
A – Les enjeux liés à la recomposition territoriale de l’offre de soin :.....	9
B – Les enjeux liés à la mise en place des GHT :.....	9
PARTIE 1 : LE GHT COMME UN MODE DE « COOPÉRATION IMPOSÉE » PARTICIPANT A UNE RECOMPOSITION DE L’OFFRE DE SOINS ENCORE INACHEVÉE :	11
Titre 1 : La recomposition territoriale comme un processus constant de l’organisation de l’offre de soins :.....	11
Chapitre 1 : La recomposition perpétuelle de l’offre de soins :.....	12
Section 1 : Une réglementation progressive ayant abouti à la consécration de l’hôpital public :	12
I – Une phase de reconnaissance juridique :.....	12
A – La loi du 21 décembre 1941 ou le début de « l'étatisation des hôpitaux » :.....	13
1°/ Un acte d'harmonisation :.....	13
2°/ Un acte d'étatisation :.....	14
B – Les ordonnances de 1958 ou la réforme « hospitalo-universitaire » :.....	15
1°/ L'objet de la réforme hospitalo-universitaire :.....	15
2°/ L'apport de la réforme hospitalo-universitaire :.....	16

II – Une phase d'organisation hospitalière :	17
A – La consécration du service public hospitalier :	17
1°/ La création du service public hospitalier :	18
2°/ La création de la fonction publique hospitalière :	19
B – La rationalisation du système hospitalier :	20
1°/ Le contexte économique et social :	20
2°/ La rationalisation de l'offre de soins :	20
Section 2 : Une capacité limitée de l'hôpital public à proposer une offre de soins efficiente sur l'ensemble du territoire :	22
I – La régionalisation des politiques hospitalières :	22
A – L'ampleur de la réforme de 1996 :	22
1°/ Un contexte de crise budgétaire :	22
2°/ Une réforme structurelle :	23
B – Les modifications ultérieures à la réforme de 1996 :	24
1°/ Les aménagements des années 2002-2003 :	24
2°/ La nouvelle gouvernance :	25
II – La régionalisation des politiques de santé :	26
A – L'ampleur de la réforme :	26
1°/ Une ambition globale :	26
2°/ Une réforme structurante :	27
B – L'apport de la réforme :	28
1°/ La régionalisation de la gouvernance sanitaire et sociale :	28
2°/ La valorisation des coopérations inter-hospitalières :	29

Chapitre 2 : La régulation insuffisante de l'offre de soins :	31
Section 1 : Une régulation limitée par les caractéristiques propres au marché de la santé :	31
I – Une régulation de l'offre de soins intrinsèquement limitée :	32
A – Le marché de la santé :	32
1°/ Les incertitudes du marché :	32
2°/ Les imperfections de marché :	33
B – La régulation du marché de la santé :	35
1°/ L'objet de la régulation sanitaire :	35
2°/ Les déterminants de la régulation sanitaire :	36
II – Une régulation de l'offre de soins insuffisante :	37
A – La coexistence d'une offre publique et privée :	37
1°/ Une justification théorique :	37
2°/ Une réalité économique :	38
B – La perméabilité entre secteur public et secteur privé :	39
1°/ Un système dual :	39
2°/ La survivance de « coexistences dérogatoires » :	40
Section 2 : Une régulation publique fondée sur une échelle évolutive :	42
I – Un mouvement de « régionalisation en trompe l'œil » :	42
A – La régionalisation des politiques de santé :	42
1°/ L'architecture du système régional :	42
2°/ Les limites de la planification régionale :	43
B – Les enjeux de la recombinaison territoriale de l'offre de soins :	44

1°/ La question de l'accessibilité :.....	44
2°/ La question de l'efficience :.....	45
II – Un mouvement de territorialisation plus affirmé :.....	46
A – La définition du territoire :.....	46
1°/ Une échelle administrative hybride :.....	46
2°/ Une échelle administrative pertinente :.....	47
B – La plus-value des territoires en santé :.....	48
1°/ La promotion de l'égalité :.....	48
2°/ La promotion de la qualité :.....	49
Titre 2 : Le groupement hospitalier de territoire comme un mode de « coopération imposée » :.....	51
Chapitre 1 : L'impact limité des processus de restructuration hospitalières :.....	51
Section 1 : Le bilan des fusions hospitalières :.....	52
I – Un modèle théorique fondé sur une recherche d'efficience :.....	52
A – Les avantages théoriques de la fusion :.....	52
1°/ Le modèle théorique des fusions d'entreprise :.....	53
2°/ Le modèle théorique des fusions hospitalières :.....	53
B – Le régime juridique des fusions hospitalières :.....	55
1°/ Le régime juridique des fusions :.....	55
2°/ La procédure de fusion :.....	55
II – Un bilan économiquement décevant :.....	56
A – La maîtrise des effets corollaires :.....	57
1°/ La maîtrise de l'effet-taille :.....	57
2°/ La maîtrise de l'effet de gamme :.....	58

B – Les limites des fusions hospitalières :	59
1°/ Les déséconomies d'échelle :	59
2°/ La moindre efficacité des services :	60
Section 2 : Le bilan des coopérations sanitaires :	62
I – Les différents modes de coopération sanitaire :	62
A – Les coopérations organiques :	62
1°/ Les GCS :	62
2°/ Les GIE et GIP :	64
B – Les coopérations fonctionnelles :	65
1°/ Les conventions sanitaires :	65
2°/ Les CHT :	65
II – Le bilan contrasté des coopérations sanitaires :	67
A – Un outil d'intervention économique :	67
1°/ L'intervention économique par la promotion de la coopération :	67
2°/ Un impact limité sur la recombinaison de l'offre de soins :	68
B – Des limites en termes d'efficacité :	68
1°/ L'inégal usage des modes de coopération :	69
2°/ La problématique des écarts-coûts :	69
Chapitre 2 : La restructuration de l'offre de soins à travers la mise en place des GHT :	71
Section 1 : Un consensus théorique portant sur le besoin de réforme :	71
I – Le processus législatif ayant abouti à l'adoption de la LMSS :	71
A – Les débats professionnels :	72

1°/ Le point de vue des acteurs hospitaliers :	72
2°/ La mission « groupements hospitaliers de territoire » :	73
B – Les débats parlementaires :	74
1°/ La procédure législative :	74
2°/ La promulgation du texte de loi :	76
II – La LMSS et la recomposition territoriale de l'offre de soins :	77
A – La promotion de la santé publique :	77
1°/ L'accès aux soins :	77
2°/ La qualité de l'offre de soins :	78
B – La rénovation et la territorialisation du service public :	79
1°/ La rénovation du service public hospitalier :	79
2°/ La territorialisation du service public hospitalier :	80
Section 2 : Une position ambiguë entre « coopération fonctionnelle » et « fusion médicale » :	82
I – La création du GHT :	82
A – Le processus de création :	82
1°/ Les membres au groupement :	82
2°/ La création du groupement :	84
B – La convention constitutive :	85
1°/ La conclusion de la convention constitutive :	85
2°/ La portée juridique de la convention constitutive :	86
II – Le fonctionnement du GHT :	87
A – Le projet médical partagé (PMP) :	87

1°/ Le contenu du PMP :	87
2°/ L'utilité du PMP :	88
 B – La gouvernance du GHT :	 89
1°/ Le rôle de l'établissement support :	89
2°/ Le pilotage du GHT :	90
 Conclusion de la première partie	 92
 PARTIE 2 : LE GHT COMME UNE « FUSION INAVOUÉE » PRÉSERVANT L'ENSEMBLE DES DYNAMIQUES TERRITORIALES :	 93
 Titre 1 : La recomposition territoriale de l'offre de soins :	 94
 Chapitre 1 : La mise en place d'un processus de régulation publique à l'échelle des territoires : 94	
 Section 1 : Une recomposition des compétences et des pouvoirs :	 94
 I – La territorialisation des groupements :	 95
A – Le groupement des activités hospitalières :	95
1°/ Le groupement des activités dans le temps :	95
2°/ Le groupement stratégique des activités :	97
B – La mutualisation au sein du groupement :	100
1°/ La typologie des mutualisations :	100
2°/ La gestion des fonctions mutualisées :	101
II – La déconcentration des politiques hospitalières :	102
A – Les différentes compétences territoriales :	102
1°/ Les compétences territoriales de l'ARS :	102
2°/ Les compétences territoriales du GHT :	103
B – Les transferts de compétences territoriales :	104

1°/ La planification de l'offre de soins :	104
2°/ La régulation de l'offre de soins :	105
Section 2 : Une recomposition de l'offre hospitalière :	107
I – Le modèle théorique d'intégration :	107
A – La dimension managériale de l'intégration :	107
1°/ Les déterminants de l'intégration :	108
2°/ Les degrés de l'intégration :	108
B – La dimension juridique du groupement :	109
1°/ L'existence de dérogations :	110
2°/ L'absence de personnalité morale :	110
II – La mise en place des GHT :	111
A – La création de 135 GHT en France :	111
1°/ La carte définitive :	111
2°/ La mise en place du dispositif :	112
B – La création de 15 GHT en Île-de-France :	113
1°/ Les 7 GHT situés dans la petite couronne parisienne :	114
2°/ Les 8 GHT situés dans la grande couronne parisienne :	115
Chapitre 2 : La mise en place de stratégies de groupe dans une optique plus concurrentielle : ..	116
Section 1 : La restructuration du secteur privé :	116
I – Le positionnement de l'opérateur privé sur le marché de la santé :	117
A – Le positionnement stratégique adopté au sein du secteur privé :	117
1°/ Un mouvement de concentration :	117
2°/ Un mouvement de spécialisation :	117

B – La place du secteur privé à but lucratif sur le marché de la santé :	118
1°/ Les parts de marché acquises par le secteur privé :	118
2°/ Les fluctuations de parts de marché entre les secteurs publics et privés :	119
II – Les enjeux de la régulation publique face au positionnement de l'opérateur privé :	120
A – Une recherche d'harmonisation en matière de régulation publique :	120
1°/ Les convergences sectorielles :	120
2°/ Les divergences sectorielles :	121
B – Une régulation complexe dans le cadre de la territorialisation :	121
1°/ La régulation de l'offre de soins :	122
2°/ La répartition territoriale de l'offre de soins :	122
Section 2 : La recomposition de l'offre de soins publique :	124
I – L'alignement stratégique de l'opérateur public :	124
A – L'application de la théorie de l'agence :	124
1°/ La théorie de l'agence :	125
2°/ La relation d'agence :	126
B – L'application de la théorie de la capture :	127
1°/ La théorie de la capture du régulateur :	127
2°/ La théorie de la capture appliquée au secteur hospitalier :	128
II – L'essor d'une logique plus concurrentielle :	128
A – L'alignement de l'opérateur privé :	129
1°/ La réception du dispositif GHT au sein du secteur privé :	129
2°/ L'expérimentation de GHT privés :	129
B – L'impact des restructurations et des recompositions sur le marché de la santé :	130

1°/ La concentration de l'offre sur le marché de la santé :	130
2°/ Les nouvelles orientations de la régulation publique :	131
Titre 2 : La préservation de l'ensemble des dynamiques territoriales et des grands principes du SPH :	133
Chapitre 1 : La préservation et la revalorisation des grands principes du SPH :	133
Section 1 : La préservation des principes d'égalité et de solidarité au sein du SPH :	134
I – La préservation du principe d'égalité au sein du SPH :	134
A – Le principe d'égalité comme fondement du service public :	134
1°/ Le principe d'égalité au sein du service public :	134
2°/ Le principe d'égal d'accès aux soins :	135
B – L'égalité d'accès aux soins comme fondement du SPH :	136
1°/ Les inégalités territoriales de santé :	136
2°/ La préservation des dynamiques territoriales :	137
II – La préservation du principe de solidarité :	137
A – Le principe de solidarité comme fondement du service public :	137
1°/ Le principe de solidarité nationale :	138
2°/ Le principe de solidarité en matière de santé :	138
B – Le principe de solidarité et l'offre de soins publique :	139
1°/ La solidarité en contrepoint de l'inégalité :	139
2°/ La solidarité comme vecteur de la régulation :	139
Section 2 : La revalorisation des principes de continuité et de mutabilité au sein du SPH : ...	141
I – La revalorisation du principe de continuité :	141
A – Le principe de continuité comme fondement du service public :	141

1°/ Le principe de continuité du service public :	141
2°/ Le principe de continuité dans le cadre du SPH :	142
 B – La revalorisation du principe de continuité à travers la mise en place des GHT :....	142
 1°/ La permanence des soins :	143
2°/ La couverture territoriale :	143
 II – La revalorisation du principe de mutabilité :	144
 A – Le principe de mutabilité comme fondement du service public :	144
 1°/ Le principe de mutabilité du service public :	144
2°/ Le principe de mutabilité au sein du SPH :	145
 B – La revalorisation du principe de mutabilité à travers la mise en place des GHT :....	145
 1°/ Le principe de mutabilité et la recombinaison de l'offre de soins :	145
2°/ Le principe de mutabilité et la mise en place des GHT :	146
 Chapitre 2 : L'optimisation et l'intégration des services :	147
 Section 1 : La doctrine de l'intégration des services :	147
 I – Une approche singulière du marché de la santé :	148
 A – Une conception spécifique du bien santé :	148
 1°/ Une approche pragmatique du bien santé :	148
2°/ Une approche utilitariste du bien santé :	149
 B – Une conception spécifique de la régulation publique :	150
 1°/ L'enjeu de la régulation :	150
2°/ L'éthique de la régulation :	151
 II – Une approche téléologique du système de santé :	152
 A – La définition du concept d'intégration :	152

1°/ Une approche conceptuelle :	153
2°/ Une approche matérielle :	154
 B – La définition du « système de santé idéal » :	 154
1°/ La description du système :	154
2°/ La définition de la méthode :	155
 Section 2 : La pratique de l'intégration des services :	 157
 I – Les regroupements d'établissements au Canada :	 157
 A – La mise en place de groupements hospitaliers :	 157
1°/ Le diagnostic de la HSRC :	157
2°/ La réalisation des groupements :	158
 B – L'impact positif des groupements hospitaliers :	 159
1°/ Un impact positif en termes d'efficience :	159
2°/ Un impact économique globalement positif :	160
 II – Le développement continu des processus d'intégration :	 161
 A – Une réflexion perpétuelle autour de la recomposition de l'offre de soins :	 161
1°/ Un processus d'intégration plus approfondi :	161
2°/ Un objectif économique renouvelé :	162
 B – Une approche transversale de l'intégration :	 162
1°/ La rencontre entre santé et éducation : la prévention :	163
2°/ La rencontre entre la santé et le social : la lutte contre les inégalités :	164
 Conclusion de la deuxième partie :	 165
 CONCLUSION GÉNÉRALE :	 166
 Bibliographie :	 169

Sommaire : 186
Annexe 1 : 199
Annexe 2 : 204

ANNEXE 1 : ARTICLE 107 DE LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ N° 2016-41 DU 26 JANVIER 2016⁹³²

LOIS

LOI n.2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)

NOR : AFSX1418355L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré, L'Assemblée nationale a adopté, Vu la décision du Conseil constitutionnel n.2015-727 DC du 21 janvier 2016 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

(...)

Article 107

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié : 1. Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

« *CHAPITRE II*

« *Groupements hospitaliers de territoire*

« *Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.*

« *II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.*

« *III. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.*

« *IV. – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.*

« *V. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général*

⁹³² Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016, Article 107 accessible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.

de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« VI. – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.

« VII. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« VIII. – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'Etat limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

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

« II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1. Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

« 2. Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-3 ;

« 3. Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4. L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5. Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-5 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« c) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1. La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 2. La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 3. La fonction achats ;

« 4. La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« III. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

« IV. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1. Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ; « 2. Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ; « 3. Les missions de gestion de la démographie médicale ; « 4. Les missions de référence et de recours.

« *Art. L. 6132-4.* – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

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

« II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« *Art. L. 6132-6.* – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6132-7.

« *Art. L. 6132-7.* – Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1. La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 2. Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 3. Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 4. Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 5. Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;

« 6. Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4. du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

« 7. Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2. Au 2. de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

3. L'article L. 6131-3 est abrogé ; 4. L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4., les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

5. Le 2. bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5. de l'article L. 6143-7 ; »

6. Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3. » ;

7. A la première phrase de l'article L. 6161-8, les mots : « une communauté hospitalière » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier » ;

8. A l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II. – A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».

III. – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n. 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »

IV. – A. – Jusqu'au 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. – A compter du 1^{er} juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V. – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé prévu au 1^o du II de l'article L. 6132-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

VII. – L'article 13 de la loi n^o 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

VIII. – Le II de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1^o A compter du 1^{er} juillet 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2^o A compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-3 dudit code.

IX. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n^o 2015-727 DC du 21 janvier 2016.]*

ANNEXE 2 : DÉCRET N° 2016-524 DU 27 AVRIL 2016 RELATIF AUX GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE⁹³³

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret n.2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

NOR : AFSH1609031D

Publics concernés : établissements publics de santé ; établissements et services médico-sociaux publics ; établissements de santé privés ; hôpitaux d'instruction des armées.

Objet : création des groupements hospitaliers de territoire.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret précise les règles d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, la définition du projet médical partagé des établissements parties au groupement hospitalier de territoire, les modalités de mise en place et de fonctionnement des instances communes ainsi que le périmètre des fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Références : le présent décret est pris en application de l'article 107 de la loi n.2016-41 du 26 janvier 2016. Les textes créés ou modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre, Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6132-6 et L. 6132-7 ; Vu le code du travail, notamment son article L. 4111-1 ; Vu la loi n.2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 107 ; Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 14 avril 2016 ; Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 19 avril 2016 et la saisine de ce même conseil en date du même jour ; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1. L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Groupements hospitaliers de territoire » ; 2. Les sections 1 à 3 sont ainsi rétablies :

⁹³³ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire accessible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957&categorieLien=id>.

« *Section 1*

« *Dispositions générales*

« *Sous-section 1 « Convention constitutive et règlement intérieur*

« *Art. R. 6132-1.* – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est constituée de deux volets :

« 1. Le volet relatif au projet médical partagé prévu au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2. Le volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 6132-2, comprenant notamment la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

« II. – La convention détermine, dans le volet mentionné au 2. du I, les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement.

« III. – La convention constitutive est conclue pour une durée de dix ans.

« *Art. R. 6132-2.* – Le règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.

« *Sous-section 2 « Projet médical et projet de soins partagés*

« *Art. R. 6132-3.* – I. – Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

« 1. Les objectifs médicaux ;

« 2. Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 3. L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;

« 4. Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :

« a) La permanence et la continuité des soins ;

« b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;

« c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;

« d) Les plateaux techniques ;

« e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;

« f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;

« g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;

« h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;

« 5. Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;

« 6. Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;

« 7. Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4. ;

« 8. Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;

« 9. Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

« II. – Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.

« III. – La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

« *Art. R. 6132-4.* – Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans. « Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

« *Art. R. 6132-5.* – Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction.

« *Sous-section 3 « Procédure de création du groupement hospitalier de territoire*

« *Art. R. 6132-6.* – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Elle est soumise :

« 1. Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directoires, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis ;

« 2. Pour les établissements ou services médico-sociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à délibération de leurs conseils d'administration.

« La convention constitutive est signée par les directeurs des établissements parties au groupement et soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« II. – En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois.

« A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

« *Art. R. 6132-7.* – La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins.

« *Art. R. 6132-8.* – Lorsqu'un groupement hospitalier de territoire comprend des établissements situés dans plusieurs régions, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent est celui du ressort de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire.

« *Section 2*

« *Instances du groupement hospitalier de territoire*

« *Art. R. 6132-9.* – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire prévoit la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement :

- « 1. Lorsqu'il est décidé de mettre en place un collège médical, sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive ;
- « 2. Lorsqu'il est décidé de mettre en place une commission médicale de groupement, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.
- « II. – Le collège médical ou la commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.
- « Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.
- « La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.
- « III. – Les avis émis par le collège médical ou la commission médicale de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.
- « *Art. R. 6132-10.* – Le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire est présidé par le directeur de l'établissement support et comprend les membres mentionnés au *b* du 5. du II de l'article L. 6132-2.
- « Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire et, lorsqu'un centre hospitalier et universitaire est partie au groupement, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale sont membres de droit du comité stratégique.
- « Le comité stratégique ou, le cas échéant, son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.
- « *Art. R. 6132-11.* – La convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.
- « Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement.
- « Les avis émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.
- « *Art. R. 6132-12.* – I. – La convention constitutive prévoit la mise en place d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement. Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.
- « La répartition des sièges au sein de la commission et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.
- « II. – Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.
- « III. – Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins

infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-13. – I. – La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux. Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.

« II. – Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle 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. Ses autres missions sont définies dans la convention constitutive.

« **Section 3**

« **Conférence territoriale de dialogue social**

« Art. R. 6132-14. – La convention constitutive prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social.

« La conférence territoriale de dialogue social comprend : « 1. Le président du comité stratégique, président de la conférence ; « 2. Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique

d'établissement d'un établissement partie au groupement ; « 3. Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans

plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement ; « 4. Avec voix consultative, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres

membres du comité stratégique, désignés par son président. « La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment

la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire. » ;

3. La section 4 est ainsi modifiée :

a) La sous-section 1 devient la section 7 ;

b) L'article R. 6132-28 devient l'article R. 6132-24 et est ainsi modifié :

- – le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes : « Lorsque la convention de groupement hospitalier de territoire prévoit la cession avec ou sans modification du lieu d'implantation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, ou lorsqu'elle prévoit une telle modification sans cession, la demande de cession est assortie d'un dossier comprenant : » ;
- – le deuxième alinéa est supprimé ;
- – au 1°, les mots : « communauté hospitalière de territoire » sont remplacés par les mots : « groupement hospitalier de territoire » ;

c) Les sous-sections 2, 3 et 4 sont abrogées ;

4. Sont insérées, après la section 3, les sections 4 à 6 ainsi rédigées :

« **Fonctions mutualisées**

« Art. R. 6132-15. – I. – Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1. du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients.

« II. – Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.

« Art. R. 6132-16. – I. – La fonction achats comprend les missions suivantes :

« 1. L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;

« 2. La planification et la passation des marchés ;

« 3. Le contrôle de gestion des achats ; « 4. Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. « II. – Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des

établissements parties au groupement.

« Art. R. 6132-17. – La convention constitutive prévoit les modalités retenues pour assurer la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance des instituts et écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stages.

« Art. R. 6132-18. – La convention constitutive prévoit les modalités de coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« Art. R. 6132-19. – Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment :

« 1. Constituer un pôle interétablissement, dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9-3 ;

« 2. Constituer, en ce qui concerne la biologie médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L. 6222-4. Dans ce cas, une convention de laboratoire commun est conclue entre les établissements parties au groupement et annexée à la convention de groupement hospitalier de territoire.

« Section 5

« Fonctionnement

« Art. R. 6132-20. – Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement.

« Art. R. 6132-21. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel.

« Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

« Section 6

« Dispositions applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille

« Art. R. 6132-22. – Les dispositions du I de l'article L. 6132-1 ne sont pas applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

« Art. R. 6132-23. – L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon ou l'Assistance

publique-hôpitaux de Marseille peuvent conclure, pour un ou plusieurs groupements d'hôpitaux prévus à l'article R. 6147-4, un partenariat avec les établissements parties à un ou plusieurs groupements hospitaliers de territoire pour d'autres activités cliniques et médico-techniques que celles prévues au IV de l'article L. 6132-3.

« A cette fin, une convention de partenariat est conclue avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, pour le compte de l'ensemble des établissements parties au groupement. »

Art. 2. – La section 1 du chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du même code est ainsi modifiée :

1. Il est créé une sous-section 1 intitulée : « Dispositions générales » et comprenant les articles R. 6113-1 à R. 6113-11 ;

2. A l'article R. 6113-3, après les mots : « établissement concerné », sont insérés les mots : « ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements parties » ;

3. Le premier alinéa de l'article R. 6113-4 est complété par les mots : « ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, dans l'établissement support. » ;

4. L'article R. 6113-6 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « commission médicale d'établissement », sont insérés les mots : « , ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, du collège médical ou de la commission médicale de groupement, » ;

b) Après les mots : « représentant de l'établissement », sont insérés les mots : « ou le représentant de l'établissement support pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire » ;

5. A l'article R. 6113-8, après la première phrase, il est inséré la phrase suivante : « Au sein d'un groupement hospitalier de territoire, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire transmet à la commission de l'établissement concerné, au collège médical ou à la commission médicale de groupement, ainsi qu'au représentant de l'établissement concerné et au représentant de l'établissement support du groupement, les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, relative à l'établissement concerné et à l'ensemble des établissements parties au groupement. » ;

6. La section est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2 « Département d'information médicale de territoire »

« Art. R. 6113-11-1. – Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-2. – I. – Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

« II. – Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

« III. – Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.

« Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

« Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-3. – Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :

« 1. Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;

« 2. Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8 ;

« 3. Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;

« 4. Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. »

Art. 3. – Le chapitre VI du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du même code est ainsi modifié : 1. A l'article R. 6146-9-2, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « ou du groupement hospitalier de territoire dans le cas de pôles interétablissements » ; 2. Il est inséré, après la section 1, une section 1 *bis* ainsi rédigée :

« **Section 1 bis** « Pôle interétablissement »

« *Art. R. 6146-9-3.* – I. – Les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles interétablissements d'activité clinique ou médico-technique.

« II. – Le chef de pôle interétablissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire.

« Après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle interétablissement signent un contrat de pôle, dans les conditions fixées par l'article R. 6146-8.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement contresigne le contrat de pôle.

« III. – Le chef de pôle interétablissement a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle interétablissement.

« Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé.

« Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.

« Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un

de ces collaborateurs est une sage-femme.

« IV. – Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

« Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

« V. – Une représentation du pôle interétablissement est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution. »

Art. 4. – Le livre I^{er} de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

1^o. Aux articles R. 6113-13 et R. 6113-14 et aux 1^o et 2^o de l'article R. 6113-15, après les mots: « l'établissement », sont insérés les mots : « , l'ensemble des établissements parties au groupement hospitalier de territoire » ;

2^o. Le I de l'article R. 6144-1 est complété par l'alinéa suivant : « 7^o. La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire » ; 3^o. Au 3^o du II de l'article R. 6144-3, le mot : « responsable » est remplacé par le mot : « référent » ;

4^o. Le I de l'article R. 6144-40 est complété par l'alinéa suivant : « 7^o. La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire » ;

5^o. Après le septième alinéa de l'article R. 6145-12, il est inséré un 7^o ainsi rédigé :

« 7^o. Pour les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé » ;

6^o. Le I de l'article R. 6146-10 est complété par l'alinéa suivant :

« 7^o. La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ».

Art. 5. – I. – Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, comprend :

1^o. A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1^o du I de cet article R. 6132-3 ;

2^o. A compter du 1^{er} janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1^o et au 3^o de cet article ;

3^o. A compter du 1^{er} juillet 2017, tous les éléments mentionnés à cet article.

II. – Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le 1^{er} juillet 2016 la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition.

Dans l'hypothèse où des établissements n'ayant pas fait l'objet d'une dérogation prévue à l'article R. 6132-7 du code de la santé publique n'auraient pas transmis avant le 1^{er} juillet 2016 la convention constitutive signée prévue à l'article R. 6132-1 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie la composition du groupement hospitalier de territoire aux établissements concernés.

Dans les quinze jours suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les conseils de surveillance procèdent, dans les conditions prévues au a du 5^o de l'article L. 6132-2 du même code, à la désignation de l'établissement support. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du comité territorial des élus locaux, l'établissement support du groupement.

Dans les deux mois suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les directeurs de ces établissements transmettent au directeur général de l'agence régionale de santé la convention constitutive du groupement. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, ainsi que ses compétences, conformément aux dispositions du I de l'article L. 6132-3.

III. – En cas de transformation d'une communauté hospitalière de territoire en un groupement hospitalier de territoire, dans les conditions prévues au B du IV de l'article 107 de la loi susvisée du 26 janvier 2016, dès lors que le directeur général de l'agence régionale de santé du ressort de l'établissement siège n'a pas fait connaître avant le 1^{er} juillet 2016 son opposition aux établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, la convention constitutive est élaborée par avenant à la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions fixées par les articles R. 6132-1, R. 6132-3 et R. 6132-6 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue du présent décret.

IV. – L'article R. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est applicable à compter du 1^{er} juillet 2017.

V. – L'article R. 6132-15 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est

applicable :

1^o. A compter du 1^{er} janvier 2018, en ce qui concerne son II ; 2^o. Au plus tard le 1^{er} janvier 2021, en ce qui concerne son I.

VI. – Le plan d’actions des achats mentionné au II de l’article R. 6132-16 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est élaboré au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

VII. – L’article R. 6132-20 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du 2^o de l’article 1^{er} du présent décret, est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020.

VIII. – Les dispositions des *b* et *c* du 3^o de l’article 1^{er} sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2016. IX. – Les dispositions du 5^o de l’article 4 sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2017.

Art. 6. – La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l’exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 avril 2016. Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé, MARISOL TOURAINE

MANUEL VALLS