



Regrouper pour mieux gouverner ? : Le cas des hôpitaux publics français

Léo Cazin

► To cite this version:

Léo Cazin. Regrouper pour mieux gouverner ? : Le cas des hôpitaux publics français. Gestion et management. Université Paris sciences et lettres, 2017. Français. NNT : 2017PSLEM013 . tel-01743929

HAL Id: tel-01743929

<https://pastel.hal.science/tel-01743929>

Submitted on 26 Mar 2018

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

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

THÈSE DE DOCTORAT

de l'Université de recherche Paris Sciences et Lettres
PSL Research University

Préparée à MINES ParisTech

Regrouper pour mieux gouverner ? Le cas des hôpitaux publics français

Ecole doctorale n°396

ÉCONOMIE, ORGANISATION ET SOCIÉTÉ

Spécialité SCIENCES DE GESTION

Soutenue par Léo CAZIN
le 7 décembre 2017

Dirigée par **Jean-Claude SARDAS**
Co-encadrée par **Frédéric KLETZ**

COMPOSITION DU JURY :

Mme Marie-Aline BLOCH
EHESP, Examineur

M. Yves GAUBERT
FHF, Examineur

Mme Corinne GRENIER
KEDGE Business School, Rapporteur

M. Frédéric KLETZ
Mines ParisTech, Examineur

M. Jean-Claude SARDAS
Mines ParisTech, Examineur

Mme Nassera TOUATI
ENAP, Rapporteur

M. Philippe ZARLOWSKI
ESCP Europe, Président du jury



Mines ParisTech et PSL n'entendent donner aucune approbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	7
GLOSSAIRE	9
INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
ORGANISATION DE LA THÈSE	17
RÉSUMÉ DÉTAILLÉ DE LA THÈSE	18
PARTIE 1 - CADRE THÉORIQUE, PROBLÉMATISATION ET MÉTHODOLOGIE	27
INTRODUCTION DE LA PARTIE 1.....	28
CHAPITRE 1 ENTRE ASYMÉTRIE ET INCERTITUDE: LES DÉFIS MANAGÉRIAUX DE L'EXPLORATION COLLECTIVE	31
INTRODUCTION	32
SECTION 1 LE MANAGEMENT DES COOPÉRATIONS ASYMÉTRIQUES	35
SECTION 2 LA GESTION DES PARTENARIATS D'EXPLORATION : LE DOUBLE DÉFI DE LA COHÉSION ET DE LA COORDINATION	38
CONCLUSION DU CHAPITRE 1 La question de la régulation des partenariats d'exploration ..	46
RÉSUMÉ DU CHAPITRE 1	48
CHAPITRE 2 LES RECOMPOSITIONS HOSPITALIÈRES À LA CROISÉE DES CHEMINS ENTRE PLUSIEURS RÉGIMES DE GOUVERNEMENTALITÉ	49
INTRODUCTION	50
SECTION 1 PETITE HISTOIRE DU GOUVERNEMENT DU PAYSAGE HOSPITALIER	51
SECTION 2 DE L'INTÉRÊT DU CONCEPT DE GOUVERNEMENTALITÉ POUR ÉCLAIRER UNE ACTION COMPOSITE DE L'ÉTAT	55
SECTION 3 LES INSTRUMENTS D'ACTION PUBLIQUE, STIMULATEURS D'EXPLORATION ET D'APPRENTISSAGES	60
SECTION 4 QUESTIONS DE RECHERCHE	65
RÉSUMÉ DU CHAPITRE 2	66
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	69
INTRODUCTION	70
SECTION 1 DESIGN DE RECHERCHE	70
SECTION 2 PRÉSENTATION DES TROIS TERRAINS D'ÉTUDE	80
SECTION 3 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES	89
RÉSUMÉ DU CHAPITRE 3	100
PARTIE 2 - RÉSULTATS ET DISCUSSION	103
INTRODUCTION DE LA PARTIE 2.....	104
CHAPITRE 4 LES FINALITÉS DE LA RÉFORME DES GHT: REGROUPER POUR AMORCER UNE DYNAMIQUE D'EXPLORATION COLLECTIVE	107
INTRODUCTION	108
SECTION 1 UNE RÉFORME QUI SEMBLE CHERCHER SES OBJECTIFS	109
SECTION 2 UN CADRAGE HYBRIDE, ENTRE PRESCRIPTION ET MISE EN RETRAIT DES TUTELLES	117
SECTION 3 LES VERTUS DE L'AMBIGUÏTÉ : REGROUPER POUR EXPLORER	121
CONCLUSION DU CHAPITRE 4 LES GHT, DES ESPACES D'EXPLORATION DE NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS ..	123
RÉSUMÉ DU CHAPITRE 4	125
CHAPITRE 5 LA CONSTITUTION DES GHT: DES MODÈLES DIFFÉRENCIÉS FACE AUX DÉFIS DE L'EXPLORATION COLLECTIVE.....	127
INTRODUCTION	128
SECTION 1 LA CONSTRUCTION DES PÉRIMÈTRES DES GHT : DES TRAJECTOIRES DE COOPÉRATION SOUVENT SINUEUSES	129

SECTION 2 FACE AU DÉFI DE LA COHÉSION, DIFFÉRENTES STRATÉGIES D'ORIENTATION DES TRAJECTOIRES D'EXPLORATION.....	147
SECTION 3 LA COEXISTENCE DE PLUSIEURS MODÈLES DE GHT.....	151
CONCLUSION DU CHAPITRE 5	156
RÉSUMÉ DU CHAPITRE 5.....	157
CHAPITRE 6 DE NOUVEAUX OBJETS DE COOPÉRATION ET DE GOUVERNEMENT POUR LES GHT.....	159
INTRODUCTION DU CHAPITRE 6.....	160
SECTION 1 LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ, VÉHICULE POUR EXPLORER DES SYNERGIES	161
SECTION 2 LA COORDINATION AUTOUR DE LA CONSTITUTION DES PARCOURS	167
SECTION 3 UNE TERRITORIALISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES	171
SECTION 4 DE NOUVEAUX SAVOIRS ET OUTILS EN APPUI DE CES OBJETS DE COOPÉRATION ET DE GOUVERNEMENT.....	188
RÉSUMÉ DU CHAPITRE 6.....	204
CHAPITRE 7 DISCUSSION : UN NOUVEAU RÉGIME DE GOUVERNEMENTALITÉ, LA STIMULATION DE L'EXPLORATION COLLECTIVE	207
INTRODUCTION	208
SECTION 1 UNE RÉFORME MARQUÉE PAR UNE TRIPLE RUPTURE	209
SECTION 2 ... ET UNE TRIPLE INCOHÉRENCE.....	221
SECTION 3 PILOTER ET GOUVERNER L'EXPLORATION COLLECTIVE: ENTRE PRÉCONISATIONS MANAGÉRIALES ET INGÉNIERIE DE L'ACTION PUBLIQUE	226
CONCLUSION ET RÉSUMÉ DU CHAPITRE 7	233
CONCLUSION GÉNÉRALE	237
RÉFÉRENCES	242
INDEX DES FIGURES.....	250
INDEX DES TABLEAUX.....	250
INDEX DES ENCADRÉS	251
ANNEXES.....	253
TABLE DES ANNEXES	254

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le fruit d'un travail de longue haleine, auquel de nombreuses personnes ont contribué chacune à leur manière, par leur attention, leur soutien ou leurs conseils éclairés. Je tiens à leur témoigner ici ma reconnaissance.

En premier lieu, je voudrais remercier chaleureusement mes deux directeurs de thèse, Jean-Claude Sardas et Frédéric Kletz, pour leur précieux encadrement tout au long de ces trois années de thèse. Merci pour votre confiance et pour vos remarques toujours constructives, qui m'ont permis de prendre de la hauteur sur mon travail. Merci de m'avoir fait découvrir le milieu de la recherche et le secteur hospitalier, et d'avoir grandement contribué à ma formation intellectuelle.

Je suis très reconnaissant aux membres du jury, Marie-Aline Bloch, Yves Gaubert, Corinne Grenier, Nassera Touati et Philippe Zarlowski, d'avoir accepté d'évaluer mon travail. La lecture de vos travaux ou les échanges que nous avons eus ont été particulièrement utiles dans la construction de ma réflexion.

Ce travail n'aurait pas pu se dérouler sans l'implication de multiples partenaires que je tiens ici à saluer : Gérard Vincent, David Gruson et François Pinardon de la Fédération Hospitalière de France, avec une mention spéciale pour Yves Gaubert, pour son soutien dès le début de ce partenariat de recherche avec le CGS ; Bernard Garrigues et Stéphane Finkel du CH d'Aix-en-Provence, Guillaume Wasmer du GH Nord Essonne, Elisabeth Beau et Sophie Feuerstein du CHU de Dijon. Merci également à tous les acteurs du milieu hospitalier qui ont pris le temps de répondre à mes questions. Nos échanges m'ont passionné et donné envie de poursuivre mon chemin dans cet univers si particulier, complexe mais fascinant.

Merci à tous les membres du Centre de Gestion Scientifique que j'ai eu l'occasion de côtoyer : Cédric Dalmasso, Frédérique Pallez, Eva Boxenbaum, Philippe Lefèbre, Franck Aggeri et Blanche Segrestin, pour les discussions toujours très enrichissantes que nous avons eues notamment lors des séminaires doctoraux. Je tiens à saluer la qualité de la formation doctorale dont j'ai pu bénéficier dans cet environnement. Merci également à Stéphanie Brunet et à Céline Bourdon pour leur soutien tout au long de ces années.

Je remercie chaleureusement mes relecteurs, Olivier Baly, Igor Giusti, François Pinardon et Diane Chaumeil, pour leur travail minutieux et leurs commentaires avisés.

De nombreuses rencontres ont eu lieu durant cette période de thèse, et de belles relations amicales se sont nouées. Merci ainsi aux équipes des pôles Finances et Ressources Humaines de la FHF, pour leur soutien au quotidien. Une pensée particulière à Diane, dont j'ai eu l'honneur de partager le bureau pendant trois ans, et qui est devenue une amie précieuse. Merci à mes compagnons de route du CGS, quel plaisir de partager tous ces bons

moments avec vous : Rachelle, Juliette, Yanyan, Benjamin, ainsi que la dream-team du bureau J108 : Jane, Rémi, Helen et Morgane, sans qui ces trois années n'auraient pas eu la même saveur !

Merci enfin à mes amis et à ma famille de Martinique et de métropole, qui ont toujours été à mes côtés malgré la distance.

GLOSSAIRE

- ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- AP-HM : Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
- AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
- ARH : agence régionale de l'hospitalisation
- ARS : agence régionale de santé
- AVC : accident vasculaire cérébral
- CH : centre hospitalier
- CHT : communauté hospitalière de territoire
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CIO : coopérations inter-organisationnelles
- CME : commission médicale d'établissement
- CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- DGOS : direction générale de l'offre de soins
- EHESP : école des hautes études en santé publique
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ETP : équivalent temps-plein
- FHF : fédération hospitalière de France
- GCS : groupement de coopération sanitaire
- GHM : groupe homogène de malades
- GHS : groupe homogène de séjour
- GHT : groupement hospitalier de territoire
- GRH : gestion des ressources humaines
- HPST : hôpital patients santé territoire (loi)
- IDF : Île-de-France
- LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
- MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- MCO : médecine chirurgie obstétrique
- NPM : new public management
- PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- PAERPA : personne âgée en risque de perte d'autonomie
- PMP : projet médical partagé
- PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
- PRS : projet régional de santé
- RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
- RIO : relations inter-organisationnelles
- SI : système d'information
- SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
- SSR : soins de suite et de réadaptation
- T2A : tarification à l'activité
- UNV : unité neuro-vasculaire

INTRODUCTION GÉNÉRALE

▪ La réforme des GHT, une mesure qui s'inscrit dans une tendance au regroupement d'organisations publiques

Depuis plusieurs années, on assiste au sein de la sphère publique à des vagues de regroupements d'établissements ou de collectivités (Communautés d'universités, intercommunalités, etc.), suivant des finalités différentes et visant à promouvoir de nouveaux modèles d'organisation territoriale (Delannoy, Rieu, & Pallez, 2004; Musselin, 2017; Musselin & Dif-Pradalier, 2014).

Le secteur hospitalier n'échappe pas à cette tendance. Ainsi, à peine 7 ans après la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire) de 2009 et le succès mitigé des communautés hospitalières de territoire (CHT), l'Etat a décidé d'accélérer ce mouvement de recomposition du maillage hospitalier en imposant à tous les établissements de France d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire (GHT – Loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016). Cette réforme promulguée en janvier 2016 implique entre autres :

- La détermination de périmètres rassemblant les établissements membres d'un groupement autour d'un établissement « support » pour le 1^{er} juillet 2016 ;
- La mutualisation progressive de certaines fonctions support, comme la gestion des achats, désormais assurées par l'établissement support ;
- La rédaction d'un « Projet Médical Partagé » décrivant la stratégie territoriale des membres du GHT, à transmettre aux Agences Régionales de Santé au 1^{er} juillet 2017.

▪ Les défis du secteur hospitalier

Cette réforme intervient alors que l'hôpital public en France est confronté depuis plusieurs années à des défis majeurs. L'introduction de la tarification à l'activité marque l'émergence de la notion d'*hôpital-entreprise*, s'inscrivant dans le cadre d'un vaste mouvement de rationalisation des organisations publiques, inspiré du courant du *New Public Management* (Pierru, 2012). Outre les enjeux d'ordre financier, la mauvaise répartition des médecins sur le territoire met en péril l'organisation hospitalière existante (Coriat & Pontone, 2013), alors que de nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme le virage ambulatoire (Engel, Cauterman, & Tajahmady, 2008) ou la progression de la logique de parcours (Bloch & Hénaut, 2014), semblent rendre nécessaire une organisation plus intégrée du maillage hospitalier. Celui-ci est aujourd'hui encore particulièrement fragmenté, comptant près de 1000 établissements publics indépendants, sans parler des cliniques privées également nombreuses sur le territoire (voir tableau n°1).

	Nombre d'entités géographiques
Secteur public	1 389
- CHR/CHU	178
- CH, dont anciens hôpitaux locaux	962
- CH spécialisés en psychiatrie	96
- Autres établissements publics	153
Secteur privé non lucratif	691
- CLCC	21
- Autres établissements à but non lucratif	670
Secteur privé à but lucratif	1 009
- Etablissements de SSR	350
- Etablissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	508
- Etablissements de lutte contre les maladies mentales	144
- Etablissements de soins de longue durée	6
- Autres	1
Ensemble	3 089

Tableau 1 - Panorama des établissements hospitaliers publics et privés de France en 2017. Nombre d'entités géographiques¹ par catégorie d'établissements. Source : DREES (2017)

▪ De multiples interrogations sur la réforme

Si la nécessité de développer des coopérations territoriales est largement partagée par les acteurs de santé, comme nous le montrerons, la mise en œuvre concrète de la réforme des GHT soulève de nombreux questionnements et inquiétudes fréquemment relayés par la presse hospitalière ou régionale².

La Fédération Hospitalière de France, organisme de défense et de représentation des intérêts des hôpitaux publics français, a activement milité en faveur de la réforme des GHT et de l'instauration de son caractère obligatoire. Toutefois, la FHF est consciente que la généralisation de ces coopérations inter-hôpitaux suscite de nombreux questionnements de la part de ses adhérents. Plusieurs interrogations récurrentes concernent par exemple l'impact de la réforme en matière de GRH (notamment pour les médecins) et la possibilité de développer des modèles économiques « gagnant-gagnant » entre les établissements d'un groupement.

Ces préoccupations majeures pour le secteur hospitalier et pour sa transformation ont conduit la FHF à faire appel au Centre de Gestion Scientifique de l'école Mines ParisTech pour l'accompagner dans sa réflexion. Ce partenariat a pris la forme de la conduite de cette thèse, encadrée par deux enseignants-chercheurs du CGS. L'étude s'est étalée entre octobre

¹ Par exemple, pour une entité juridique multi-sites comme l'AP-HP, on compte autant d'entités géographiques que de sites

² Voir par exemple l'article intitulé « Métropole : les petits hôpitaux doivent-ils craindre l'arrivée du GHT ? » (La Voix du Nord, 27 janvier 2016).

2014 et juillet 2017. La FHF souhaitait, grâce à ce travail de thèse, recueillir des retours d'expériences de coopérations déjà amorcées sur le territoire, et ainsi donner lieu à une capitalisation pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Par ailleurs, la Fédération désirait poursuivre la réflexion au sujet de la création d'outils permettant de donner corps à ces coopérations, afin de guider les acteurs hospitaliers dans la constitution de « stratégies de groupe public »³.

Au cours de notre recherche, nous avons pu étudier la phase d'émergence et de construction de ces groupements, depuis les premières réflexions entourant la détermination de leurs périmètres, jusqu'à la transmission aux ARS des projets médicaux partagés. Ce qui nous a particulièrement frappé est le fait que les acteurs manifestent régulièrement le sentiment d'avancer dans l'inconnu, de devoir construire des synergies avec d'autres acteurs avec qui ils ne partagent pas nécessairement d'identité ou d'objectifs communs. Les coopérations inter-hôpitaux s'annoncent donc complexes à piloter pour au moins trois raisons, qui justifient selon nous l'intérêt de l'étude de cet objet :

- Elles sont potentiellement **déséquilibrées**, c'est-à-dire que certains membres peuvent avoir le sentiment de ne pas en tirer autant de bénéfices que d'autres. Ce constat, certes classique en matière de coopérations, conduit à considérer les GHT comme des construits asymétriques. En effet, ils regroupent des hôpitaux aux profils très hétérogènes, d'un CHU à un hôpital local par exemple, avec un établissement désigné comme « support », qui détient davantage de prérogatives que les établissements « périphériques ». Comment alors parvenir à établir une coopération pérenne et constructive dans ces conditions ?
- La crainte d'une coopération déséquilibrée est d'autant plus présente dans des cas où, comme pour les GHT, les acteurs se retrouvent dans une situation d'indétermination quant aux objectifs visés par la réforme. Pourtant, ces cas peuvent conduire à des **situations d'exploration** (Segrestin, 2003), propices à déclencher de nouvelles dynamiques d'apprentissage. La question que nous nous posons est alors celle du management de la coopération dans un tel contexte d'incertitude.
- Enfin, bien que la coopération ait parfois pu émerger de manière ascendante, c'est-à-dire sur la base du volontariat des acteurs, les GHT sont des **partenariats dont le principe est imposé par un tiers**, en l'occurrence par l'Etat, ce qui pose le problème de la construction et de l'appropriation d'un intérêt collectif. Les effets de l'action de l'Etat pour déclencher de telles dynamiques coopératives sont alors à étudier, à la lumière de l'histoire des réformes successives dans le secteur hospitalier (Moison, 2012).

³ Ce principe a régulièrement été mis en avant par la FHF, notamment au salon « Hôpital-Expo » de mai 2016, dont le fil rouge était : « Réussir les GHT : la stratégie de groupe public en action ».

▪ Un double positionnement théorique

La principale ambition de cette thèse est de s'interroger sur l'inscription de la réforme des GHT dans un nouveau paradigme de l'action publique.

En effet, la plupart des réformes récentes concernant le gouvernement du paysage hospitalier (mise en place de la T2A, création des ARH puis des ARS, etc.) ont marqué une volonté de reprise en main par l'Etat, au détriment de la gestion communale des établissements hospitaliers qui a longtemps prévalu (Couty, 2009; Rolland & Pierru, 2013; Schweyer, 1998). Par exemple, la réforme de la T2A (2004) s'est inscrite dans la doctrine du New Public Management, qui selon Pierru (2012) « *ne signifie en aucune façon le retrait de l'Etat, mais bien au contraire son renforcement : dans le domaine de la santé, une bureaucratie renforcée équipée en nouveaux instruments d'action publique [...] cherche à reprendre le contrôle d'hôpitaux désormais décommunalisés car étatisés* ». (p. 44)

Or, dans un tel contexte, la réforme des GHT fait contraste. Certes, le regroupement des hôpitaux du territoire est une mesure coercitive, mais l'Etat semble s'engager dans une nouvelle voie, en donnant à cette réforme des objectifs moins explicites, et en accordant plus d'autonomie aux acteurs de terrain après leur avoir créé ce « terrain de jeu » qu'est le GHT.

De nombreux travaux analysant les politiques publiques hospitalières, notamment dans le champ de la sociologie de l'action publique, se situent dans un positionnement critique vis-à-vis de l'action de l'Etat. Nous choisissons ici de prendre un peu de distance avec ce point de vue critique. Si la mise en œuvre de la réforme des GHT, comme nous le verrons, est marquée par un certain nombre d'incohérences et de carences dans l'action de l'Etat, nous souhaitons davantage mettre l'accent sur la rupture que cette réforme constitue. En effet, elle porte selon nous les ferments d'une nouvelle forme d'action publique, autour de nouveaux objets de gouvernement, comme les parcours, et grâce à des rapports transformés entre tutelles et établissements. En ce sens, la réforme des GHT peut évoquer une volonté de « *mieux gouverner* » le paysage hospitalier, comme le titre de la thèse le suggère, en laissant davantage de marges de manœuvre aux acteurs de terrain pour explorer de nouvelles organisations territoriales de l'offre de soins.

Avant d'aborder la littérature sur les politiques publiques hospitalières pour s'interroger sur la rupture que cette réforme constitue en matière d'action publique, au cours de notre itinéraire de recherche, nous avons dans un premier temps exploré les multiples travaux portant sur les coopérations inter-organisationnelles. Nous souhaitons en effet identifier les grands enjeux décrits dans la littérature sur le management souvent complexe de ces coopérations.

La plupart des travaux récents se penchent davantage sur la question du pilotage des relations inter-organisationnelles que de leurs finalités. Notre démarche cherche au contraire à articuler les deux dimensions, en montrant que les modalités de pilotage des GHT sont structurées par le caractère asymétrique de l'association et par les situations d'exploration collective qu'ils engendrent. Cela nous a conduits à mobiliser la littérature portant sur le

management des coopérations asymétriques (Chabault & Hulin, 2016) d'une part, et sur les partenariats d'exploration (Segrestin, 2003) d'autre part.

Les partenariats d'exploration sont des alliances dont les objectifs sont incertains à l'origine mais sont construits progressivement, et qui regroupent des acteurs dont les relations et intérêts à agir ne sont pas clairement définis ex-ante, la cohésion du collectif étant donc à construire également. Les GHT, en obligeant les établissements à coopérer autour de nouveaux objets, dans un contexte d'indétermination sur les objectifs précis à atteindre, constituent des espaces susceptibles de permettre le développement de partenariats d'exploration. Contrairement aux partenariats étudiés par la littérature, les GHT sont des regroupements imposés par l'Etat, ce qui interroge plus largement sur le rôle de la puissance publique pour faire émerger et encadrer ces dynamiques d'exploration. Cette question, peut étudiée jusqu'à présent, est au cœur de la thèse.

Dans le but d'étudier cette problématique, nous avons donc dans un second temps mobilisé des travaux relevant de la littérature en management public. Les politiques publiques hospitalières déployées en France au cours des dernières décennies se caractérisent par la superposition de registres d'actions hétérogènes quant à la transformation du maillage hospitalier (Moison, 2012), avec des effets mitigés sur les recompositions inter-hôpitaux. Afin de caractériser ces différents modes d'action de l'Etat, et pour montrer en quoi la réforme des GHT constitue une rupture, nous faisons appel au concept de *gouvernementalité* (Foucault, 2004), déjà plusieurs fois été exploité dans l'analyse des politiques publiques hospitalières (Lenay, 2005).

La gouvernementalité, que l'on pourrait définir comme la « conduite des conduites », se focalise sur les dispositifs par lesquels l'Etat oriente et régule les conduites collectives en mobilisant de nouveaux savoirs sur la société et sur son évolution. Nous utilisons ce concept comme une grille d'analyse permettant de caractériser un mode d'action publique donné autour d'un objet de gouvernement, de relations gouverné-gouvernant et de savoirs particuliers. Nous mobilisons donc cette grille pour analyser la réforme des GHT et la rationalité qui la sous-tend, en montrant qu'elle correspond à une volonté de la puissance publique de stimuler des dynamiques d'exploration collective entre établissements.

Ce cadrage théorique, articulant travaux sur les coopérations inter-organisationnelles et recherche en management public, nous conduit à formuler ainsi notre question de recherche :

*Dans quelle mesure la réforme des GHT s'inscrit-elle dans un nouveau **régime de gouvernementalité** dans les politiques publiques de santé, permettant de faire émerger et d'encadrer des **partenariats d'exploration** entre établissements hospitaliers ?*

▪ **Contributions théoriques et empiriques visées**

A partir d'une étude qualitative de trois cas (Yin, 2003) de construction de GHT, réalisée dans une posture de recherche-intervention (Moisdon, 2015), nos contributions, sur un double niveau théorique et empirique, visent à alimenter les réflexions sur trois sujets :

- Nous caractérisons un **nouveau régime de gouvernamentalité** dans les politiques hospitalières : la *stimulation de l'exploration collective*, caractérisée par l'émergence d'une classe de nouveaux objets de gouvernement, comme les parcours et le territoire, et par des rapports transformés entre tutelles et établissements. Nous considérons en ce sens le GHT comme un espace d'exploration locale de nouvelles organisations territoriales de l'offre de soins.
- Nous identifions **plusieurs incohérences et carences** persistant dans l'action de l'Etat, comme le manque d'accompagnement et de capitalisation autour de cette réforme, ainsi que l'articulation encore ambiguë entre plusieurs registres d'action publique se superposant ;
- Enfin, nous formulons une série de **préconisations**, d'une part pour le management de l'exploration collective au sein des GHT, et d'autre part pour une ingénierie de l'action publique plus cohérente.

▪ **Structuration de la thèse**

La thèse se compose de deux parties divisées elles-mêmes en chapitres. La partie I présente le cadrage théorique, la problématisation du sujet et la méthodologie adoptée pour étudier notre question de recherche (chapitres 1, 2 et 3). La partie II présente les résultats tirés des études de cas menées (chapitres 4, 5 et 6), ainsi que la discussion de ces résultats et la formulation de préconisations (chapitres 7).

L'articulation et le contenu de ces différents chapitres sont résumés dans le schéma figurant sur la page suivante.

ORGANISATION DE LA THÈSE

PARTIE I – CADRE THÉORIQUE, PROBLÉMATISATION ET MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE 1

Entre asymétrie et incertitude : les défis managériaux de l'exploration collective

*Revue de la littérature sur les coopérations asymétriques
et les partenariats d'exploration*

CHAPITRE 2

Des recompositions hospitalières à la croisée des chemins entre plusieurs régimes de gouvernamentalité

*Revue de la littérature sur le concept de gouvernamentalité
et son application dans le champ de la santé,
ainsi que sur les instruments d'action publique et leurs effets d'apprentissages*

CHAPITRE 3

Méthodologie

PARTIE II – RÉSULTATS ET DISCUSSION

CHAPITRE 4

Les finalités de la réforme des GHT : regrouper pour amorcer une dynamique d'exploration collective

*Etude des objectifs et modalités de mise en œuvre de la réforme
par la puissance publique*

CHAPITRE 5

La constitution des GHT : des modèles différenciés face aux défis de l'exploration collective

*Etude empirique du processus de construction des collectifs d'exploration, en
réaction à la réforme imposée par l'Etat. Identification des défis managériaux à
relever. Typologie des modèles de GHT se dessinant.*

CHAPITRE 6

De nouveaux objets de coopération et de gouvernement pour les GHT

*Etude de la construction et de l'appropriation de nouveaux objets
de coopération et de gouvernement dans le cadre des GHT.
Analyse des savoirs et outils qui leur viennent en appui.*

CHAPITRE 7

Discussion : un nouveau régime de gouvernamentalité, la stimulation de l'exploration collective

*Caractérisation d'un nouveau mode d'action de l'Etat :
la stimulation de l'exploration collective
Formulation de préconisations pour faciliter la poursuite du déploiement des GHT*

CONCLUSION GÉNÉRALE

RÉSUMÉ DÉTAILLÉ DE LA THÈSE

Dans la **partie 1 (chapitres 1 à 3)**, nous présentons les principaux concepts théoriques mobilisés pour éclairer notre analyse de la réforme des GHT, notre question de recherche, ainsi que le dispositif méthodologique que nous avons déployé.

Dans le **chapitre 1 (Entre asymétrie et incertitude, les défis managériaux de l'exploration collective)**, nous revenons sur la littérature abondante en matière de coopération inter-organisationnelle. Nous soulignons que la plupart des travaux récents se penchent davantage sur la question du pilotage parfois complexe des relations inter-organisationnelles que de leurs finalités. Le management des GHT soulève de nombreux enjeux en raison de leur caractère asymétrique et des situations d'exploration collective qu'ils déclenchent. Nous analysons donc deux champs précis de la littérature pour mieux cerner ces problématiques.

Nous abordons dans la **section 1** le sujet du management des coopérations asymétriques (Chabault & Hulin, 2016). Plusieurs sources d'asymétrie existent, rendant complexe la réalisation de stratégies « gagnant-gagnant ». Des déséquilibres peuvent naître de cette asymétrie et entraîner tensions, conflits, voire aboutir à l'échec de la relation coopérative. Les défis managériaux sont donc de taille. La littérature suggère que le succès des alliances stratégiques provient de leur capacité à générer des apprentissages permettant d'équilibrer les relations de manière itérative (Doz, 1996).

Dans la **section 2**, nous rappelons que la littérature s'est longtemps limitée à des cas de coopération dans lesquels les objets concernés, les savoirs mobilisés, les relations établies étaient connus, formalisés et stabilisés. Or, de plus en plus de partenariats concernent désormais des objets innovants, pour lesquels les savoirs à mobiliser ne sont pas immédiatement accessibles. Segrestin (2003) cherche ainsi à caractériser ces « partenariats d'exploration ». Il s'agit d'alliances dont les objectifs sont incertains à l'origine, mais qui visent à explorer de nouveaux champs d'action, entraînant potentiellement de multiples innovations. Le pilotage de cette exploration collective nécessite alors de concevoir simultanément des modalités de coordination et un cadre de cohésion, qui forment les deux dimensions indissociables de la coopération. Segrestin indique qu'il est nécessaire de se doter d'outils managériaux pour assurer un couplage entre ces deux dimensions. L'exploration nécessite en effet un pilotage simultané de deux processus de conception parallèles mais interconnectés. Une autre préconisation formulée par Segrestin consisterait à réfléchir à une évolution du droit pour permettre la création de « contrats d'exploration », constituant un cadre légal formalisé, destiné à structurer et à faciliter l'exploration conjointe.

Comme on le précisera dans la suite, la réforme des GHT oblige les établissements à entrer dans une logique de coopération et d'association dans un cadre de discussion assez lâche, sans nécessairement avoir défini d'objectifs communs précis au préalable, et en appréhendant de nouveaux objets. À la lumière des travaux précédemment cités, nous montrerons que ces GHT constituent des partenariats d'exploration. Nous tenterons de caractériser la démarche d'exploration dans laquelle les membres d'un GHT se lancent

collectivement, et de proposer des préconisations managériales permettant de piloter ces partenariats d'exploration par ailleurs asymétriques par construction. Il convient également de se pencher sur le rôle de la puissance publique pour faire émerger et pour encadrer ces partenariats d'exploration, ce qui nous amène à mobiliser le concept de *gouvernementalité*.

L'objectif du **chapitre 2 (Les recompositions hospitalières à la croisée des chemins entre plusieurs régimes de gouvernementalité)** est de se doter d'un cadre conceptuel permettant d'analyser les différentes formes d'action publique en matière de politique hospitalière en France, et leurs effets sur les recompositions inter-établissements. L'analyse des coopérations inter-hospitalières nécessite en effet de se pencher sur l'instrumentation déployée par l'Etat pour les encourager.

En retraçant l'histoire du gouvernement du paysage hospitalier français au cours des dernières décennies (**section 1**), nous montrons la coexistence de registres d'actions hétérogènes de la puissance publique quant à la transformation du maillage hospitalier territorial, entre planification, tarification et contractualisation (Moisdon, 2012). Nous soulignons les effets mitigés des différents instruments déployés pour encourager les recompositions inter-hôpitaux.

Afin de caractériser plus précisément les différents registres d'action mobilisés par l'Etat, nous faisons appel au concept de « gouvernementalité » (**section 2**). Cette notion a été définie par Foucault en 1978, afin de se pencher sur le problème de la rationalité du gouvernement, c'est-à-dire la manière dont le gouvernement réfléchit sa pratique, agit sur des sujets avec l'aide de savoirs particuliers. Il s'agit d'un cadre qui nous paraît particulièrement pertinent pour observer les politiques publiques de santé car il permet de décrire les rapports complexes de pouvoir entre une multitude disposant de savoirs éclatés et de natures diverses. Les auteurs indiquent généralement qu'un régime de gouvernementalité peut être décrit grâce à quatre caractéristiques (Aggeri, 2005; Lenay, 2005): l'objet de gouvernement qu'il retient, la cible de gouvernement, qui renvoie à un mode de définition de la performance, une forme de gouvernement (instrumentation déployée et mode de relation gouvernant/gouverné) ainsi qu'un régime de visibilité, permettant de mieux identifier les objets de gouvernement. C'est ainsi que Lenay (2005) montre la coexistence - plus que l'articulation - de trois régimes de gouvernementalité dans les politiques hospitalières : la régulation centrée sur les structures, la planification, centrée sur les disciplines médicales, ainsi qu'une nouvelle forme émergente, l'organisation, ayant pour objet les trajectoires des patients. Nous tenterons de mettre à jour cette cartographie, afin de confirmer la progression d'un nouveau régime de gouvernementalité, et de comprendre si le GHT est un instrument s'inscrivant dans cette logique d'*organisation*.

Un régime de gouvernementalité est associé à une instrumentation particulière. Dans la **section 3**, nous nous intéressons à cette question de l'instrumentation de l'action publique et aux effets d'apprentissages auxquels elle est associée. Moisdon (1997) et les chercheurs du CGS ont ainsi étudié la capacité des outils de gestion à stimuler des apprentissages collectifs chez les acteurs qui se les approprient. Ils ont introduit la distinction entre outils de gestion *de conformation*, qui entraînent les acteurs dans des tunnels de confinement, et outils

d'exploration, qui aident les acteurs à envisager le nouveau et des espaces renouvelés de coopération.

On considérera ainsi le GHT comme un *dispositif d'action publique*, à ce titre susceptible de déclencher des apprentissages collectifs, hypothèse que l'on cherchera à vérifier. Il s'agira de préciser dans quel régime de gouvernementalité il s'inscrit, et à quel objet de gouvernement il est associé. On peut penser qu'il s'agit d'une rupture dans la manière de gouverner le paysage hospitalier, puisque cet instrument correspondrait dans l'intention du législateur à l'émergence de nouveaux objets de gouvernement (le territoire et les parcours des patients), et à une modification des rapports entre tutelles et établissements (à qui est déléguée une part de responsabilité sur la manière d'organiser l'offre de soins sur le territoire).

Ce cheminement nous conduit à reformuler notre question de recherche, à l'issue de ce cadrage théorique (**section 4, questions de recherche**):

*Dans quelle mesure la réforme des GHT s'inscrit-elle dans un nouveau **régime de gouvernementalité** dans les politiques publiques de santé, permettant de faire émerger et d'encadrer des **partenariats d'exploration** entre établissements hospitaliers ?*

Cette problématique nous amène à soulever plusieurs séries de questions que nous cherchons à étudier grâce à notre matériau empirique.

La première porte sur les ***finalités et les modalités de mise en œuvre de la réforme*** des GHT. Ces questions sont traitées dans le ***chapitre 4*** de la partie résultats.

La deuxième série de questions concerne la ***construction des GHT*** par les acteurs de terrain, en réaction au stimulus imposé par l'Etat. Nous abordons ces questions dans le ***chapitre 5***.

Enfin, nous nous interrogeons dans le chapitre 6 sur les ***orientations et les premiers effets de l'activité d'exploration***.

Dans le ***chapitre 3 (Méthodologie)***, nous décrivons la méthodologie adoptée pour étudier nos questions de recherche.

La ***section 1*** a pour objectif de présenter notre design de recherche. Nous évoquons d'abord notre itinéraire de recherche partant d'un partenariat de recherche avec la Fédération Hospitalière de France. Le travail réalisé a reposé sur l'étude de trois cas (Yin, 2003) d'établissements hospitaliers en cours de constitution de GHT, dans trois régions françaises différentes, entre janvier 2015 et mai 2017. Nous y avons réalisé un travail de recherche-intervention (David, 2000; Moisdon, 2015), au cours duquel nous avons accompagné les responsables hospitaliers dans la construction et le suivi de leurs stratégies territoriales de coopération.

Dans la ***section 2***, nous décrivons plus précisément nos trois terrains d'étude, qui offrent une représentation relativement riche des différents modèles de GHT en cours de construction en France. En effet, ce sont des groupements de tailles variées, situés dans des territoires de profils différents, dans trois régions de France, et qui par ailleurs ont connu divers antécédents de coopération. Il s'agit des GHT suivants :

- Le *GHT 21-52 (Côte d'Or – Sud Haute Marne)*, qui regroupe une dizaine d'établissements autour du CHU de Dijon.
- Le *GHT 13 (Bouches-du-Rhône)*, qui rassemble tous les établissements des Bouches-du-Rhône autour du CHU de Marseille.
- Le *GHT Nord Essonne*, de taille plus réduite puisqu'il regroupe deux établissements : le CH de Juvisy-Longjumeau et le CH d'Orsay.

Enfin, nous présentons le matériau empirique recueilli et la manière dont ces données ont été exploitées (**section 3**). Il s'agit d'un travail de recherche qualitative : le matériau recueilli est constitué de 56 entretiens semi-directifs (auprès des directions d'établissements, de médecins, de représentants des tutelles, etc.), de l'observation participative d'une dizaine de réunions stratégiques et groupes de travail, ainsi que de l'analyse de plusieurs dizaines de documents. La démarche de recherche-intervention menée sur le terrain a également permis de s'imprégner plus amplement des problématiques étudiées, grâce à de nombreuses interactions informelles avec les acteurs, et à la construction d'outils de modélisation et de pilotage des coopérations, permettant de mettre en lumière un certain nombre de contraintes et de logiques d'acteurs qui n'auraient pas pu être identifiées uniquement par le biais d'entretiens.

L'exploitation de ces données nous a permis de comprendre les finalités de la réforme (**chapitre 4**), de décrire les processus de construction des groupements (**chapitre 5**) et de caractériser les premières orientations prises par ces GHT autour de nouveaux objets de coopération (**chapitre 6**).

*
* *

Dans la **partie 2**, nous présentons les résultats tirés des études de cas menées (**chapitres 4, 5 et 6**), puis discutons ces résultats en formulant quelques préconisations (**chapitres 7**).

Dans le **chapitre 4 (Les finalités de la réforme des GHT : regrouper pour amorcer une dynamique d'exploration collective)**, nous décrivons plus précisément la réforme des GHT, les intentions du législateur, et la manière dont cette transformation est pilotée par la puissance publique.

Dans un premier temps (**section 1**), nous revenons sur la genèse de la réforme et sur les objectifs qui sont assignés à ces GHT. Nous soulignons le flou apparent de ces objectifs, qui ne sont pas simples à traduire de manière opérationnelle : plusieurs interprétations en partie antagonistes en sont faites sur les terrains étudiés.

Dans la **section 2**, nous décrivons ensuite les modalités de mise en œuvre de la réforme et les interactions tutelles/établissements telles qu'elles ont été conçues par le législateur. La réforme se caractérise par un cadrage « hybride », entre prescription et liberté d'action. Les tutelles, peu directives lors de la mise en œuvre de la réforme, se limitent en réalité à jouer un rôle de médiateur et de validateur plus que d'animateur lors de la

construction des périmètres des groupements. Cette prise de distance des tutelles ajoute à l'incertitude entourant la réforme, puisque les acteurs de terrains détiennent une grande autonomie pour la mettre en œuvre, sans avoir d'orientations précises.

Toutefois, dans la **section 3**, nous précisons que cette souplesse encadrant la réforme a été voulue par le législateur pour faciliter sa mise en œuvre, et ainsi achever le pavage du territoire amorcé avec les communautés hospitalières de territoire. La question des finalités à atteindre est peut-être en réalité secondaire, la priorité étant pour la puissance publique de regrouper les structures hospitalières dans l'optique d'amorcer localement des dynamiques d'exploration de nouvelles organisations territoriales, et par ailleurs de gouverner différemment le maillage hospitalier, en dialoguant avec un nombre restreint d'interlocuteurs (136 GHT contre un millier d'établissements).

Ainsi, le cadre souple de la réforme permet ainsi de laisser des marges de manœuvre aux acteurs de terrain, qui peuvent se lancer dans des dynamiques d'exploration collective. C'est la raison pour laquelle nous considérons les GHT comme des partenariats d'exploration, émergeant dans le cadre de relations souvent précaires, autour d'objets relativement flous, et dont les objectifs sont définis de manière progressive. Cette exploration entraîne un certain nombre de défis à relever, puisqu'il s'agit simultanément pour les acteurs de terrain, avec un appui distant des tutelles, de concevoir un cadre de cohésion, afin de réunir les conditions de l'action collective, et d'identifier les objets sur lesquels la coordination sera bâtie.

L'objet du **chapitre 5 (La constitution des GHT : des modèles différenciés face aux défis de l'exploration collective)** est de présenter le processus de construction des GHT sur les trois terrains étudiés, afin de montrer comment les collectifs d'action se forment, de décrire les stratégies déployées pour orienter les dynamiques d'exploration, et de caractériser les formes hétérogènes que ces regroupements prennent.

Nous décrivons dans la **section 1** comment les périmètres des GHT ont été construits à travers la description de *trajectoires d'exploration*, en relatant chronologiquement l'évolution des jeux d'acteurs. Nous nous sommes pour ce faire appuyés sur les entretiens réalisés, mais également sur les observations effectuées, particulièrement révélatrices des oppositions et recherches de compromis entre partenaires. L'incertitude sur les objectifs à atteindre a en effet entraîné des inquiétudes et des conflits, notamment entre établissements « supports » et « périphériques », ce qui a posé problème au moment de la constitution des périmètres des GHT. La construction de la coopération inter-établissements s'est donc dans un premier temps caractérisée par une phase de forte précarité, suivie d'une phase de stabilisation, de consolidation du collectif. Des périmètres « départementaux » ont souvent été retenus par simplicité, permettant d'aboutir à un relatif consensus politique, bien que ces délimitations ne soient pas toujours un reflet fidèle des flux de population et des habitudes de coopérations médicales sur le territoire.

Dans la **section 2**, nous présentons ensuite les principales causes de la précarité de la cohésion des collectifs. Puis nous distinguons plusieurs formes de crises de la cohésion auxquelles nous avons pu assister, afin de relever les principales stratégies d'orientation de l'exploration observées sur les terrains d'étude (souplesse et recherche de valeur ajoutée vs.

établissement d'un horizon clair). Nous concluons cette section en nous interrogeant sur la possibilité d'émergence d'une identité commune parmi ces GHT.

Enfin, dans la **section 3**, nous montrons qu'en dépit de l'unicité de la réforme des GHT, différents modèles de groupements semblent se dessiner. Deux cibles principales se distinguent. Des GHT « *fédératifs* », de tailles importantes, construits avec peu d'antécédents de coopération, rassemblent des établissements qui conservent leur personnalité morale. Inversement, on observe des GHT de type « *intégratifs* », en général de taille plus réduite, avec des antécédents de coopération, et se dirigeant vers des directions communes voire des fusions. Nous nous interrogeons enfin sur les dynamiques d'évolution de ces GHT, et sur l'impact de la concrétisation de nouveaux objets de coopération sur la cohésion de ces collectifs.

Dans le **chapitre 6 (De nouveaux objets de coopération et de gouvernement pour les GHT)**, nous décrivons le processus d'élaboration et le contenu des projets médicaux partagés, qui sont un support permettant d'explorer et de se saisir de nouveaux objets de coopération et de gouvernement.

Dans la **section 1**, nous montrons que l'élaboration du projet médical partagé permet de définir les objets de l'action collective entre les acteurs, et ainsi préciser les modalités de coordination leur permettant de mieux prendre en charge les patients du territoire. Nous en tirons deux grands enseignements. D'une part, on constate la progression de nouveaux objets de gouvernement comme les parcours. D'autre part, les établissements se saisissent désormais eux-mêmes de la question de la transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins, alors que cette problématique était auparavant davantage du ressort des tutelles.

La **section 2** a pour objectif d'illustrer la progression de ce paradigme de parcours. Les enjeux associés sont de taille, aussi bien pour améliorer la prise en charge des patients que pour constituer un levier de performance pour les établissements. Nous présentons plusieurs initiatives concrètes allant dans le sens d'une meilleure intégration des soins, en tout cas à l'échelle des établissements GHT, ce qui constitue le début d'un processus d'apprentissage collectif. Toutefois, les obstacles susceptibles de freiner cette dynamique sont nombreux. Le mode de financement à l'activité est jugé inadapté, et les outils de gestion pour appréhender ce nouvel objet de gouvernement encore mal maîtrisés font défaut.

Nous nous attardons dans la **section 3** sur un des effets de cette progression de la logique de parcours sur les professionnels hospitaliers. De nombreuses investigations sont en effet menées par les acteurs afin de mettre en place une vision territorialisée de la GRH médicale, qui répond à une double finalité : pallier la pénurie de médecins spécialistes dans les établissements peu attractifs, mais également venir en appui à la structuration de filières de soins. Nous décrivons les formes que cette territorialisation revêt. Nous montrons ensuite qu'en raison du manque d'accompagnement des tutelles sur cette question, les établissements doivent tâtonner, explorer et innover pour organiser ces nouvelles pratiques. Nous revenons alors sur le travail de recherche-intervention mené sur un des terrains d'études, qui avait pour but de proposer un modèle économique et organisationnel pour encadrer l'exercice multi-sites

des médecins. Des préconisations sont formulées pour accompagner le déploiement des médecins dans des hôpitaux périphériques.

Enfin, dans la **section 4**, nous montrons que l'élaboration du projet médical partagé requiert la mobilisation de nouveaux savoirs sur le territoire, autour de données médico-économiques, épidémiologiques, démographiques, etc. Un travail de modélisation et de construction d'outils de pilotage commence donc à progresser afin de construire la « stratégie de groupe public » attendue par le législateur. Nous présentons plusieurs exemples de ces outils, sur la base de nos travaux de recherche-intervention. La constitution de ces outils a plusieurs effets. Tout d'abord, ils servent de support davantage objectivé lors des discussions entre acteurs, afin d'éviter ou de résoudre certains conflits, ce qui permet ainsi de renforcer la cohésion du groupe. L'élaboration de stratégies « gagnant-gagnant » rend ainsi indispensable la formalisation de tels outils, afin de sortir d'un pilotage à l'aveugle des coopérations. D'autre part, ces outils permettent de stimuler chez les acteurs des dynamiques d'apprentissages par exploration. Enfin, la construction de ces nouveaux savoirs et outils permet aux établissements d'être force de proposition en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins. On passe ainsi d'un hôpital-opérateur, exécutant les injonctions de la tutelle, à un GHT-stratège, outillé pour proposer des stratégies ascendantes.

Dans le **chapitre 7 (Discussion: Un nouveau régime de gouvernamentalité, la stimulation de l'exploration collective)**, nous discutons les résultats obtenus à la lumière du cadre théorique de la gouvernamentalité et de la coopération inter-organisationnelle, avant de formuler plusieurs préconisations.

Dans la **section 1**, nous précisons l'émergence d'un nouveau mode d'action de l'Etat dans les politiques hospitalières, qui avait déjà été évoqué par Lenay (2005). Avec la réforme des GHT, la puissance publique ne cherche plus *directement* à réguler ou à planifier l'organisation du maillage hospitalier. On est ici davantage dans un registre de *stimulation de l'exploration collective*. Nous caractérisons cette forme de gouvernamentalité, grâce à l'identification d'une triple rupture : l'émergence d'une classe de nouveaux objets de gouvernement, la création d'espaces d'exploration ainsi que la transformation des rapports tutelles/établissements.

Nous soulignons ensuite dans la **section 2** que cette réforme s'accompagne toutefois d'au moins trois grandes incohérences ou lacunes, en partie responsables de l'hétérogénéité de la mise en œuvre de la réforme à ce stade sur le terrain. Premièrement, le hiatus entre ces nouveaux objets de gouvernement et le caractère hospitalo-centré des GHT empêche parfois la conduite d'une réelle réflexion sur une prise en charge intégrée des parcours des patients. Deuxièmement, la coexistence de régimes de gouvernamentalité en partie orthogonaux rend complexe la construction de dynamiques coopératives, la planification descendante et la régulation économique retenant les établissements pour objet s'articulant mal avec la volonté de promotion de l'exploration collective. Enfin, le manque d'accompagnement et de capitalisation de l'Etat à propos de cette réforme risque d'en limiter la fécondité.

Dans la **section 3**, nous présentons ensuite quelques préconisations managériales, et appelons à une ingénierie de l'action publique plus cohérente, pour respectivement piloter et

gouverner l'exploration collective. Nous insistons sur l'utilité de se doter d'outils de gestion comme supports formels d'expérimentations entre les membres du collectif, afin d'assurer un meilleur couplage cohésion-coordination. D'autre part, le changement de posture de l'Etat, promouvant des dynamiques d'exploration inter-organisationnelle sur le territoire, rend désormais nécessaire une adaptation en conséquence de son instrumentation, afin de permettre une meilleure capitalisation de ce type de démarches. Ceci pourrait passer par la constitution de dispositifs de partage des expérimentations locales, ainsi que par certaines évolutions permettant de résoudre le problème de la mauvaise articulation entre les trois régimes de gouvernamentalité coexistant (réforme du mode de financement et transformation du régime des autorisations par exemple).

Nous concluons ce chapitre en résumant ainsi les trois principales contributions de la thèse:

- **Contribution n° 1** : Caractérisation d'un nouveau régime de gouvernamentalité, la stimulation de l'exploration collective.
- **Contribution n°2** : Mise en évidence d'incohérences existant dans l'action de l'Etat
- **Contribution n°3** : Formulation de préconisations pour le management de l'exploration collective au sein des GHT, et pour une meilleure ingénierie de l'action publique.

Dans la **conclusion générale**, nous résumons notre démarche de recherche et les principales contributions que nous apportons à la littérature, puis nous indiquons les limites de notre travail avant de suggérer quelques pistes de recherche qui pourraient s'ouvrir.

**PARTIE 1 -
CADRE THÉORIQUE,
PROBLÉMATISATION
ET MÉTHODOLOGIE**

INTRODUCTION DE LA PARTIE 1

La principale ambition de cette thèse est de s'interroger sur l'inscription de la réforme des GHT dans un nouveau paradigme de l'action publique.

En effet, la plupart des réformes récentes concernant le gouvernement du paysage hospitalier (mise en place de la T2A, création des ARH puis des ARS, etc.), marquaient une volonté de reprise en main par l'Etat. Ainsi, la gestion principalement communale des établissements hospitaliers qui prévalait au sortir de la seconde guerre mondiale laisse progressivement la place à une planification centralisée par l'Etat, avec la mise en place d'une carte sanitaire en 1970 (Couty, 2009). En 1996 sont créées les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), qui sont d'après Schweyer (1998) davantage l'aboutissement d'une reprise en main par l'Etat que du commencement d'un processus de territorialisation de la régulation du paysage hospitalier. Pour Rolland et Pierru (2013), les Agences Régionales de Santé, héritières des ARH créées en 2009, confirment la tendance d'une « *territorialisation en trompe-l'œil* » (p. 419), cachant en réalité une « *centralisation et [une] verticalisation croissantes de la gouvernance du système de santé* » (p. 411). La réforme de la T2A (2004) s'inscrivant dans la doctrine du New Public Management (Moisson, 2014), marquerait également une volonté de reprise en main de la régulation des dépenses hospitalières par l'Etat⁴, par le biais de mécanismes de marché qu'il pilote directement (Juven, 2016). Selon Pierru (2012), le NPM est en réalité un « *puzzle doctrinal* » qui « *ne signifie en aucune façon le retrait de l'Etat, mais bien au contraire son renforcement : dans le domaine de la santé, une bureaucratie renforcée équipée en nouveaux instruments d'action publique [...] cherche à reprendre le contrôle d'hôpitaux désormais décommunalisés car étatisés* ». (p. 44)

Or, dans un tel contexte, la réforme des GHT fait contraste. Certes, le regroupement des hôpitaux du territoire est une mesure coercitive, mais l'Etat semble s'engager dans une nouvelle voie, en donnant à cette réforme des objectifs moins explicites et en accordant plus d'autonomie aux acteurs de terrain, après leur avoir créé ce « terrain de jeu » qu'est le GHT.

De nombreux travaux analysant les politiques publiques hospitalières, notamment dans le champ de la sociologie de l'action publique, se situent dans un positionnement critique vis-à-vis de l'action de l'Etat. Nous choisissons ici de prendre un peu de distance avec ce point de vue critique. Si la mise en œuvre de la réforme des GHT, comme nous le verrons, est marquée par un certain nombre d'incohérences dans l'action de l'Etat, nous souhaitons davantage mettre l'accent sur la rupture que cette réforme constitue. En effet, elle

⁴ Par rapport au système préexistant de la dotation globale, on peut considérer que la T2A introduit une régulation économique centralisée, tout en promouvant une plus grande responsabilisation des acteurs locaux. Ce double mouvement contrôle/responsabilisation a ainsi été décrit par De Pourville et Tedesco (2003).

porte selon nous les ferments d'une nouvelle forme d'action publique, autour de nouveaux objets de gouvernement, comme les parcours, et grâce à des rapports transformés entre tutelles et établissements.

▪ Les GHT face aux enjeux des coopérations inter-organisationnelles

Avant d'aborder la littérature sur les politiques publiques hospitalières pour s'interroger sur la rupture que cette réforme constitue en matière d'action publique, au cours de notre itinéraire de recherche, nous avons dans un premier temps exploré les multiples travaux portant sur les coopérations inter-organisationnelles. Nous souhaitons en effet identifier les grands enjeux décrits dans la littérature sur le management souvent complexe de ces coopérations, ce que nous faisons dans le **chapitre 1**.

Cette littérature est déjà abondante, cherchant tantôt à établir des typologies des coopérations inter-organisationnelles, à identifier les logiques à l'origine de leur formation, ou encore à détailler les obstacles à leur déploiement. Nous avons choisi de ne pas passer toutes ces réflexions en revue, mais plutôt de nous concentrer sur des travaux s'intéressant au pilotage des coopérations dans des contextes complexes que l'on peut retrouver dans les GHT. Nous mobilisons ainsi la littérature portant sur le management des coopérations asymétriques (Chabault & Hulin, 2016) d'une part, et sur les partenariats d'exploration (Segrestin, 2003) d'autre part.

En effet, premièrement, ces coopérations sont potentiellement déséquilibrées, c'est-à-dire que certains membres peuvent avoir le sentiment de ne pas en tirer autant de bénéfices que d'autres. Ce constat, certes classique en matière de coopérations, conduit à considérer les GHT, qui regroupent des hôpitaux aux profils très hétérogènes, d'un CHU à un hôpital local par exemple, comme des construits **asymétriques**, avec la détermination d'un établissement support, qui détient davantage de prérogatives que les établissements « périphériques ». Comment alors parvenir à établir une coopération pérenne et constructive dans ces conditions ?

Par ailleurs, la crainte d'une coopération déséquilibrée est d'autant plus présente dans des cas où, comme pour les GHT, les acteurs se retrouvent dans une situation d'indétermination quant aux objectifs visés par la réforme. Cela correspond au cadre des **partenariats d'exploration** (Segrestin, 2003). Il s'agit d'alliances dont les objectifs sont incertains à l'origine mais sont construits progressivement, et qui regroupent des acteurs dont les relations et intérêts à agir ne sont pas clairement définis ex-ante, la cohésion du collectif étant donc à construire également. La question que nous nous posons est alors celle du management de la coopération dans un tel contexte d'incertitude. Toutefois, en mettant en relation des acteurs jusque là cloisonnés, en mobilisant de nouveaux objets et savoirs, ces coopérations sont propices à déclencher des dynamiques d'apprentissage et à entraîner des innovations techniques ou organisationnelles.

- **Quel rôle joue la puissance publique dans la stimulation et l'encadrement des dynamiques de coopération inter-hôpitaux ?**

Contrairement aux partenariats d'exploration étudiés par la littérature, les GHT sont des regroupements imposés par l'Etat, ce qui interroge plus largement sur le rôle de la puissance publique pour faire émerger et encadrer ces dynamiques coopératives. Cette question, peu étudiée jusqu'à présent, est au cœur de la thèse. Dans le but d'étudier cette problématique, nous avons donc dans un second temps mobilisé des travaux relevant davantage de la littérature en management public (**chapitre 2**).

Nous revenons plus en détails sur l'histoire du gouvernement du paysage hospitalier français, afin de souligner la coexistence de différents registres d'action en partie antinomiques. Le concept de *gouvernementalité* (Foucault, 2004) est un outil théorique puissant permettant de mieux caractériser ces formes d'action de l'Etat, et notamment les instruments qu'elles mobilisent, ou encore les rapports gouverné-gouvernant sur lesquelles elles sont construites. Lenay (2005) a ainsi identifié trois régimes de gouvernementalité dans les politiques publiques hospitalières : planification, régulation et organisation, que nous présentons en détails. Nous tenterons de mettre à jour cette caractérisation, en nous interrogeant sur la place de la réforme des GHT dans ces différents modèles d'action de l'Etat. Nous nous attarderons enfin sur la question de l'instrumentation de l'action publique, et sur les effets d'apprentissages que de tels instruments sont susceptibles de déclencher. Nous ferons en effet l'hypothèse que les GHT sont des instruments visant à stimuler le déclenchement de partenariats d'exploration entre établissements hospitaliers, susceptibles de générer des dynamiques d'apprentissages collectifs.

*
* *

Dans cette partie, nous présentons donc les principaux concepts théoriques que nous mobilisons pour éclairer notre analyse de la réforme des GHT (**chapitres 1 et 2**). A l'issue de ce cadrage conceptuel, nous formulons notre question de recherche. Enfin, nous détaillons le dispositif méthodologique déployé sur le terrain pour étudier ce questionnement théorique (**chapitre 3**).

CHAPITRE 1
ENTRE ASYMÉTRIE
ET INCERTITUDE:
LES DÉFIS MANAGÉRIAUX
DE L'EXPLORATION COLLECTIVE

INTRODUCTION

Abréviations utilisées dans ce chapitre:

RIO : Relations Inter-Organisationnelles

CIO : Coopérations Inter-Organisationnelles

▪ Une littérature abondante sur les CIO

Les coopérations inter-organisationnelles ont été abondamment étudiées par la littérature en sciences de gestion. Comme le rappelle Dameron (2005), la coopération, qui étymologiquement renvoie au fait de travailler ensemble, conjointement, est de « l'action collective finalisée ».

Les sciences de gestion s'intéressent de plus en plus à l'environnement (au sens institutionnel, concurrentiel, territorial etc.) dans lequel les organisations sont immergées, et aux relations que ces deux dimensions – organisation et environnement – entretiennent mutuellement. L'environnement est constitué d'un ensemble d'organisations interdépendantes, ce qui pousse les chercheurs à étudier plus amplement la nature de ces relations inter-organisationnelles. Pour Forgues, Fréchet et Josserand (2006), « *on peut définir ces relations inter organisationnelles comme des liens, nourris à la fois socialement et économiquement, entre organisations; peut- être devrait-on dire entre individus agissant pour le compte de leur organisation.* »

Ces dernières décennies, plusieurs phénomènes conjugués ont entraîné un développement important des coopérations inter-organisationnelles (Segrestin, 2003), comme la mondialisation et le développement des technologies de communication, qui facilitent la mise en relation entre divers acteurs ; ou encore la progression des savoirs de plus en plus éclatés, qui rend nécessaire la coopération pour faire dialoguer des compétences dispersées. Ces coopérations inter-organisationnelles prennent des contours protéiformes : on assiste ainsi à la multiplication de réseaux parfois internationaux, ou bien de clusters ou d'écosystèmes localisés dans des espaces identifiés (Carrincazeaux, Grossetti, & Talbot, 2008).

De nombreuses typologies existent sur les relations inter-organisationnelles, mais ces descriptions sont si foisonnantes que l'on pourrait avoir tendance à s'y perdre. Nous ne les passerons pas toutes en revue, mais nous revenons ici sur quelques exemples de finalités et de logiques à l'origine d'un partenariat entre organisations, avant de préciser quelques uns des défis managériaux rencontrés dans ces situations.

▪ Différentes logiques à l'origine des coopérations stratégiques

La littérature met en évidence différentes logiques et finalités à l'origine des relations inter-organisationnelles. Dameron (2005) distingue ainsi deux formes de coopération, qui ne sont généralement pas exclusives : au contraire, elles s'entremêlent et se génèrent mutuellement.

La première, fondée sur une rationalité stratégique, est qualifiée de **coopération « complémentaire »**. En effet, cette coopération naît du besoin de trouver des ressources complémentaires détenues par d'autres acteurs. Les relations sont alors marquées par l'opportunisme des différents agents, qui acceptent de coopérer uniquement si les gains que cela leur rapporte excèdent les coûts concédés. On retrouvait déjà cette analyse de la coopération fondée sur une rationalité calculatoire dans les travaux de Crozier et Friedberg (1981) : la pertinence des ressources complémentaires recherchées est évaluée selon leur capacité à conférer un certain contrôle sur une zone d'incertitude cruciale pour l'organisation, et donc un certain pouvoir.

Les intérêts que les coopérations inter-organisationnelles sont susceptibles de présenter sont de natures variées : partage de ressources, économies d'échelles, échanges de savoirs, accès à de nouveaux marchés, etc. Les travaux sur les **alliances stratégiques** montrent en effet que ces partenariats permettent de manière générale d'acquérir de nouvelles ressources ou de développer des compétences susceptibles d'aider à dégager un avantage concurrentiel (Das & Teng, 2000), par exemple en stimulant l'innovation ou en captant de nouveaux marchés.

La deuxième forme de coopération selon Dameron repose sur une rationalité identitaire. Il s'agit d'une **coopération « communautaire »**. A l'inverse de la coopération « complémentaire », ce n'est pas la différence mais la ressemblance entre les agents qui est ici recherchée. Le collectif a alors pour objectif de défendre des valeurs et des objectifs communs. Dans un registre assez proche, les travaux de l'école de l'économie de la proximité (Boschma, 2005; Gilly & Torre, 2000) tentent de montrer les différentes dimensions sur lesquelles se construit la proximité entre plusieurs acteurs. Selon eux, la proximité géographique ne suffit pas à elle seule à déclencher l'action collective : elle doit être complétée par une proximité « organisée », qui selon Zimmermann (2008) allie proximité *organisationnelle* (si les agents sont mis en relation dans une organisation grâce à des rapports hiérarchiques, ou bien plus largement autour de projets sur lesquels ils collaborent) et proximité *institutionnelle*, ou culturelle (si les agents ont en commun des règles, des codes, des représentations, de façons de concevoir le monde).

▪ Les obstacles aux coopérations inter-organisationnelles

En réalité, la plupart des travaux de recherche récents s'intéressent davantage à la problématique de la gestion parfois complexe des coopérations qu'à leurs finalités.

En effet, les partenariats inter-organisationnels sont souvent fragiles, en raison de multiples obstacles de natures variées. A partir d'une revue de la littérature, Auschra (2016) établit ainsi une cartographie des différents facteurs pouvant freiner le développement des coopérations inter-organisationnelles dans le milieu de la santé. Elle distingue des « forces d'inerties » à différents niveaux (individuel, organisationnel, inter-organisationnel et sectoriel), portant sur des problématiques de culture, de communication, de pouvoir, ou

d'ordre économique : le manque d'intérêt, de confiance, les difficultés de communication, les obstacles organisationnels, l'absence de régulation incitative, etc.

Une des caractéristiques qui rend complexe le pilotage des coopérations inter-organisationnelles est leur malléabilité. Cette flexibilité, qui est aussi sans doute un des atouts de la coopération par rapport à un processus plus intégratif comme la fusion, induit directement une certaine instabilité (Segrestin, 2006), ce pose un véritable problème gestionnaire.

▪ Les GHT, des partenariats d'exploration asymétriques

Dans le cas particulier des GHT, les coopérations inter-hôpitaux s'annoncent complexes pour au moins trois raisons :

- Elles sont potentiellement **déséquilibrées**, c'est-à-dire que certains membres du collectif peuvent avoir le sentiment de ne pas en tirer autant de bénéfices que d'autres. Les GHT, qui regroupent des hôpitaux aux profils très hétérogènes, d'un CHU à un hôpital local par exemple, sont par construction asymétriques, puisqu'ils entraînent la désignation d'un établissement support, qui détient davantage de prérogatives que les établissements « périphériques ». Comment alors parvenir à établir une coopération pérenne et constructive dans ces conditions ?
- La crainte d'une coopération déséquilibrée est d'autant plus présente quand on ne sait pas exactement quels sont les objectifs recherchés à l'origine, i.e. qu'on se trouve dans une **situation d'exploration** (Segrestin, 2003). C'est le cas des GHT car, comme nous le préciserons dans nos résultats de recherche, les objectifs de la réforme sont eux-mêmes en apparence relativement vagues. La question que nous nous posons est alors celle du management de la coopération dans un tel contexte d'incertitude. Cette ambiguïté est, comme nous le verrons, caractéristique des régimes de coopération innovante.
- Enfin, bien que la coopération ait parfois pu émerger de manière ascendante, c'est-à-dire sur la base du volontariat des acteurs, les GHT sont des **partenariats imposés par un tiers**, en l'occurrence par l'Etat, ce qui pose le problème de la construction et de l'appropriation d'un intérêt collectif, question sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre 2.

Malgré la littérature abondante sur les coopérations inter-organisationnelles, nous estimons que la recherche en gestion n'a pas épuisé toutes les questions ayant trait à ce sujet. A travers l'étude de la construction des groupements hospitaliers de territoire, nous espérons apporter une contribution théorique et empirique sur le sujet, en raison des fortes interrogations que ce type de partenariat véhicule, et que nous avons résumées ci-dessus.

▪ Plan du chapitre

Afin de nous guider dans l'analyse de la construction des GHT, nous étudierons dans ce chapitre dans un premier temps la littérature sur les coopérations asymétriques (**section 1**). Puis nous mobiliserons le concept de partenariats d'exploration (**section 2**).

SECTION 1 LE MANAGEMENT DES COOPÉRATIONS ASYMÉTRIQUES

Les GHT sont par construction des coopérations asymétriques, dans la mesure où un établissement est désigné comme "support", se voyant ainsi conférer un certain nombre de prérogatives sur les établissements « périphériques ». Par ailleurs, des rapports de forces entre les différents membres d'un groupement peuvent émerger en raison notamment des ressources variables auxquels ils ont accès.

Or, pour Chabault et Hulin (2016), une des principales sources d'instabilités dans les coopérations inter-organisationnelles réside dans **leur caractère potentiellement déséquilibré, à l'inverse des schémas « gagnant-gagnant »** théoriquement recherchés.

Depuis plusieurs années, la littérature en gestion se penche de plus en plus sur le caractère asymétrique des coopérations inter-organisationnelles. En effet, les multiples évolutions récentes de l'environnement concurrentiel et institutionnel sont susceptibles de bouleverser la nature d'une relation inter-organisationnelle, la rendant plus complexe, à la fois faite de coopération et de concurrence. On a ainsi assisté dans les années 90 à l'émergence du concept de « *coopétition* » (Nalebuff & Brandenburger, 1996), mot-valise mêlant coopération et compétition (ou concurrence), traduisant le fait que les concurrents d'hier peuvent désormais choisir ou être contraints de coopérer au moins sur certaines activités, dans le but par exemple de mieux innover. Ces comportements *coopétitifs* sont révélateurs du caractère souvent ambigu des RIO, et de l'interdépendance entre stratégies de coopération et de concurrence. De manière générale, les CIO sont de natures de plus en plus complexes et dynamiques, rendant leur pilotage particulièrement délicat.

1. Définition et facteurs d'asymétrie d'une coopération

La question des RIO asymétriques a d'abord été étudiée dans le cas de relations de dépendance, par exemple entre un donneur d'ordre et un sous-traitant. Le donneur d'ordre a un ascendant stratégique sur le sous-traitant, mais ce dernier peut aussi exercer un certain pouvoir s'il dispose par exemple de ressources rares : la dépendance n'est donc pas nécessairement unilatérale. Ceci induit des rapports de force entre des acteurs, les relations de pouvoir dépendant principalement des besoins réciproques en ressources (théorie de la

dépendance des ressources, d'après Pfeffer et Salancik (1978)). La littérature distingue plusieurs sources de pouvoir, de dépendance et de déséquilibres qui peuvent exister, au delà de cette question de l'accès aux ressources.

Selon Chrysostome, Beamish, Hebert et Rosson (2005), l'asymétrie ne s'explique pas uniquement par la taille et les ressources financières : en effet, l'accès à une ressource rare, la maîtrise d'un savoir-faire particulier, une connaissance approfondie d'un environnement local sont des éléments qui confèrent à un acteur une source de pouvoir. De même, Assens et Cherbib (2010) soulignent l'origine variée des déséquilibres dans le pouvoir entre deux acteurs, dont ils distinguent par cinq facteurs : la taille des entreprises, la nature des ressources en jeu, l'importance stratégique de l'alliance, l'urgence du partenariat, ainsi que son degré d'incertitude.

Chrysostome et al. (2005) définissent ainsi l'alliance asymétrique comme « *une coopération entre partenaires en position de pouvoir inégale* ». Cette asymétrie peut parfois entraîner un déséquilibre dans la relation, en rendant complexe la réalisation d'une stratégie « gagnant-gagnant », puisque l'un des acteurs peut tirer l'essentiel des bénéfices de la coopération, tandis que son ou ses partenaires peuvent éprouver un sentiment d'iniquité.

2. Les risques de la coopération asymétrique

Ce déséquilibre potentiel peut alors avoir pour conséquence tensions, conflits, voire dans certains cas aboutir à l'échec de la relation coopérative. Loin de situations parfaitement « gagnant-gagnant », les CIO se déroulent souvent dans un contexte tendu voire conflictuel. Leur pérennité est régulièrement menacée par la volonté des acteurs de défendre avant tout leurs intérêts individuels, comme cela a maintes fois été illustré par la théorie des jeux (en particulier le dilemme du prisonnier). La détermination d'un intérêt commun est alors complexe à atteindre de manière durable. Des rapports de force et sentiments de méfiance tendent ainsi à émerger, entraînant possiblement des comportements opportunistes.

Ainsi, on peut assister à des mécanismes de résistance de la part d'un acteur qui pourrait se sentir lésé, afin de rééquilibrer en sa faveur une situation qu'il estime déséquilibrée. La logique de résistance peut alors s'incarner par une volonté de réduction de la dépendance (à des ressources rares) vis-à-vis de l'acteur perçu comme dominant, ou à développer des contre-pouvoirs. Cela peut par exemple passer par la multiplication des partenaires ou l'intégration dans un cluster (Porter, 1998), afin de davantage maîtriser son environnement concurrentiel et de réduire sa dépendance envers un acteur donné. Les acteurs cherchent ainsi, en d'autres termes, à réduire l'incertitude et les risques auxquels ils sont exposés.

On peut donc s'interroger sur l'impact de cette asymétrie sur la stabilité et la performance d'une coopération. Dikmen et Cheriet (2016) montrent qu'il est particulièrement complexe de savoir si l'asymétrie est un facteur de performance ou au contraire un élément pouvant avoir un impact négatif sur la conduite d'une coopération. La littérature n'a pas montré de lien évident de cause à effet à ce sujet.

3. Comment gérer une coopération déséquilibrée ?

Malgré ces difficultés de management, la littérature montre que loin d'être une exception, le caractère asymétrique des CIO est en réalité la norme. Comment donc peut-on gérer l'ambiguïté entourant une relation asymétrique ? Quelles pratiques managériales, quels outils permettent de les mener ? Comment instaurer ou restaurer la confiance entre des partenaires qui se montrent sur leurs gardes ? Doz (1996) suggère que de nouveaux modes de pilotage doivent être adoptés pour permettre la capitalisation d'apprentissages : les réussites d'alliances stratégiques sont liées à leur capacité à générer des apprentissages permettant d'adapter et *d'équilibrer les relations* par le biais d'itérations successives (apprentissage – évaluation – ajustements). Les coopérations asymétriques seraient donc caractérisées par une alternance de situations d'équilibre et de déséquilibre, le défi managérial pour en assurer la pérennité étant de gérer ces phases de transition en capitalisant sur les apprentissages générés.

4. Conclusion de la section 1

Ce champ de littérature nous a été utile dans l'analyse de la construction des GHT, coopérations inter-organisationnelles asymétriques par nature. Ainsi, comme nous le montrerons dans les chapitres 5 et 6, nous l'avons mobilisé pour :

- Déterminer plus précisément les sources de cette asymétrie ;
- Caractériser les défis que les potentiels déséquilibres entraînent sur la construction de la coopération et l'élaboration d'une stratégie médicale partagée ;
- Et afin d'identifier des techniques et outils managériaux non pas pour établir un parfait équilibre entre les partenaires, ce qui est objectivement impossible, mais pour tenter d'assurer la pérennité et la fécondité de ces coopérations inter-hôpitaux, en réfléchissant à la création de stratégies "*gagnant-gagnant*".

Ainsi, le pilotage des GHT s'annonce complexe en raison de l'ambiguïté liée au caractère asymétrique de la coopération. Toutefois, nous pensons que le problème est peut-être en réalité plus large, puisque l'incertitude porte plus globalement sur l'objet même du partenariat, qui n'est pas défini de manière précise aux prémices de l'action collective. Cet élément est également de nature à rendre précaire le management des GHT. C'est la raison pour laquelle nous faisons appel dans la section 2 au concept récent de « partenariat d'exploration » (Segrestin, 2003), qui s'intéresse justement aux relations coopératives portant sur de nouveaux objets, mal définis par les acteurs, et pour lesquelles les savoirs accessibles sont encore balbutiants.

SECTION 2

LA GESTION DES PARTENARIATS D'EXPLORATION : LE DOUBLE DÉFI DE LA COHÉSION ET DE LA COORDINATION

Le pilotage des coopérations inter-organisationnelles peut parfois s'avérer particulièrement complexe, comme on l'a vu dans la section 1 dans le cas de coopérations asymétriques. Il l'est encore davantage dans certaines situations de forte incertitude, où les objectifs de la coopération ne sont pas définis clairement à l'origine, mais sont progressivement caractérisés. C'est le cas des partenariats d'exploration, concept théorisé par Segrestin (2003) que nous présentons dans cette section.

La littérature s'est souvent limitée à des cas de coopération dans lesquels les objets concernés, les savoirs mobilisés, les relations établies étaient connus, formalisés et stabilisés. Or, de plus en plus de partenariats concernent désormais des objets innovants, pour lesquels les savoirs à mobiliser ne sont pas immédiatement accessibles. Malgré les typologies foisonnantes existant sur les coopérations inter-organisationnelles, révélatrices de la complexité du phénomène, il est parfois difficile d'y reconnaître ce dernier type de coopérations. La plupart des cadres théoriques existant sont donc en défaut lorsqu'il s'agit d'appréhender ce modèle de relation inter-organisationnelle. C'est la raison pour laquelle Segrestin, en faisant appel à une perspective de régime de conception innovante (Le Masson, Weil, & Hatchuel, 2006), propose le concept de « partenariat d'exploration ».

Dans cette section, nous tâcherons dans un premier temps de définir l'activité d'exploration collective, avant de souligner l'importance de revenir aux deux dimensions fondamentales de la coopération selon Barnard (1968). Nous nous pencherons ensuite sur les principales difficultés rencontrées dans la conduite de partenariats d'exploration, avant de dégager des leviers managériaux permettant de les contourner, puis de nous poser la question de la régulation de ces partenariats par le droit et plus largement par la puissance publique.

1. Définition et caractérisation de l'activité d'exploration collective

A. Une définition de l'exploration

Segrestin (2003) définit ainsi l'activité d'exploration (p. 13) : « *L'exploration consiste pour nous en cette activité d'investigation et de reconnaissance de nouveaux champs d'action ou, plus spécifiquement, de "champs d'innovation" (Fixari et Hatchuel, 1998, Aggeri, Fixari et Hatchuel, 1998). Cette activité est nécessairement collective, d'autant plus qu'elle concerne des objets qui mobilisent plusieurs disciplines, mêlent différentes problématiques et ne rentrent pas forcément dans les catégories habituelles de compétences. Elle ne porte ni sur des produits tangibles, ni sur des projets clairement établis : elle vise au contraire à cerner des potentiels d'action. De la même manière, l'exploration collective ne se déroule pas*

forcément dans des groupements constitués : les acteurs cherchent au contraire à évaluer les collectifs nécessaires et les formes de regroupement appropriées. »

Nous pouvons retenir plusieurs choses de cette définition. En effet, l'exploration collective se distingue d'autres formes de coopérations plus « classiques » par :

- **La nature de l'objet de la collaboration**, qui n'est pas défini clairement à l'origine du processus, mais qui est construit progressivement. On se place ainsi dans un régime de conception innovante, par opposition à un régime de conception réglée (Le Masson et al., 2006). La coopération vise à identifier des potentiels d'actions inconnus.
- De même, les **collectifs** ne sont pas nécessairement figés mais sont susceptibles d'évoluer au gré de l'exploration : *« l'exploration visant à déterminer ce qu'il faut apprendre et les ressources nécessaires, l'organisation et l'identité-même des acteurs concernés font également partie des éléments à concevoir et sur lesquels porteront les apprentissages »* (Segrestin p. 65)

Segrestin précise ainsi les principales caractéristiques de l'exploration (p. 70) :

- *« L'exploration concerne un **problème mal posé**, un concept pour lequel aucune concrétisation n'existe et sur lequel les connaissances disponibles sont très réduites ou peu exploitables directement. »*
- *« [L'exploration est une] démarche visant à **examiner, à parcourir, à expérimenter, et à "cartographier" l'espace potentiellement ouvert** par un tel concept. Il s'agit moins dans un premier temps de bâtir des projets que de repérer les lieux, de les décrire de manière plus ou moins méthodique. »*
- *« L'exploration est donc le processus par lequel on est amené, en cherchant à cartographier un espace d'innovation, à **concevoir en parallèle l'instrumentation correspondante**. Plus généralement, la détermination des ressources nécessaires et des moyens fait partie intégrante du processus d'exploration. »*
- *« Les **résultats de l'exploration sont donc radicalement incertains**. Ils dépendent en effet du type d'instruments, des ressources et des stratégies que l'on adopte. Ils dépendent notamment des critères d'évaluation que l'on élabore. »*
- *« Enfin, **l'espace des possibles ne préexiste pas au processus d'exploration**. Il ne s'agit pas d'un dévoilement, mais d'une élaboration, et les projets qu'il pourra contenir dépendront de la manière dont il aura été conçu. »*

B. L'exploration, une double crise de la coopération

On voit bien que cette définition de l'exploration est susceptible de perturber les managers et de remettre en question les mécanismes usuels de coopération. En effet, si elle est à même d'entraîner des innovations managériales ou organisationnelles potentiellement importantes, l'exploration collective entraîne une double crise de la coopération :

- Premièrement : une crise de l'action collective, qui doit se bâtir en l'absence de critères de performance et d'efficacité, puisque les objets autour desquels elle doit se construire ne sont pas connus a priori ;
- Deuxièmement : une crise du collectif, puisque les acteurs qui s'engagent dans une dynamique d'exploration ne connaissent ni les intérêts qu'ils peuvent en espérer, ni les risques auxquels ils s'exposent. Le périmètre du groupe, la nature des relations entre ses membres, son identité collective, ses règles de fonctionnement sont autant de dimensions qui ne sont pas définies au préalable et qu'il convient d'explorer en tant que telles.

Les théories classiques sur la coopération ne permettent pas selon Segrestin de bien saisir ces interrogations portant sur les dynamiques d'exploration collective, dans la mesure où elles étudient de manière découplée d'une part la construction et la régulation d'un collectif, et d'autre part l'efficacité d'un collectif à atteindre un objectif donné. Elle suggère ainsi de revenir aux deux dimensions fondamentales de la coopération, telles que définies par Barnard (1968), afin de les étudier conjointement, pour se pencher sur leur articulation et même en réalité leur co-détermination.

2. Retour au dyptique de la coopération selon Barnard : coordination et cohésion

Le pilotage de cette exploration collective nécessite selon Segrestin de concevoir simultanément des modalités de coordination et un cadre de cohésion. Coordination et cohésion forment d'ailleurs d'après Barnard (1968) les deux dimensions fondatrices de la coopération. La coordination renvoie plutôt à l'efficacité de l'organisation collective, tandis que la cohésion correspond davantage aux intérêts à agir du collectif, à la légitimité du système d'action.

Pour Barnard, trois éléments sont nécessaires à la constitution d'un collectif :

- Les individus qui composent le collectif ont la volonté de coopérer ;
- Ces individus ont les moyens de communiquer entre eux ;
- Ils partagent un objet (« common purpose ») qui est accepté par chacun d'entre eux.

Or, il convient de souligner que l'objet commun à un collectif n'est pas naturel a

priori, puisque chaque individu a des intérêts particuliers qui ne coïncident pas nécessairement avec ceux du groupe. La participation d'un individu à un collectif dépend donc de la capacité du groupe à satisfaire au moins une partie de ses aspirations. Les conditions de communication permettent alors de comprendre les intentions de différents acteurs et de partager l'objet de l'organisation, lorsque celui-ci a été défini, en cherchant à s'assurer que cet objet est compris et accepté par les individus constituant le collectif. Notons que cet objet peut tout à fait évoluer dans le temps, Barnard insistant ainsi sur le caractère dynamique de la coopération.

D'après Barnard, le fonctionnement durable d'une organisation dépend alors de deux processus interdépendants. Le premier renvoie à la capacité de l'organisation à définir et à réaliser son objet, le second concerne la "création et la distribution des satisfactions" entre les membres du groupe (Segrestin 2003, p. 74). Ces deux processus font ainsi référence à deux dimensions, coordination et cohésion, que nous définissons plus précisément ci-après, et qui constitueront notre grille de lecture de base dans l'analyse des partenariats d'exploration. Segrestin indique que dans la littérature, ces deux dimensions ont été souvent étudiées de manière cloisonnée d'un point de vue disciplinaire, la dimension « coordination » étant davantage l'objet d'étude des chercheurs en gestion, tandis que l'aspect « cohésion » intéressait plutôt les juristes et les économistes.

▪ La coordination

Pour Segrestin (p. 76), ce terme de coordination fait référence à « *l'ensemble des dispositifs permettant de réguler les interdépendances induites par une activité entre plusieurs acteurs, y compris la formulation de l'objet de cette activité.* » C'est un concept qui renvoie à la notion d'efficacité de l'action collective, ce qui suppose que l'objet de la coopération soit défini, et qu'il existe des critères d'évaluation permettant de mesurer la performance de ces mécanismes de coordination. La notion de coordination a été au cœur des travaux de Mintzberg (1979), qui indique ainsi que : "*toute activité humaine organisée – de la poterie à l'envoi d'un homme sur la lune – doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division du travail entre les différentes tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour l'accomplissement de ce travail. La structure d'une organisation peut être définie comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches*".

La coordination est donc la manière de définir, de diviser un travail, puis d'assigner les tâches induites par cette division à différents acteurs qui les assureront en parallèle. Cela suppose donc une série de préoccupations : définir de manière précise l'objet de la coopération, identifier les ressources et les compétences nécessaires à sa réalisation, connaître un certain nombre de contraintes, notamment temporelles, etc.

Les mécanismes de coordination (définis précisément par Mintzberg) permettent de comprendre comment fonctionne une organisation, mais ils ne suffisent pas à expliquer ce qui fait qu'un ensemble d'individus accepte de s'engager dans un collectif d'action. En effet, la

notion de coordination ne permet pas d'appréhender les intérêts particuliers des individus d'un groupe et la manière dont ces intérêts peuvent se concilier autour d'un objectif commun. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de faire également appel au concept de cohésion.

▪ La cohésion

C'est justement cette question de l'adhésion au collectif qui est au cœur de la notion de cohésion. Qu'est-ce qui fait qu'un ensemble d'individus aux aspirations souvent discordantes trouve un intérêt à collaborer (le fameux « common purpose » de Barnard) ?

Pour Segrestin (p. 81) : « *La cohésion est la structure sociale de légitimité dans laquelle vont s'inscrire les relations. En d'autres termes, la cohésion renvoie à l'ensemble des dispositifs qui, dans un collectif où les intérêts des individus, de l'organisation, et de la société peuvent diverger, permettront de résoudre les conflits éventuels. [...] La cohésion est donc le cadre de l'action sur lequel les acteurs s'entendent et qui permet, sans déterminer l'action, qu'elle soit engagée et poursuivie dans des conditions acceptables pour tous.* »

Quels dispositifs sont susceptibles de permettre de faire converger les intérêts, et de favoriser l'adhésion des individus à un objet collectif ? Les économistes mettent en avant la nécessité de mettre en place une structure de gouvernance permettant de partager les risques et les intérêts, éventuellement en précisant ces modalités de partage sous la forme d'un contrat (voir les travaux de Williamson (1979)). Pour Segrestin, la légitimité d'un système de cohésion est issue du droit : les dispositifs formalisés du droit permettent de « *transformer les intérêts propres du collectif en droits et en obligations mutuelles* » (p. 82). Le droit permet d'anticiper et de résoudre d'éventuels litiges qui pourraient opposer les membres d'un collectif donné, par le biais de trois mécanismes : un mécanisme d'assomption du risque (pour répartir ou mutualiser les responsabilités des acteurs), un mécanisme de partage des résultats ou opportunités défini ex-ante, et enfin un mécanisme qui explicite le partage du pouvoir entre les individus lors des prises de décision.

*
* *

Ces deux dimensions de la coordination sont, on le voit, complexes à assurer dans un contexte d'incertitude dans lequel l'objet de la coopération n'est pas défini et le périmètre du collectif n'est pas stabilisé. Ainsi, dans le cadre des partenariats d'exploration, on fait face à une crise simultanée de la cohésion et de la coordination du collectif, ce qui implique d'étudier conjointement ces deux paramètres.

3. Les partenariats d'exploration : la crise simultanée de la cohésion et de la coordination

Précisons à présent en quoi ces deux dimensions, cohésion et coordination, sont affectées dans le cadre d'un partenariat d'exploration (Segrestin, 2006).

▪ ***La précarité de la coordination***

Premièrement, dans les régimes de conception innovants, il est souvent difficile de diviser le travail en un ensemble de missions découplées les unes des autres, et par ailleurs de prescrire des objectifs à atteindre. Les mécanismes de délégation et de prescription sont en effet particulièrement complexes à instaurer quand on manipule des objets incertains.

Dans les situations d'exploration, la coordination autour d'objets qui restent à concevoir est donc précaire, puisqu'il est difficile d'estimer les ressources nécessaires, les retombées possibles quand on ne maîtrise pas les objets sur lesquels on travaille. Cette incertitude sur les objets est inhérente aux partenariats d'exploration. A partir d'exemples précis issus d'activités industrielles, Segrestin montre que *« les choix de coordination en situation d'exploration sont inévitablement chahutés et précaires : c'est à l'évidence un rôle important du management que de gérer les révisions de ces choix dans de bonnes conditions »* (p. 80).

▪ ***La précarité de la cohésion***

Deuxièmement, les modèles de cohésion habituels ne peuvent s'appliquer dans les régimes de conception innovante. Comme on l'a vu précédemment, le système de cohésion d'un collectif est généralement défini ex-ante à l'aide de modèles économiques ou de contrats encadrés par le droit. Les cadres de cohésion sont le plus souvent considérés comme des prérequis de toute forme d'action collective, puisqu'ils sont censés garantir de manière stable les intérêts des individus membres du collectif avant le début de la coopération, en définissant leurs droits et obligations mutuelles. Cela repose sur l'hypothèse qu'il ne peut y avoir d'action collective sans cohésion définie et stabilisée en amont.

Cette hypothèse n'est plus valable dans le cadre d'une situation d'exploration. En effet, selon Segrestin, l'innovation déstabilise l'espace des préférences possibles, dans la mesure où *« on peut se dire que si des entreprises se livrent à des activités d'exploration, c'est précisément parce qu'elles ne connaissent pas a priori leurs préférences et cherchent à les appréhender »* (p. 83). Le cadre de cohésion ne peut donc pas être stabilisé et prédéfini avant le début de la coopération, puisque les différentes parties prenantes vont chercher à explorer leurs intérêts potentiels, qu'elles ne connaissent pas a priori. Le système de cohésion doit donc au contraire être suffisamment souple et indéterminé, en réaffirmant l'autonomie des parties. Les engagements mutuels étant faibles voire inexistants, cela entraîne inévitablement une certaine précarité du collectif. La coopération doit ainsi s'organiser sur des horizons temporels réduits. A l'issue de chaque étape du processus collaboratif, un bilan des résultats et des apprentissages est effectué, les prochaines orientations sont établies, mais les individus sont libres de ne pas poursuivre la coopération.

▪ ***Caractérisation des partenariats d'exploration***

Les partenariats d'exploration sont donc une forme particulière de coopération, caractérisés par une indétermination portant à la fois sur les modalités de coordination et de

cohésion. Ces partenariats ont alors pour vocation de conduire un double processus de conception, qui se fait de manière itérative et simultanée.

Premièrement, il s'agit de **qualifier les objets de l'action collective**. Cela implique de cartographier, en veillant à élargir l'espace des possibles plutôt qu'à le restreindre, les opportunités et les risques, les ressources nécessaires, les critères d'efficacité, et les voies d'apprentissages liés à cet objet de coopération.

Deuxièmement, l'exploration doit permettre de **réunir les conditions de l'action collective**. La constitution d'un cadre de cohésion est un processus délicat en raison du paradoxe inhérent aux partenariats d'exploration : *« les acteurs doivent mener des actions d'exploration qui les engagent nécessairement, alors même qu'un des enjeux forts, étant donné l'instabilité de leurs préférences et des résultats de leurs apprentissages, est de préserver la possibilité de se désengager »* (Segrestin 2003, p. 91). Il s'agit alors de réfléchir aux conditions permettant l'éventuelle émergence d'un intérêt commun, qui n'existe pas au préalable, mais qui est susceptible d'apparaître grâce aux actions menées.

4. Manager les partenariats d'exploration : l'importance du couplage cohésion-coordination

Ce double processus de conception pose la question des techniques managériales permettant d'assurer un couplage entre ces deux dimensions, qui selon Segrestin ont souvent tendance à être appréhendées de manière indépendante, l'une des deux au moins étant considérée comme stabilisée. L'exploration nécessite en effet un pilotage simultané de deux processus de conception parallèles mais interconnectés. Pour piloter un processus d'exploration collective, le manager doit par exemple chercher à :

- *Circonscrire les espaces d'exploration* en stabilisant à chaque fois l'une des deux dimensions de la coopération, tout en veillant à ne pas perturber l'équilibre fragile entre ces deux dimensions ;
- *Gérer les transitions entre ces différents espaces d'exploration* circonscrits, en cherchant à maintenir les conditions de cohésion du collectif.

Ceci implique de développer de nouveaux instruments de gestion et de nouvelles compétences managériales. Ce principe général est décliné dans l'encadré suivant en ce qui concerne le pilotage des deux grandes dimensions de la coopération.

« Au niveau de la **coordination**, l'analyse révèle l'importance du management capable de désigner des directions d'apprentissage et de réviser progressivement les choix organisationnels et l'objet des missions tout en organisant la capitalisation des connaissances produites et la régénération des champs d'exploration. » (Segrestin p. 329)

« Au niveau de la **cohésion**, l'étude de cas empiriques montre le foisonnement de nouvelles techniques destinées à permettre aux partenaires d'engager l'action sans s'engager et à assurer une certaine récursivité des choix et des orientations conjointes. » (Segrestin p. 329)

Encadré 1 - Les leviers managériaux de l'exploration collective selon Segrestin (2003)

5. D'une évolution du droit à la question plus large de la régulation par la puissance publique

Une autre préconisation formulée par Segrestin consisterait à réfléchir à une évolution du droit pour permettre la création de « contrats d'exploration », constituant un cadre légal formalisé, destiné à structurer et à faciliter l'exploration conjointe.

En effet, elle souligne l'intérêt de différents dispositifs juridiques visant à « *qualifier la logique de l'exploration et à définir les "objets de gouvernement" ou bien ce qu'on peut appeler des catégories pour l'action des entreprises* ». Ainsi, en « *définissant des titres, des obligations et des prérogatives, établissant les statuts et les types de groupement, spécifiant les règles de fonctionnement des groupements, le droit fournit des "catégories d'action" aux acteurs économiques, il constitue un vecteur puissant d'explicitation et de formation, donc de diffusion et de régulation des pratiques*. » (Segrestin, p. 329).

Or, le droit des affaires a tendance à rester en retrait des pratiques : il considère comme constitués les objets et les intérêts de la coopération, sans s'interroger sur le processus de leur construction. Par conséquent, la liberté contractuelle, au lieu d'aider les entreprises, les laisse dans une situation de forte incertitude. Segrestin a donc réfléchi aux caractéristiques d'un cadre d'association d'exploration qui soit capable d'encadrer les pratiques. L'enjeu consiste à spécifier la logique de l'exploration et à en cerner les conditions, les risques et les instruments. Elle propose ainsi un modèle de contrat spécial d'exploration (p. 320).

Nous ne nous attarderons pas dans la suite de cette thèse sur cet aspect légal, qui relève davantage du droit des sociétés, et ne s'applique donc pas directement au cas de l'hôpital public. Toutefois, la question de l'impact du droit en matière d'encadrement des partenariats d'exploration nous invite à aborder une autre question plus large que celle des leviers managériaux de ces coopérations. Il s'agit du problème de la *régulation des partenariats d'exploration par la puissance publique*, peu analysée dans la littérature, et qui sera au cœur de la thèse.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

La question de la régulation des partenariats d'exploration

▪ Les GHT, des partenariats d'exploration asymétriques

Comme on le précisera dans la suite, la réforme des GHT oblige les établissements à entrer dans une logique de coopération et d'association dans un cadre de discussion assez lâche, sans nécessairement avoir défini d'objectifs communs précis au préalable, et en appréhendant de nouveaux objets (les parcours, le territoire, etc.). A la lumière des travaux précédemment cités, nous montrerons dans la suite de la thèse en quoi ces GHT constituent des espaces propices au développement de partenariats d'exploration, bien que contrairement à ce que la littérature a étudié, il s'agit ici non pas d'entreprises, mais d'organisations publiques pour lesquelles la coopération concerne davantage une rationalisation organisationnelle que des activités de conception innovante. Le fait que ces alliances aient été imposées par un tiers, en l'occurrence par l'Etat, est une autre différence importante avec les cas étudiés par Segrestin. Enfin, nous mettrons également l'accent sur le caractère asymétrique de ces relations.

▪ Ce que la littérature sur les CIO peut nous apporter

La littérature présentée dans ce chapitre nous permettra de :

- Caractériser la démarche d'exploration dans laquelle les membres d'un GHT se lancent collectivement ;
- Comprendre le mécanisme de formation d'un cadre de cohésion du collectif ;
- Déterminer le processus de construction des objets de l'action collective qui commencent à émerger de ces partenariats ;
- D'établir une typologie des différents modèles de GHT qui semblent se dessiner, en fonction de leur capacité à progresser dans les champs d'action ouverts par la dynamique d'exploration ;
- Et de proposer des préconisations managériales permettant de piloter ces partenariats d'exploration, alors même que ces coopérations peuvent être perçues avec méfiance en raison de leur caractère potentiellement déséquilibré.

▪ Le rôle de la puissance publique dans la stimulation des partenariats d'exploration : une dimension qui reste à étudier

La littérature a jusqu'à présent assez peu étudié la question du rôle de la puissance publique pour stimuler de telles dynamiques d'exploration. De quels leviers incitatifs l'Etat dispose-t-il pour permettre l'émergence et pour encadrer ce type de coopérations ?

Dans le chapitre suivant, nous revenons sur l'histoire complexe des politiques publiques hospitalières au cours des dernières décennies, fondées sur des philosophies parfois

en partie orthogonales. La plupart des instruments d'action publique déployés jusqu'à présent pour encourager les coopérations inter-hôpitaux ont connu des effets mitigés. Afin de mieux caractériser ces différents registres d'action de l'Etat, et de voir dans quelle mesure la réforme des GHT pourrait marquer une rupture en créant des conditions propices au déclenchement de partenariats d'exploration, nous mobilisons le concept de *gouvernementalité* (Foucault, 2004), que nous exposons dans le chapitre 2.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 1

Dans ce chapitre, nous sommes revenus sur la littérature abondante en matière de coopération inter-organisationnelle. Le management des GHT soulève de nombreux enjeux en raison de leur caractère asymétrique et des situations d'exploration collective qu'ils déclenchent. Nous avons donc analysé deux champs précis de la littérature pour mieux cerner ces problématiques.

Nous avons abordé dans la **section 1** le sujet du management des coopérations asymétriques (Chabault & Hulin, 2016). Plusieurs sources d'asymétrie peuvent exister, rendant parfois complexe la réalisation de stratégies « gagnant-gagnant ». Des déséquilibres sont alors susceptibles d'apparaître et d'entraîner tensions, conflits, voire d'aboutir à l'échec de la relation coopérative. Les défis managériaux sont donc de taille. La littérature suggère que le succès des alliances stratégiques provient de leur capacité à générer des apprentissages permettant d'équilibrer les relations, par itérations successives (Doz, 1996).

Dans la **section 2**, nous avons rappelé que la littérature s'est longtemps limitée à des cas de coopération dans lesquels les objets concernés, les savoirs mobilisés, les relations établies étaient connus, formalisés et stabilisés. Or, de plus en plus de partenariats concernent désormais des objets innovants, pour lesquels les savoirs à mobiliser ne sont pas immédiatement accessibles. Segrestin (2003) cherche ainsi à caractériser ces « partenariats d'exploration ». Il s'agit d'alliances dont les objectifs sont incertains à l'origine, mais qui visent à explorer de nouveaux champs d'action, entraînant potentiellement de multiples innovations. Le pilotage de cette exploration collective nécessite alors de concevoir simultanément des modalités de coordination et un cadre de cohésion, qui forment les deux dimensions indissociables de la coopération. Segrestin indique qu'il est nécessaire de se doter d'outils managériaux pour assurer un couplage entre ces deux dimensions, qui renvoient à deux processus de conception parallèles mais interconnectés. Une autre préconisation formulée par Segrestin consisterait à réfléchir à une évolution du droit pour permettre la création de « contrats d'exploration », constituant un cadre légal formalisé, destiné à structurer et à faciliter l'exploration conjointe.

Comme on le précisera dans la suite de la thèse, la réforme des GHT oblige les établissements à entrer dans une logique de coopération et d'association dans un cadre de discussion assez lâche, sans nécessairement avoir défini d'objectifs communs précis au préalable, et en appréhendant de nouveaux objets. La cohésion reste à bâtir dans ces construits asymétriques par nature. A la lumière des travaux précédemment cités, nous montrerons que ces GHT constituent des espaces propices au développement de partenariats d'exploration. Afin d'appréhender cette question, il convient de se pencher sur le rôle de la puissance publique pour faire émerger et pour encadrer ces partenariats d'exploration, sujet peu étudié dans la littérature jusqu'à présent.

CHAPITRE 2
LES RECOMPOSITIONS
HOSPITALIÈRES
À LA CROISÉE DES CHEMINS
ENTRE PLUSIEURS RÉGIMES
DE GOUVERNEMENTALITÉ

INTRODUCTION

Comme le soulignent Grenier et Guitton-Philippe (2012), le secteur sanitaire traverse depuis plus de quinze ans un mouvement général de recompositions. Ce terme très générique de *recompositions* regroupe en réalité différentes logiques de rapprochement, allant de la coopération ponctuelle à la fusion, en passant par la mutualisation de ressources ou la constitution d'un réseau.

L'objectif du chapitre 2 est de se doter d'un cadre conceptuel permettant d'analyser les différentes formes d'action publique en matière de politique hospitalière en France, et plus particulièrement leurs effets sur les recompositions inter-établissements. Quelle instrumentation d'action publique est déployée par l'Etat pour encourager le développement de coopérations inter-hôpitaux ? Quels sont les effets de ces instruments ? Quelles rationalités sous-tendent ces différents instruments et les politiques auxquelles ils sont associés ? Dans quelle mesure ces instruments sont-ils susceptibles de favoriser le déclenchement de dynamiques d'exploration collective ? Nous tâcherons d'étudier ici ces quelques questions.

Pour ce faire, nous retraçons dans la **section 1** l'histoire du gouvernement du paysage hospitalier français au cours des dernières décennies, en montrant la coexistence de registres d'actions hétérogènes de la puissance publique quant à la transformation du maillage hospitalier territorial. Nous soulignons les effets mitigés des différents instruments déployés pour encourager les recompositions inter-hôpitaux.

Afin de caractériser plus précisément les différents registres d'action mobilisés par l'Etat, nous faisons appel dans la **section 2** au concept de « gouvernamentalité ». Nous rappelons la définition de cette notion et indiquons l'intérêt qu'elle représente pour analyser les politiques publiques de santé.

Dans la **section 3**, nous abordons la question des instruments d'action publique qui outillent un régime de gouvernamentalité particulier. Nous précisons que ces instruments sont souvent considérés dans la littérature comme des stimulateurs d'apprentissages collectifs.

Enfin, dans la **section 4**, nous présentons les questions de recherche formulées à l'issue de ce cadrage théorique.

SECTION 1

PETITE HISTOIRE DU GOUVERNEMENT DU PAYSAGE HOSPITALIER

Dans cette section, nous retraçons l'histoire du gouvernement du paysage hospitalier français au cours des dernières décennies, en montrant la coexistence de registres d'actions hétérogènes de la puissance publique quant à la transformation du maillage hospitalier territorial, entre planification, tarification et contractualisation. Les politiques menées se caractérisent par une série d'hésitations et de compromis, entre régulation régionale et centralisée, dirigisme et autonomie, marché et planification. Nous soulignons les effets mitigés des différents instruments déployés pour encourager les recompositions inter-hôpitaux. En particulier, si la coopération inter-hospitalière s'est largement développée concernant les activités logistiques, elle est longtemps restée limitée et mal structurée dans le domaine des activités cliniques. Nous évoquons également la problématique de l'intégration des systèmes de santé à l'étranger, à travers l'exemple des politiques menées au Québec.

1. Le cas Français : un long mouvement de reprise en main par l'Etat

Moisson (2012) dresse une histoire de l'hôpital public en France depuis la seconde guerre mondiale, en distinguant trois grandes phases.

Entre 1945 et 1975, on assiste à un développement important du parc hospitalier sur le territoire, dans une période de croissance économique et d'innovation technologique, où le souci de la rationalisation n'est pas une priorité. L'Etat commence tout de même à instaurer des outils lui permettant de reprendre en main cette organisation territoriale, au détriment des communes. La loi Debré de 1958 crée ainsi les CHU, structures de référence à l'échelle régionale autour desquelles un maillage territorial doit se mettre en place. En 1970, une carte sanitaire est mise en place, constituant un découpage du territoire national selon une logique de secteurs, pour lesquels sont précisées des capacités minimales et des conditions d'autorisation d'équipements lourds. On se place dans une logique de planification, mais il n'est pas encore question de gestion ou de performance. Il existe d'ailleurs à l'époque très peu d'indicateurs permettant de caractériser l'activité d'un établissement. Par ailleurs, toujours en 1970, sont créés les syndicats inter-hospitaliers (SIH), premier dispositif en faveur d'un rapprochement entre établissements (Mossé, 2001; Mossé & Paradeise, 2003).

A partir des crises du **milieu des années 1970**, l'hôpital n'est plus perçu uniquement comme une structure à développer, mais comme une organisation coûteuse et insuffisamment soucieuse de sa gestion interne. Le mode de financement passe du prix de journée à la dotation globale, censée freiner l'inflation des dépenses hospitalières (Moisson & Tonneau, 2008). L'Etat cherche à rénover l'instrumentation médico-économique par le biais du PMSI, dont le but est de caractériser l'activité d'un établissement suivant un case-mix précis. On passe sur cette période d'une planification lâche à une planification plus dure, sans observer

pour autant d'évolutions notables du paysage hospitalier (Engel, Kletz, Moisdon, & Tonneau, 2000).

À partir des années 90, l'Etat planificateur laisse la place à un Etat incitatif et contractualiste, c'est-à-dire pilotant les structures hospitalières sur la base d'une évaluation quantitative de leurs performances, et par le biais de contrats d'objectifs et de moyens, ce qui est révélateur de la progression du *New Public Management* dans l'action publique en France. Les ordonnances Juppé de 1996 déplacent le niveau de régulation à l'échelle régionale, avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (Kerleau, 2003; Schweyer, 1998). En 2004, le Ministère de la Santé instaure une tarification à l'activité (T2A), fondée sur le PMSI, dont l'objectif est double : garantir une plus grande équité dans l'allocation des ressources entre établissements, et introduire un incitatif à l'efficience. La T2A est ainsi censée favoriser le déploiement d'outils médico-économiques pour une meilleure gestion de la performance dans les établissements hospitaliers, bien que certains auteurs ont montré que les évolutions des pratiques et des représentations sont encore limitées (Crémieux, Saulpic, & Zarlowski, 2012). Un objectif « caché » de cette réforme était par ailleurs probablement d'accélérer les restructurations des plateaux techniques, les établissements ayant mécaniquement tendance à se désengager d'activités jugées non rentables (Couty, 2009).

En parallèle à ce nouveau mode de financement, l'Etat instaure de nouveaux leviers pour réorganiser le maillage hospitalier. Les SROS (Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire) viennent remplacer la carte sanitaire⁵, ils constituent un véritable outil d'aménagement du territoire en matière d'organisation sanitaire. Avec la **loi HSPT de 2009**, le pouvoir des directeurs d'établissements est renforcé au détriment des maires des communes concernées, qui ne sont plus à la tête des conseils d'administration des hôpitaux, ceux-ci étant désormais remplacés par des conseils de surveillance (Couty, 2010). Cette "dépolitisation" de la gestion des hôpitaux est censée favoriser la mise en place de recombinaisons organisationnelles. Par ailleurs, l'hôpital doit dorénavant s'inscrire dans son environnement : sa tutelle est désormais une Agence Régionale de Santé, ayant pour mission de décloisonner les différents pans de l'offre de soins, en cherchant à mieux coordonner acteurs hospitaliers et acteurs de ville, hôpitaux et établissements du secteur médico-social. La coopération inter-établissements est également promue dans le cadre des Communautés Hospitalières de Territoire, ancêtres des GHT, que Grenier et Rimbart-Pirot (2015) qualifient "d'outil de territorialisation des politiques publiques de santé". Les effets de ce dispositif sont toutefois restés relativement mitigés, et ses limites ont selon Fulconis et Joubert (2017) abouti à la création des GHT, marquant ainsi une nouvelle étape dans l'injonction coopérative.

⁵ Les SROS ont été créés en 1991 et ont progressivement remplacé la carte sanitaire, supprimée en 2003. Contrairement à cette dernière, strictement quantitative et visant à déterminer un nombre d'équipements ou d'activités par zone sanitaire, les SROS en déterminent la répartition et l'organisation, en introduisant notamment une dimension qualitative de l'analyse de l'offre de soins existante (Couty, 2009).

La pléthore de réformes auxquelles le paysage hospitalier a été soumis au cours de ces dernières décennies se caractérise donc par une série d'hésitations et d'orientations parfois en partie orthogonales, comme nous le préciserons plus loin. Toutefois, une tendance générale semble se distinguer : il s'agit de la volonté de reprise en main de l'organisation du système hospitalier par l'Etat, au détriment de l'échelon local (et en particulier des communes), afin de rendre ce maillage hospitalier plus intégré. Selon Pierru (2012), par exemple, la mise en place de la T2A et des ARS s'inscrit dans la philosophie du NPM, qui malgré un positionnement souvent qualifié de *libéral*, « ne signifie en aucune façon le retrait de l'Etat, mais bien au contraire son renforcement : dans le domaine de la santé, une bureaucratie renforcée équipée en nouveaux instruments d'action publique [...] cherche à reprendre le contrôle d'hôpitaux désormais décommunalisés car étatisés ». (p. 44).

Or, la réforme des GHT semble contraster avec cette tendance générale de reprise en main par l'Etat. Certes, le regroupement des hôpitaux du territoire est une mesure coercitive, mais l'Etat semble s'engager dans une nouvelle voie, en donnant à ses réformes des objectifs moins explicites et en accordant plus d'autonomie aux acteurs de terrain après leur avoir créé ce « terrain de jeu » qu'est le GHT. Si plusieurs travaux ont été consacrés à l'étude des CHT, ancêtres des GHT, la recherche en gestion n'a pas encore analysé la mise en œuvre de la réforme des GHT, dont la promulgation est encore récente. Ceci justifie l'intérêt de notre objet de recherche.

2. L'intégration des systèmes de santé à l'étranger : l'expérience québécoise

Ainsi, la plupart des réformes mises en place ces dernières décennies en France visaient à renforcer l'intégration d'un paysage hospitalier encore fragmenté, avec un mouvement global de reprise en main par l'Etat. Cette problématique de l'intégration de l'organisation sanitaire ne se pose pas qu'en France. En raison des spécificités de l'organisation de chaque système de santé dans le monde, il est difficile d'établir une comparaison internationale exhaustive à ce sujet. Toutefois, il nous a paru intéressant de comparer le cas français à la situation québécoise.

Comme l'indiquent Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez (2001), l'intégration est une tendance de fond au Québec depuis plusieurs années. Cette intégration est perçue par les pouvoirs publics comme une solution potentielle pour pallier les dysfonctionnements du système de santé de la province canadienne. Ils définissent ainsi cette dynamique intégrative : « Définie sommairement, l'intégration, consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier. » (p. 38)

Turgeon, Jacob et Denis (2011) présentent les réformes successives qui ont transformé l'organisation du système de santé au Québec depuis cinquante ans. Ils distinguent quatre grandes phases qui se sont succédées entre 1960 et 2010, marquées par des transformations de philosophies différentes :

- Une période « d'étatisation et de bureaucratisation » (1960-1985), avec notamment la création de la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Ministère de la Santé et des Services Sociaux ;
- Une phase de « technocratisation et de démocratisation » (1985-2000), avec la régionalisation du système (le gouvernement met ainsi en place des RRSSS, Régies Régionales de la Santé et des Services Sociaux), et l'adoption d'une approche permettant une plus grande participation de la population dans les prises de décision.
- Une période marquée par des transformations d'inspiration *New Public Management*, dans les années 2000, autour de trois grands principes : gestion orientée résultats, transparence vis-à-vis de la population, et responsabilisation des organisations.
- Enfin, à partir de la fin des années 2000 est envisagée une part de « privatisation » du système de santé⁶.

Comme en France, ces dernières décennies ont donc été marquées par une pléthore de réformes, laissant d'ailleurs assez peu de temps aux acteurs de terrain pour les mettre pleinement en œuvre selon Turgeon et al. (2011). De nombreuses modifications de structure ont eu lieu, allant dans le sens d'une gestion plus intégrée du système de santé.

Une des réformes les plus marquantes de ces dernières années concerne la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS)⁷ en 2004, à la suite de la loi Couillard de 2003. Bolduc (2014) en rappelle les fondements. Cette réforme « *repose sur l'intégration des établissements dispensateurs de soins et de services sociaux d'un même territoire, la délégation de la responsabilité de la santé de la population de leur territoire à ces nouveaux établissements ainsi que sur la décentralisation de la prise de décision opérationnelle à ces organisations.* » (p.6) Cette volonté des pouvoirs publics d'augmenter l'intégration des services et d'encourager une plus grande coordination entre établissements s'est traduite par plusieurs changements structurels. Des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont ainsi été créées en remplacement des RRSSS. Par ailleurs, dans chacun de ces réseaux locaux a été constitué un centre de santé et de services sociaux (CSSS) : « *Ces nouvelles entités résultent de la fusion forcée d'un ou plusieurs centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers (CH) d'un même territoire. À terme, ce sont 95 CSSS qui sont créés. C'est à ces nouveaux établissements que sont déléguées la responsabilité de la santé de la population de leur territoire et l'organisation des services de santé et de services sociaux de ce même territoire.* » (p.7) Les CSSS ont pour responsabilité de coordonner les activités et les services dispensés sur le territoire, par le biais d'un projet

⁶ Gouvernement du Québec, *Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé– En avoir pour notre argent*, Rapport Castonguay, Québec, 2008. Ce rapport suggère entre autres une plus grande ouverture aux assurances privées, ainsi qu'une part de privatisation des structures de santé.

⁷ Désormais « centres intégrés de santé et de services sociaux » (CISSS) depuis 2015 (Martin, 2016).

clinique et organisationnel, ce qui rappelle les projet médicaux partagés des GHT français, les CSSS correspondant toutefois à un champ plus large, ouvert au médico-social. Ces projets doivent préciser *« les besoins socio-sanitaires de la population du territoire, les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de cette population, l'offre de services nécessaires pour satisfaire aux besoins socio-sanitaires et finalement, les modes d'organisation et les contributions des différents partenaires de ce réseau. »* (p.8)

SECTION 2

DE L'INTÉRÊT DU CONCEPT DE GOUVERNEMENTALITÉ POUR ÉCLAIRER UNE ACTION COMPOSITE DE L'ÉTAT

Les politiques publiques hospitalières en France sont donc caractérisées par une superposition de registres d'action hétérogènes dans leur philosophie, entre planification, tarification et contrôle. L'action publique est ainsi menée de manière composite, suivant une pluralité de logiques. Afin de mieux caractériser ces différentes politiques de transformation du paysage hospitalier, les savoirs sur lesquels elles sont construites, la manière dont ces différents registres d'action coexistent, et dans le but de déterminer la façon dont la réforme des GHT s'insérera dans cet ensemble, nous avons choisi de mobiliser le concept de *gouvernementalité*, comme nous le justifions ci-après.

1. Définition du concept de gouvernementalité

Dans ses cours au Collège de France, Michel Foucault définit ainsi le concept de gouvernementalité : *« Par gouvernementalité, j'entends l'ensemble constitué par les institutions, les procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer cette forme bien spécifique, quoique très complexe de pouvoir qui a pour cible principale la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par "gouvernementalité", j'entends la tendance, la ligne de force qui, dans tout l'Occident, n'a pas cessé de conduire, et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de "gouvernement" sur tous les autres : souveraineté, discipline, et qui a amené, d'une part, le développement de toute une série d'appareils spécifiques de gouvernement, et, d'autre part, le développement de toute une série de savoirs. »* (Foucault, 2004)

On voit apparaître dans cette définition au moins deux acceptions possibles de la notion de "gouvernementalité". Premièrement, la gouvernementalité correspondrait à une grille d'analyse permettant de caractériser une politique publique selon plusieurs critères, comme l'objet que cette politique retient, ou encore les techniques de gouvernement correspondant. Deuxièmement, il s'agirait également d'une *forme particulière d'action de*

l'Etat qui chercherait à *orienter* les conduites plus qu'à les conformer, par le biais d'instruments basés sur des savoirs particuliers sur la société. Dans la suite de la thèse, nous nous concentrerons plutôt sur la première de ces deux acceptions.

Ce concept a été initialement utilisé par Foucault pour décrire deux grandes formes de gouvernementalité : la raison d'Etat (i.e. la conservation de l'Etat pris comme finalité ultime du gouvernement) et le libéralisme (i.e. l'idée que l'Etat doit intervenir de manière limitée pour favoriser au maximum la liberté du marché). Le problème qu'il souhaitait poser était celui de la rationalité du gouvernement, c'est-à-dire la manière dont le gouvernement réfléchit sa pratique, agit sur des sujets avec l'aide de savoirs particuliers (Gros, 1996). Comme l'écrit Bert (2011), la gouvernementalité est l'illustration d'un pouvoir incitatif dont l'action est d'orienter et de réguler les conduites collectives, en mobilisant de nouvelles connaissances sur la société et son évolution.

Cette notion de gouvernementalité, que l'on pourrait définir autrement comme étant « *la conduite des conduites* » focalise simultanément sur l'objet de gouvernement visé par chaque politique, sur les savoirs qui le rendent acceptable et lui donnent progressivement un caractère opérationnel, et enfin sur les pratiques de gouvernement envisagées dans leur développement historique (Lenay, 2005). Elle s'attache ainsi à saisir les dispositifs par lesquels l'Etat s'applique à exercer son « art du gouvernement ».

Ainsi, pour Lascoumes et Le Galès (2005), Foucault a participé au renouvellement de la réflexion sur l'action publique, en abandonnant « *les débats classiques de philosophie politique sur la nature et la légitimité des gouvernements, pour s'attacher à leur matérialité, leurs actions et leurs modes d'agir* » (p. 17). Pour ces auteurs, cela constitue une rupture dans la conception du pouvoir qui prédominait depuis *Le Prince* de Machiavel (1522), selon laquelle « *l'art du gouvernant, son savoir-faire et ses techniques étaient concentrés sur son habileté à conquérir et surtout à conserver le pouvoir* » (p. 19). La gouvernementalité constitue une nouvelle rationalité qui repose sur deux éléments : des appareils de gouvernement et un ensemble de savoirs. Ces techniques et savoirs s'appliquent à un nouvel objet, la « population ». Il ne s'agit donc plus de conquérir et de posséder le pouvoir, mais « *de produire, de susciter, d'organiser la population afin de lui permettre de développer toutes ses propriétés* » (p. 19). Foucault s'intéresse donc non plus à la légitimité du pouvoir, mais à la constitution de dispositifs et pratiques concrets par lesquels le pouvoir s'exerce matériellement. C'est la raison pour laquelle le problème de l'*instrumentation*, que nous aborderons dans la section 3, est selon Lascoumes et Le Galès au cœur du concept de gouvernementalité.

2. Un concept pertinent pour l'analyse des politiques publiques de santé

Le concept de gouvernementalité est un cadre qui nous paraît particulièrement pertinent pour analyser les politiques publiques de santé car il permet de décrire les rapports complexes de pouvoir entre une multitude d'acteurs (tutelles, établissements, professionnels de santé, élus locaux, etc.) disposant de savoirs éclatés et de natures diverses (économiques, démographiques, épidémiologiques, managériaux, etc.)

Ainsi, pour Smits, Préval, et Denis (2016), l'action publique dans le secteur de la santé ne correspond « *ni à un processus de type wébérien, selon lequel l'appareil gouvernemental apparaîtrait rationalisé, hiérarchique, linéaire et planifié, ni à une lecture en termes de nouvelle gestion publique orientée vers la productivité et les résultats* ». C'est la raison pour laquelle ils soulignent l'intérêt de se doter d'un cadre analytique qui prend en compte les multiples formes de savoirs et les relations complexe de pouvoir autour du concept de gouvernementalité. De même, pour Aggeri (2005) « *l'analyse en termes de gouvernementalité introduit à la fois une vision interactive, non déterministe et polycentrée de l'action collective. Elle est éclairante pour traiter d'objets de gouvernement qui se situent à la jonction de différentes formes de gouvernement, comme la santé, le travail ou l'environnement. Dans cette perspective, le point de vue des pouvoirs publics n'est pas plus à privilégier que celui des entreprises ou d'autres acteurs (associations, syndicats, etc.) ; il ne s'agit pas seulement d'étudier les programmes et les stratégies, mais aussi les tactiques et les techniques de gouvernement ; autour de la confrontation de gouvernementalités se joue non seulement une reconfiguration des rapports de pouvoir mais également des processus d'apprentissage collectif qui conditionnent les capacités stratégiques des acteurs.* » (Aggeri 2005)

Les auteurs indiquent généralement qu'un régime de gouvernementalité peut être décrit grâce à quatre caractéristiques (Aggeri, 2005; Lenay, 2005):

- Un objet de gouvernement : le point d'application du régime de gouvernementalité. La plupart du temps, un tel objet est conçu progressivement, à partir de savoirs et de pratiques émanant de foyers multiples.
- Des cibles de gouvernement, qui renvoient à un mode de définition de la performance ;
- Des formes de gouvernement : instrumentation déployée et mode de relation gouvernant/gouverné. Il s'agit de concevoir autour d'un objet de gouvernement une action à distance, les outils jouant le rôle de relais, de médiateurs, de réducteurs de la complexité, etc.
- Un régime de visibilité, c'est-à-dire les moyens qui permettent de mieux identifier les objets de gouvernement.

Ainsi, Lenay (2005) a établi que trois formes de gouvernementalité se superposent - elles coexistent plus qu'elles ne s'articulent réellement - dans les politiques hospitalières, autour d'objets différents.

La première forme de gouvernementalité est la **régulation**, centrée sur les structures hospitalières. Paradoxalement, l'hôpital n'a constitué un objet de gouvernement que tardivement, en raison de la difficulté à caractériser son activité. Ce n'est qu'avec l'apparition de l'outil PMSI que l'on a pu développer des savoirs à cet égard, permettant de réguler l'offre de soins par le biais d'instruments économiques (les points ISA puis la T2A). Mais cette forme de gouvernementalité a rencontré plusieurs obstacles dans son déploiement, et notamment le fait de cohabiter avec un régime de planification, ayant pour objet les disciplines médicales (par exemple la cardiologie, l'urologie, etc.).

A partir de ces objets, la **planification** consiste à déterminer de manière centralisée les moyens à allouer sur le territoire, par le biais d'outils comme les SROS, qui fixent des autorisations d'activités ou d'équipements par établissements, en fonction de seuils d'activité. Une limite majeure de ce registre d'action est qu'il n'incite pas à la coopération entre différents acteurs de santé, dont la performance reste évaluée de manière locale.

Enfin, une troisième forme de gouvernementalité semble émerger, permettant de dépasser cette alternative régulation/planification. Il s'agit de l'**organisation**, centrée sur les trajectoires de patients, qui intègre des champs sanitaires et des acteurs jusque là cloisonnés. Lenay a caractérisé ce régime d'organisation à partir d'une étude des parcours de patients dialysés et de patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Si cette forme d'action de l'Etat est par essence favorable à la coopération inter-institutions, des obstacles à son déploiement demeurent, le principal d'entre eux étant la question de la répartition des financements entre les différents agents ayant coproduit la prise en charge des patients.

Lenay indique que ces formes de gouvernementalité, en particulier la régulation, sont en apparence de type panoptique, c'est-à-dire prenant la forme d'un système de contrôle visant à la conformation du comportement des acteurs. Toutefois, en réalité, la concurrence entre ces régimes a selon lui davantage des effets d'apprentissage (chez les acteurs de terrain comme chez les tutelles) que de pure conformation. Le principal de ces apprentissages correspondrait à l'émergence d'une troisième forme d'action de l'Etat, l'organisation, résultant ainsi de la crise des deux régimes préexistants (Tableau 2).

	Régulation	Planification	Organisation
Objet de gouvernement	Hôpital, clinique, etc. Institutions considérées comme des systèmes de production autonomes	Discipline, spécialité médicale (cardiologie, urologie, etc.), service Objets homogènes en termes d'activité et dominés par des logiques professionnelles	Trajectoire de patients
Définition de la performance	Productivité (Rapport des flux exprimés dans une unité d'activité commune sur les moyens engagés)	Qualité mesurée sous formes de seuils d'activité, de masse critique, de niveaux d'équipements et de qualification	Caractéristiques des trajectoires-types
Manière de définir les sujets	Responsabilité économique	Compétence	Sujets coopérants à une prise en charge

Outillage	Comparaison Valeur du point ISA (comme indice de productivité)	Traduction des objectifs de santé publique en activités et structures. Seuils d'activité, indices d'équipements, niveau d'activité	Recueil exhaustif des des informations caractérisant ces patients. Trajectoires médico- économiques de référence
Limites	Les structures évaluées ne correspondent pas nécessairement aux formes de l'action collective (coopération inter-institutions). Difficulté à responsabiliser les professionnels, à décliner l'évaluation globale sur les professionnels	Faibles incitations à se coordonner. Définition locale de la qualité, normes locales. Pas d'évaluation de la performance globale des opérations de traduction locales.	Redistribution des financements entre les différentes institutions coproduisant la prise en charge. Définition du périmètre de la prise en charge.

Tableau 2 - Les différentes formes de gouvernamentalité dans les politiques hospitalières, d'après Lenay (2005)

Cette identification de trois régimes de gouvernamentalité « concurrents » nous paraît particulièrement intéressante, dans la mesure où cela nous permet de mieux saisir la complexité des logiques d'action de l'Etat, et de pointer leurs limites respectives.

Toutefois, cette caractérisation datant de 2005, il nous semble nécessaire de la remettre à jour compte tenu du nombre important de réformes structurelles ayant transformé le paysage hospitalier ces dix dernières années, avec notamment la mise en place des GHT et de la T2A (qui s'inscrit dans le régime de « régulation », au même titre que l'instrument économique qui l'a précédée, les points ISA).

En particulier, il est intéressant de se demander dans quelle mesure s'est confirmée l'émergence d'un « régime d'organisation », centré sur les trajectoires des patients ? Quels instruments ont depuis été déployés par la puissance publique pour asseoir ce nouveau modèle de gouvernamentalité ? La réforme des GHT pourrait-elle justement s'inscrire dans cette forme de gouvernamentalité ? Ces différents régimes sont-ils toujours en partie orthogonaux ?

3. Conclusion de la section 2

On retrouve dans la littérature deux grandes acceptions de la notion de "gouvernamentalité". Premièrement, la gouvernamentalité est utilisée comme une grille d'analyse permettant de caractériser une politique publique selon plusieurs critères, comme

l'objet que cette politique retient, ou encore la relation gouverné-gouvernant correspondant. Deuxièmement, il s'agirait également d'une forme particulière d'action de l'Etat qui chercherait à *orienter* les conduites plus qu'à les conformer, par le biais d'instruments basés sur des savoirs particuliers sur la société. Dans la lignée des travaux de Lenay, nous retiendrons dans la suite de la thèse plutôt la première acception évoquée. **Ainsi, un de nos objectifs sera de proposer une cartographie mise à jour de ces différents régimes de gouvernementalité dans les politiques hospitalières, en précisant la place de la réforme des GHT dans ces modèles d'action de l'Etat.**

Un régime de gouvernementalité étant associé à une instrumentation particulière, il nous semble à présent nécessaire de mobiliser la littérature sur les instruments d'action publique – dont le GHT est un exemple.

SECTION 3 LES INSTRUMENTS D'ACTION PUBLIQUE, STIMULATEURS D'EXPLORATION ET D'APPRENTISSAGES

Pour Lascoumes et Le Galès (2005), la question de « *l'instrumentation est au centre de la gouvernementalité* ». L'instrumentation renvoie en effet à une des caractéristiques d'un régime de gouvernementalité telles que définies par Aggeri (2005) et Lenay (2005). Dans cette section, nous nous intéresserons donc à cette question de l'instrumentation de l'action publique, en soulignant en particulier les effets d'exploration et d'apprentissages auxquels elle est associée.

1. L'instrumentation de l'action publique

Pour Lascoumes et Le Galès (2005), « *un instrument d'action publique peut être défini comme un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur* ». Les auteurs indiquent à travers ce concept l'intérêt de comprendre non seulement les raisons qui poussent la puissance publique à retenir tel ou tel type d'instrument en support d'une politique, mais plutôt les effets générés par ces choix. En effet, ces instruments ne sont pas neutres, mais « *porteurs de valeurs, nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé* » (p. 13), entraînant ainsi en fonction de leur nature des effets potentiellement différents.

Cette problématique du « comment peut-on gouverner ? » est d'autant plus criante que l'action de l'Etat central est de plus en plus contestée de toutes parts : par le haut avec la délégation de compétences à un niveau supranational (avec l'Union Européenne par exemple), par le bas avec les dynamiques de décentralisation et de gouvernance multi-acteurs

(Periac, 2015). Cette transformation de l'Etat complexifie les interactions avec les « sujets » qu'il gouverne, ce qui fait de la question de l'instrumentation de l'action publique un sujet d'étude particulièrement fécond.

Les instruments de l'action publique sont un donc moyen d'orienter les relations entre la puissance publique et les citoyens par l'intermédiaire de dispositifs possédant à la fois des composantes techniques et des représentations sociales. En ce sens, ils sont très proches de la conception faite par la littérature en gestion (Moisdon, 1997) des « instruments de gestion », formés de trois composantes : un substrat technique, une représentation schématique d'une organisation et une philosophie gestionnaire. Dans la suite de la thèse, nous assimilerons ces deux notions d'instruments d'action publique et de gestion.

Les auteurs ont établi une typologie des différentes formes d'instruments d'action publique : législatif et réglementaire, économique et fiscal, conventionnel et incitatif, normes et standards, etc. Ces types d'instruments diffèrent par la conception du rapport politique entre Etat et citoyens qu'ils véhiculent (Etat mobilisateur, redistributeur, tuteur, etc.) et le type de légitimité sur lequel ils se fondent (légitimité scientifique, démocratiquement négociée, recherche d'une efficacité économique, etc.) (Halpern, Lascoumes, & Le Galès, 2014).

Les travaux de Lascoumes et Le Galès ont été exploités dans la littérature pour caractériser certains des instruments d'action publique déployés pour gouverner le milieu hospitalier. Ainsi, Juven (2014, 2016) s'est penché sur la nature et les effets de l'instrument de régulation économique qu'est la T2A sur la transformation de l'activité hospitalière, à partir d'une étude de la question des écarts tarifaires entre public et privé.

Dans le cadre de notre étude, on peut dès lors s'interroger sur la nature, la rationalité propre et les effets de **l'instrument GHT**, ainsi que sur la manière dont il cohabite avec des instruments d'autres types comme la T2A (régulation économique) et les outils de planification (normes et standards).

2. Le pouvoir de « stimulation de l'exploration » des outils de gestion

Les outils et instruments de gestion jouent par eux-mêmes souvent un rôle structurant dans les organisations. Moisdon (1997) et les chercheurs du CGS ont ainsi étudié la capacité des outils de gestion à stimuler des apprentissages collectifs chez les acteurs qui se les approprient. Dans cet ouvrage est introduite la distinction entre outils de gestion *de conformation*, qui entraînent les acteurs dans des tunnels de confinement, et **outils d'exploration**, qui aident les acteurs à envisager le nouveau et des espaces renouvelés de coopération.

Pour Moisdon (1997), un outil de gestion correspond à un « *ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation, qu'il s'agisse de quantités, de prix, de niveaux de qualité ou de tout autre paramètre, et destiné à instruire les divers actes classiques de la gestion, que l'on peut* »

regrouper dans les termes de la trilogie classique : prévoir, décider, contrôler. » On peut par ailleurs distinguer outils et dispositifs de gestion (Aggeri & Labatut, 2010). Le concept de dispositif est plus large : il renvoie aux arrangements d'hommes, d'objets, de règles et d'outils qui paraissent pertinents à un instant donné pour le pilotage d'une organisation.

Les outils de gestion concernent tous les actes de gouvernement d'une entreprise, qui correspondent à différents registres d'action : allocation de ressources, planification des tâches, répartition spatiale d'activités, etc. Ainsi, un modèle mathématico-logique permettant de faire des choix d'investissements, une technique de classification du personnel pour mieux ordonner les pratiques de rémunération ou les offres de formation, un instrument de cotation d'actes médicaux dans le milieu hospitalier pour mieux réguler les dépenses de santé, ou encore un système d'indicateurs sur la recyclabilité pour que les concepteurs de voitures prennent mieux en compte cette dimension dans leur travail, sont autant d'exemples de ces outils et instruments de gestion.

On assiste depuis plusieurs décennies à une prolifération de ces outils, prenant des formes plus ou moins innovantes et sophistiquées. Toutefois, selon Moisdon, la signification de ces outils de gestion a évolué au cours des années, en devenant plus malléables, passant d'un rôle principal de prescription à celui de discussion et d'exploration : « *En somme, si l'on considère qu'un outil de gestion vit toujours deux existences, celle qui consiste à normer les comportements et celle qui consiste à créer et propager du savoir, on peut résumer les évolutions actuelles par une transition du mode d'existence initialement dominant, la conformation, à la connaissance et l'exploration du réel.* » (p. 4) Cette nouvelle facette des outils de gestion comporte trois configurations d'usage possibles : l'investigation des fonctionnements organisationnels, le pilotage de la mutation, et l'exploration du nouveau. Ces différents modèles d'existence des outils de gestion ont pu être caractérisés dans l'ouvrage collectif de 1997 grâce à la réalisation de travaux de recherche-intervention avec des entreprises.

La première configuration d'usage, **l'investigation des fonctionnements organisationnels**, vise à formaliser une représentation de l'organisation en révélant « *les déterminants essentiels de l'organisation et [en aidant] les intervenants et leurs interlocuteurs du terrain à imaginer de nouveaux schémas d'évolution.* » (Moisdon p. 16) Ainsi, Kletz, Moisdon et Pallez (1997) ont étudié cette problématique à la Cité des Sciences et de l'Industrie, qui connaissait de grandes difficultés de définition de métiers souvent innovants et évoluant dans une organisation encore mouvante. Le travail de recherche-intervention réalisé a permis d'explorer une piste de résolution de ces problèmes grâce à l'élaboration d'une grille de classification des emplois. La conception de cet instrument a permis d'identifier les variables clé du fonctionnement de l'organisation, et a constitué un cadre permettant d'amorcer des réflexions et évolutions ultérieures, sans réellement conformer l'activité de l'institution.

La deuxième configuration correspond au **pilotage de la mutation**. Dans ce modèle, on se place davantage dans la problématique de « *l'apprentissage organisationnel, où le rôle*

de l'instrumentation apparaît qualitativement différent de celui qui lui était dévolu dans le premier modèle de rationalité: il s'agit plutôt ici du support d'une construction progressive de représentations partagées, à partir duquel se structurent les négociations et les débats contradictoires, et, in fine, se pilote le changement » (Moisdon p. 18). Un des exemples étudiés est celui de la construction des Indices de Coûts Relatifs (ICR), visant à réguler les dépenses du système hospitalier (Engel, Kletz, & Moisdon, 1997). Cet « ancêtre » de la T2A, était à l'origine conçu comme une unité d'œuvre permettant grâce à une comptabilité analytique de calculer les coûts de production de séjours hospitaliers. Il s'est ensuite inscrit dans un mécanisme permettant de confronter les budgets théoriques des établissements à leurs dépenses réelles. Les ICR ont alors permis aux acteurs de mieux décrire l'activité d'un établissement, ce qui était particulièrement complexe auparavant faute d'outils adéquats, et de procéder à des négociations sur l'allocation de ressources financières. Toutefois, en raison de la fragilité de cet outil, il s'agissait à l'époque davantage d'un support de discussion que d'un mécanisme automatique, qui n'est entré en vigueur que plusieurs années plus tard avec la T2A.

Enfin, la troisième configuration correspond à **l'exploration du nouveau**. Ici également, on se place dans la problématique de l'apprentissage : l'outil de gestion peut aider non seulement « *à construire de meilleures images des variables organisationnelles dans lesquelles évoluent les métiers et à les reconfigurer, mais également à orienter ces derniers vers des transformations de leurs savoirs de base* » c'est-à-dire les savoirs « techniques » grâce auxquels ils maîtrisent leur activité propre. Un de ces exemples d'outils d'exploration du nouveau étudié dans cet ouvrage collectif concerne l'introduction de systèmes d'aide à l'exploitation (SAE) dans la régulation des bus à la RATP (Hatchuel, De Morais & Pallez, 1997). Cet outil a perturbé l'équilibre des comportements et des relations entre les différents acteurs d'une ligne, en transformant la consistance technique même des métiers (passage à une vision collective pour les machinistes auparavant isolés, transformation des relations avec les régulateurs, etc.). L'introduction de cet outil a permis d'expérimenter de nouvelles stratégies de régulation, parfois plus riches d'avant, grâce à une recomposition des savoirs que les acteurs détiennent pour réaliser leur activité. Un autre exemple est l'introduction d'un système d'indicateurs sur la recyclabilité parmi les concepteurs d'automobiles (F Aggeri & Hatchuel, 1997), qui part du constat d'une incomplétude des savoirs sur la question. Les indicateurs proposés par les chercheurs-intervenants n'avaient pas pour vocation de prescrire des décisions, mais davantage de stimuler l'exploration de compromis acceptables entre contraintes économiques et environnementales, tout en aboutissant à la construction de représentations collectives des problèmes et enjeux associés à la question du recyclage.

Un certain nombre de caractéristiques des outils de gestion attestent de cette transformation de leur statut. Ainsi, leur flexibilité et leur discutabilité font qu'ils structurent les négociations entre acteurs plutôt qu'ils ne conforment leurs choix à l'avance. La recherche de simplicité et d'interactivité renvoie à l'enjeu d'appropriation de ces outils par les acteurs qui s'en serviront pour guider leur réflexion. Enfin, ces outils sont de plus en plus construits à

un niveau décentralisé, et non plus systématiquement par le management supérieur de l'entreprise.

Pour résumer, un outil de gestion, plus que conformer, permet l'exploration du réel et l'émergence de nouvelles représentations ouvrant la voie à de nouvelles stratégies d'action. Il constitue généralement une représentation provisoire autour de laquelle « *les acteurs entreprennent par des "apprentissages croisés" l'exploration des liens qui les unissent, des conditions de leurs activités, de la signification même des termes qu'ils manipulent et des chemins par lesquels ils peuvent évoluer.* » (Moisdon p. 23) On peut considérer que les outils jouent un double rôle par rapport à une forme de gouvernementalité : d'un côté, au titre d'instrument de mesure ou de courroie de transmission, ils en constituent un soutien matériel. D'autre part, ils alimentent en retour la définition de la forme de gouvernementalité qui les a suscités, suivant des boucles de rétroaction successives. Il est donc possible de saisir la généalogie d'une forme de gouvernementalité à travers la genèse d'un outil de gestion, comme Lenay et Moisdon (2003) le montrent au sujet de la mise en place progressive du régime de régulation avec la T2A et l'évolution des usages de l'outil PMSI.

3. Conclusion de la section 3 – Une étude des outils de gestion à deux niveaux

On considérera ainsi le GHT comme un *dispositif d'action publique* : il renvoie à un acte de gouvernement de l'Etat sur le maillage hospitalier, qu'il cherche à mieux organiser. Le GHT est à ce titre susceptible de déclencher des dynamiques d'exploration et des apprentissages collectifs, en permettant notamment de formaliser des savoirs encore incomplets des acteurs autour d'objets émergents comme les parcours des patients. Ceci correspondrait à la troisième configuration d'usage des outils de gestion présentée dans cette section : celle *d'exploration du nouveau*. Il s'agit là d'une hypothèse de recherche que nous chercherons à vérifier dans la suite de la thèse. En ce sens, **les GHT seraient des instruments stimulant la génération de partenariats d'exploration entre établissements hospitaliers**, ce qui fait le lien entre les deux volets de notre cadre théorique.

Il conviendra alors de préciser dans quel régime de gouvernementalité la réforme des GHT s'inscrit, et à quel(s) objet(s) de gouvernement elle est associée. On peut penser qu'il s'agit d'une rupture dans la manière de gouverner le paysage hospitalier, puisque cet instrument correspondrait à une intention de législateur de promouvoir une transformation des relations entre tutelles et établissements, et de favoriser l'émergence de nouveaux objets de gouvernement, comme les parcours et le territoire.

Par ailleurs, notre réflexion sur les outils de gestion s'intéressera non seulement au GHT en tant qu'instrument de gestion du paysage hospitalier par l'Etat, mais également aux outils développés par les établissements afin de structurer leurs activités d'exploration collective. Quelles formes prennent ces outils ? Comment sont-ils conçus ? Quels sont leurs effets sur la conduite de l'action collective ? Comment permettent-ils de saisir les nouveaux objets de gouvernement promus par la réforme des GHT ? Nous nous sommes posés ces

questions dans le cadre des travaux de recherche-intervention que nous avons conduits sur le terrain. Ceux-ci seront évoqués dès le chapitre 3.

SECTION 4

QUESTIONS DE RECHERCHE

Ce cheminement nous conduit à formuler ainsi notre question de recherche, à l'issue de ce cadrage théorique :

*Dans quelle mesure la réforme des GHT s'inscrit-elle dans un nouveau **régime de gouvernementalité** dans les politiques publiques de santé, permettant de faire émerger et d'encadrer des **partenariats d'exploration** entre établissements hospitaliers ?*

Cette problématique nous amène à soulever plusieurs séries de questions que nous chercherons à étudier grâce à notre matériau empirique.

- La première porte sur les **finalités et les modalités de mise en œuvre de la réforme** des GHT. Quelles étaient les intentions du législateur, les objectifs qu'il souhaitait atteindre ? Comment la réforme est-elle mise en œuvre par l'Etat, autour de quels objets de gouvernement, grâce à quels instruments, et selon quelles relations gouverné/gouvernant ? Pourquoi peut-on considérer les GHT comme des « partenariats d'exploration » ? Ces questions sont traitées dans le **chapitre 4** de la partie résultats.
- La deuxième série de question concerne la **construction des GHT** par les acteurs de terrain, en réaction au stimulus imposé par l'Etat. Comment ces groupements se constituent-ils ? Comment peut-on décrire les trajectoires d'exploration et caractériser les modèles-types de GHT qui semblent se dessiner ? Comment se construit la cohésion entre les membres d'un GHT, par le biais de quelles stratégies ? Nous abordons ces questions dans le **chapitre 5**.
- Enfin, nous nous interrogeons sur les **objets de coopération et de gouvernement** qui sont au cœur de ces GHT. Comment les acteurs définissent-ils ces objets de l'action collective ? Comment se construit la coordination entre ces acteurs et autour de ces objets, grâce à quelle outillage de gestion ? Quels nouveaux savoirs et quelles dynamiques d'apprentissage permettent au cours de l'exploration d'identifier de nouveaux espaces d'action, de nouvelles opportunités ? Comment la construction de ces objets de coopération affecte-t-elle le cadre de cohésion du collectif ? Le **chapitre 6** a pour objectif d'étudier ces questions.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 2

L'objectif de ce chapitre était de se doter d'un cadre conceptuel permettant d'analyser les différentes formes d'action publique en matière de politique hospitalière en France, et leurs effets sur les recompositions inter-établissements.

En retraçant l'histoire du gouvernement du paysage hospitalier français au cours des dernières décennies (**section 1**), nous avons montré la coexistence de registres d'actions hétérogènes de la puissance publique quant à la transformation du maillage hospitalier territorial (Moison, 2012). Nous avons souligné les effets mitigés des différents instruments déployés pour encourager les recompositions inter-hôpitaux.

Afin de caractériser plus précisément ces différents registres d'action mobilisés par l'Etat, nous avons fait appel au concept de « gouvernamentalité » (**section 2**). Cette notion a été définie par Foucault en 1978, afin de se pencher sur le problème de la rationalité du gouvernement, c'est-à-dire la manière dont le gouvernement réfléchit sa pratique, agit sur des sujets avec l'aide de savoirs particuliers. Il s'agit d'un cadre qui nous paraît particulièrement pertinent pour analyser les politiques publiques de santé car il permet de décrire les rapports complexes de pouvoir existant entre une multitude d'acteurs disposant de savoirs éclatés et de natures diverses. Les auteurs indiquent généralement qu'un régime de gouvernamentalité peut être décrit grâce à quatre caractéristiques (Aggeri, 2005; Lenay, 2005): l'objet de gouvernement qu'il retient, la cible de gouvernement, qui renvoie à un mode de définition de la performance, une forme de gouvernement (instrumentation déployée et mode de relation gouvernant/gouverné) ainsi qu'un régime de visibilité, permettant de mieux identifier les objets de gouvernement. C'est ainsi que Lenay (2005) montre la coexistence - plus que l'articulation - de trois régimes de gouvernamentalité dans les politiques hospitalières : la régulation centrée sur les structures, la planification, centrée sur les disciplines médicales, ainsi qu'une nouvelle forme émergente, l'organisation, ayant pour objet les trajectoires des patients. Nous tenterons de mettre à jour cette cartographie, afin de confirmer la progression d'un nouveau régime de gouvernamentalité, et de comprendre si le GHT est un instrument s'inscrivant dans cette logique d'*organisation*.

Un régime de gouvernamentalité est associé à une instrumentation particulière. Dans la **section 3**, nous nous sommes intéressés à cette question de l'instrumentation de l'action publique et aux effets d'apprentissages auxquels elle est associée. Moison (1997) et les chercheurs du CGS ont ainsi étudié la capacité des outils de gestion à stimuler des apprentissages collectifs chez les acteurs qui se les approprient. Ils ont introduit la distinction entre outils de gestion *de conformation*, et outils *d'exploration*, qui aident les acteurs à envisager le nouveau et des espaces renouvelés de coopération. On considérera ainsi le GHT comme un *dispositif d'action publique*, à ce titre susceptible de déclencher des apprentissages collectifs, hypothèse que l'on cherchera à vérifier. Il s'agira de préciser dans quel régime de gouvernamentalité il s'inscrit, et à quels objets de gouvernement il est associé. On peut penser

qu'il s'agit d'une rupture dans la manière de gouverner le paysage hospitalier, puisque la réforme des GHT semble contraster avec la tendance de reprise en main par l'Etat à laquelle la plupart des réformes des dernières décennies correspondaient.

Ce cheminement nous a conduit à reformuler ainsi notre question de recherche, à l'issue de ce cadrage théorique (**section 4**):

*Dans quelle mesure la réforme des GHT s'inscrit-elle dans un nouveau **régime de gouvernamentalité** dans les politiques publiques de santé, permettant de faire émerger et d'encadrer des **partenariats d'exploration** entre établissements hospitaliers ?*

Cette problématique nous amène à soulever plusieurs séries de questions que nous chercherons à étudier grâce à notre matériau empirique.

La première porte sur les **finalités et les modalités de mise en œuvre de la réforme** des GHT. Ces questions sont traitées dans le **chapitre 4** de la partie résultats.

La deuxième série de questions concerne la **construction des GHT** par les acteurs de terrain, en réaction au stimulus imposé par l'Etat. Nous abordons ces questions dans le **chapitre 5**.

Enfin, nous nous interrogerons sur les **objets de coopération et de gouvernement** au cœur de ces GHT. Ce sera l'objet du chapitre 6.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie adoptée pour étudier les questions de recherche présentées dans le chapitre précédent.

Nous détaillons dans un premier temps notre design de recherche (**section 1**), en présentant notre itinéraire de recherche, qui nous a conduit à réaliser une étude de cas multiple et à adopter une posture de recherche-intervention. Puis nous décrivons plus précisément nos trois terrains d'étude (**section 2**). Enfin, dans la **section 3**, nous présentons le matériau empirique recueilli et la manière dont ces données ont été exploitées.

SECTION 1 DESIGN DE RECHERCHE

Nous détaillons dans cette section le design de recherche adopté.

Pour ce faire, nous présentons d'abord notre itinéraire de recherche, qui a débuté par un partenariat avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), alors que la réforme des GHT n'était encore qu'en phase de conception.

Nous décrivons ensuite le design de la recherche à proprement parler : le travail réalisé a reposé sur l'étude de trois cas (Yin, 2003) d'établissements hospitaliers en cours de constitution de GHT, dans trois régions françaises différentes, entre janvier 2015 et mai 2017. Nous y avons réalisé un travail de recherche-intervention (Moisdon, 2015), au cours duquel nous avons accompagné des responsables hospitaliers dans la construction et le suivi de leurs stratégies territoriales de coopération.

1. Itinéraire de recherche

▪ A l'origine : des questionnements empiriques de la FHF

Au commencement du travail de thèse (octobre 2014), la réforme des GHT n'était encore qu'en phase de conception, la loi de modernisation de notre système de santé n'existant qu'à l'état de projet de loi. Son adoption était alors incertaine, en raison des débats générés par certaines mesures⁸. Notre étude concernait à l'origine les dynamiques de coopérations inter-hôpitaux dans le cadre de Communautés Hospitalières de Territoire. La thèse s'inscrit d'ailleurs dans la continuité d'un travail de mémoire ayant porté sur les outils

⁸ En particulier, la généralisation du tiers-payant a suscité une vive protestation chez les professionnels de santé libéraux (voir l'article « Forte mobilisation contre le projet de loi Santé », publié dans Le Monde le 14 mars 2015).

de suivi des effets de ce type de coopération, réalisé à l'occasion d'un stage de fin de cycle ingénieur à la FHF.

Notre collaboration avec la FHF a été prolongée pour une période de trois ans. La Fédération Hospitalière de France est un organisme de défense et de représentation des intérêts des hôpitaux publics français, auprès des pouvoirs publics et notamment du ministère de la Santé. Une des missions de cette instance est par ailleurs de fournir des services particuliers à ses adhérents que sont les établissements publics de santé et les EHPAD. Ainsi, la FHF propose des outils concrets sur son site internet (banque de données médico-économiques, guides pratiques, etc.), fournit des conseils ou répond à des questions d'ordre juridique, réalise des études économiques, organise et anime des rencontres et des débats entre acteurs de santé, etc.

Depuis plus d'une dizaine d'années, la FHF milite activement en faveur d'un renforcement des coopérations inter-hôpitaux. Dans les années 2000, son président, Claude Evin, plaide ainsi pour une généralisation des « stratégies de groupe public »⁹. La FHF a œuvré pour la création de CHT dans le cadre de la loi HPST en 2009, puis pour une accélération de ces coopérations en proposant que celles-ci deviennent obligatoires, avec la création d'un nouveau dispositif : les GHT.

Toutefois, la FHF est consciente que la généralisation de ces coopérations inter-hôpitaux suscite de nombreux questionnements de la part de ses adhérents. Plusieurs interrogations récurrentes concernent par exemple l'impact de la réforme en matière de GRH (notamment pour les médecins) et la possibilité de développer des modèles économiques « gagnant-gagnant » entre établissements. En raison de ces préoccupations majeures pour le secteur hospitalier et pour sa transformation, la FHF a choisi de faire appel au Centre de Gestion Scientifique de Mines ParisTech pour l'accompagner dans sa réflexion. Ce partenariat a pris la forme de la conduite d'une thèse encadrée par deux enseignants-chercheurs du CGS. L'étude a démarré en octobre 2014. Le CGS, fort de plusieurs décennies d'expériences de recherche dans le milieu hospitalier, a ainsi proposé d'apporter son expertise pour répondre à ces interrogations.

La FHF souhaitait, grâce à ce travail de thèse, avoir des retours d'expériences de coopérations déjà amorcées sur le territoire, et ainsi donner lieu à capitalisation pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Par ailleurs, la Fédération désirait poursuivre la réflexion au sujet de la création d'outils permettant de donner corps à ces coopérations, afin de guider les acteurs hospitaliers dans la constitution de stratégies "gagnant-gagnant". Notre travail de terrain a ainsi pu être exploité de plusieurs groupes de travail animés par la FHF, et a abouti à la présentation de résultats intermédiaires de recherche à l'occasion de séminaires organisés par la Fédération. Plusieurs livrables ont été remis, sous la forme de rapports intermédiaires, présentés durant les comités de pilotage (COPIL) avec nos interlocuteurs.

⁹ « *L'hôpital public a besoin d'une stratégie de groupe* », Entretien avec C. Evin, président de la FHF, revue « Pharmaceutiques », mai 2008

- **Une mise en relation progressive avec les acteurs de terrain**

Afin d'étudier en profondeur les dynamiques de coopération et la mise en place de la réforme des GHT dans les établissements hospitaliers, ce seul partenariat avec la FHF au niveau national n'était pas suffisant. Il nous a semblé indispensable de développer des contacts sur le terrain, dans différentes régions, afin de comprendre les logiques d'acteurs en jeu à l'échelle locale. La FHF nous a permis cette mise en relation progressive avec des établissements en cours de constitution de GHT, que nous présentons dans la section 2 de ce chapitre.

- **De questionnements empiriques à une problématisation plus théorique**

Si les questionnements que nous avons choisi d'étudier étaient à l'origine très empiriques, nous avons progressivement pu prendre plus de recul théorique par rapport à notre objet de recherche, en nous interrogeant sur l'inscription de cette réforme des GHT dans un nouveau modèle d'action publique. L'évolution de cette réflexion, accompagnée par des résultats de recherches plus « opérationnels » sur le pilotage des coopérations, a été soutenue par la FHF.

- **Principaux jalons de la démarche de recherche**

Les principaux jalons de notre démarche de recherche sont résumés dans le tableau suivant, qui présente l'évolution du contexte relatif à la réforme des GHT, les différentes phases du travail de recherche réalisé sur le terrain, ainsi que les grandes étapes de présentation de nos résultats intermédiaires de recherche à nos interlocuteurs de terrain et à la communauté académique.

Tableau 3 - Itinéraire de recherche

Période	Contexte réforme GHT	Travail de terrain	Présentation des résultats intermédiaires sur le terrain	Etat d'avancement auprès de la communauté académique
Oct. – Déc. 14	15/10/2014 : Présentation de la Loi Santé en conseil des ministres	Préparation du travail de terrain avec la FHF. Participation à des groupes de travail sur les futurs GHT.		
Janvier 15 – Juin 15	Débats parlementaires	Première vague d'entretiens CHT PP + GH Nord Essonne Lancement des premiers travaux de recherche-intervention	25/06/15 : COPIL FHF - Présentation des premiers questionnements et d'une proposition de méthodologie	10/06/15 : Séminaire d'avancement CGS – Journées doctorales I Cube 24/06/15 : Colloque Santé Mines ParisTech
Juil. 15 – Déc. 15	Déc. 15 : vote de la LMSS	Deuxième vague d'entretiens CHT PP + GH Nord Essonne	01/10/15 : Présentation du travail de recherche-intervention mené à Aix à un séminaire FHF	
Janv. 16 – Juin 16	Janv : Promulgation LMSS Avril : parution du décret d'application	Entretiens + Observations + Travail de recherche-intervention sur le GHT 21-52	11/01/16 : COPIL FHF 24/05/16 : Présentation intermédiaire du travail de recherche-intervention au CHU de Dijon, et au salon Hôpital-Expo 17/06/16 : COPIL FHF (Présentation du cadre théorique et des résultats intermédiaires)	01/06/16 : Colloque AIRMAP 09/06/16 : Séminaire d'avancement CGS
Juil. 16 – Déc 16	Juil : Date de constitution des GHT	Poursuite Entretiens + Observations + Travail de recherche-intervention sur le GHT 21-52 Entretiens complémentaires sur les deux autres terrains, recueil de données secondaires. Entretiens DGOS, ARS	04/10/16 : Restitution travail de recherche-intervention au CHU de Dijon. 14/12/16 : Remise d'un rapport de recherche-intervention au CHU de Dijon	Juillet 16 : Conférence EGOS
Janv. 17 – Juil. 17	Juil : Envoi des PMP aux ARS	Entretiens complémentaires sur les trois terrains. Recueil de données secondaires (notamment Projet Médicaux Partagés)	12/07/16 : COPIL FHF - Présentation des résultats et des principales conclusions de la thèse	02/06/17 : Colloque AIRMAP

2. Une recherche qualitative exploratoire bâtie sur une étude de cas multiple

▪ Une démarche qualitative inductive

Détaillons à présent notre design de recherche à proprement parler. Comme le soulignent Royer et Zarlowski (2003), le design de recherche est « *la trame qui permet d'articuler les différents éléments d'une recherche : problématique, littérature, données, analyse et résultats* ». (p. 143) Il se caractérise par un objectif principal pour la recherche, une démarche générale, un processus de collecte de données, et des modalités d'analyse (qualitatives ou quantitatives).

Royer et Zarlowski distinguent ainsi, par exemple et de manière non exhaustive (voir tableau suivant), les designs d'*expérimentation*, d'*ethnographie* et de *théorie enracinée*.

Démarche	Expérimentation	Ethnographie	Théorie enracinée (grounded theory)
Objectif principal de la démarche	Tester des relations causales	Décrire, expliquer ou comprendre un phénomène social particulier dans son environnement naturel	Elaborer une théorie explicative d'un phénomène social en se fondant sur la mise en évidence de régularités.
Mise en œuvre de la démarche	Test d'hypothèses, souvent effectué en laboratoire, sur des petits échantillons homogènes	Analyse d'un cas en profondeur	Etude de cas multiples
Collecte des données	Dispositif strictement contrôlé de recueil de données qui se concrétise par un plan d'expérience dans lequel les facteurs explicatifs varient, les autres restant constants, de manière à isoler leur impact sur la variable dépendante	Processus flexible où la problématique est les informations collectées peuvent évoluer. Méthode principale : observation continue du phénomène dans son contexte	Processus itératif avec des allers-retours entre les données, les analyses et les théories. Méthodes utilisées : entretiens, exploitation de sources documentaires, observation ...
Analyse	Analyse quantitative,	Analyse qualitative	Analyse qualitative

	notamment analyse de variance	essentiellement	principalement, éventuellement analyses quanti de manière complémentaire.
Principales références	D. T. Campbell et Stanley (1966)	Atkinson et Hammersley (1994)	Glaser et Strauss (1967)

Tableau 4 - Trois exemples de démarches de recherche selon Royer et Zarlowski (2003)

Pour Charreire-Petit et Durieux (2003), il existe deux grands processus de construction des connaissances : l'exploration et le test. L'exploration est « la démarche par laquelle le chercheur a pour objectif la proposition de résultats théoriques novateurs ». Le test correspond quant à lui à « la mise à l'épreuve de la réalité d'un objet théorique ». Ces deux processus se distinguent par leurs modes de raisonnement (déduction pour le test ; induction pour l'exploration).

Etant donnés notre question de recherche et notre objet de recherche, nous avons retenu un design de recherche plus proche de ce que Charreire-Petit et Durieux (2003) qualifient d'*exploration*, et que Royer et Zarlowski (2003) désignent par « théorie enracinée ». En effet, nous ne cherchons pas à tester des relations de cause à effet entre deux phénomènes déjà relativement connus, mais plutôt à explorer un objet de recherche (en l'occurrence le GHT) peu étudié jusqu'à présent. Nous ne cherchons pas non plus à appliquer à une situation donnée des concepts théoriques pour en déduire un résultat, mais plutôt à construire une théorie, de manière inductive, à partir de nos observations de terrain.

Notre démarche est donc en ce sens exploratoire, inductive et qualitative. Ce design a été établi progressivement au cours de la recherche, après une première phase exploratoire durant laquelle nous avons cherché à nous familiariser avec l'objet de la recherche. Cette première phase nous a conduit à construire une étude de cas multiple.

▪ Une étude de cas multiple

Notre travail de recherche repose ainsi principalement sur la réalisation d'une étude de cas multiple (Yin, 2003).

Pour Yin, l'étude de cas n'est qu'une méthode parmi d'autres (au même titre que l'expérimentation, l'enquête, etc.) de faire de la recherche en sciences sociales. Chaque stratégie a des avantages et des inconvénients en fonctions de trois choses : le type de question de recherche, le contrôle du chercheur sur les événements étudiés, et la période au cours de laquelle se déroulent les événements sur lesquels on se focalise (i.e. passés ou en

cours). Dans notre cas, l'étude de cas semble particulièrement adaptée car nos questions de recherche correspondent plus à la compréhension d'un phénomène qu'à une mesure ou à la mise en évidence d'un lien de cause à effet¹⁰, nous avons peu de contrôle sur les événements en cours, et nous nous focalisons justement sur des phénomènes sociaux en cours et non passés.

Yin définit ainsi l'étude de cas : « *A case study is an empirical enquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident* ». (p. 13) Pour cet auteur, une étude de cas constitue une stratégie de recherche pertinente lorsqu'il s'agit de comprendre un phénomène social complexe directement observable : « *the distinctive need for case study arises out of the desire to understand complex social phenomena* » (p. 2).

Cela correspond à notre démarche de **recherche compréhensive**, au sens de Dumez (2016) : « *La nature même de la recherche qualitative est d'être compréhensive, c'est-à-dire de donner à voir (description, narration) et d'analyser les acteurs pensant, éprouvant, agissant et interagissant.* » (p. 28) Nous avons en effet voulu décrire et analyser les logiques d'acteurs en cours dans le cadre de la mise en place des GHT.

Comme le souligne Yin, il existe plus précisément trois types d'études de cas, qui se différencient en fonction de leur objet d'étude (déjà analysé ou non dans la littérature), des types de questions que l'on se pose, et des objectifs recherchés. Notons que les frontières entre ces trois formes d'étude de cas ne sont pas nécessairement toujours très nettes.

- **Explicatives** : pour des phénomènes connus, déjà décrits, pour lesquels on veut comprendre pourquoi les choses sont comme elles sont. Les principaux buts sont de tester une théorie, d'élaborer ou d'enrichir l'explication d'une théorie, de supporter ou de réfuter une explication, de déterminer quelle explication parmi plusieurs est la meilleure.
- **Exploratoires** : pour des phénomènes nouveaux, pas ou peu documentés. Il s'agit de devenir familier avec des faits, des situations et des soucis de base, de formuler des questions pour des recherches futures, de générer de nouvelles idées, conjectures ou hypothèses.
- **Descriptives** : pour des phénomènes que l'on connaît un peu et que l'on veut décrire en profondeur. Les principaux buts sont de fournir une image détaillée et très précise, de trouver de nouvelles données qui contredisent d'anciennes données, de clarifier une série d'étapes (processus), de documenter un processus ou un mécanisme causal.

Nous nous plaçons plutôt dans un registre de recherche exploratoire-descriptive qu'explicative, dans la mesure où notre objet de recherche (le GHT ou plus largement les coopérations inter-hôpitaux) est encore relativement peu documenté, et que nous ne

¹⁰ En effet, nos questions de recherche correspondent davantage à des formulations de type « Comment » ou « Pourquoi » que « Combien, où, qui, ou quoi » ?

souhaitons pas tester une théorie donnée, mais davantage décrire un processus de manière précise, et formuler de nouvelles hypothèses de recherche.

Yin distingue par ailleurs les études de cas unique et multiples (p.51 et s).

Une **étude de cas unique** est pertinente lorsque le cas est *critique* (i.e. il représente un test critique pour une théorie existante), *inhabituel ou extrême* (i.e. il est différent des normes théoriques ou de ce qui est habituellement observé), *commun* (i.e. au contraire, il est représentatif des circonstances et situations quotidiennes), *révélateur* (i.e. il est une opportunité particulière d'analyser un phénomène jusqu'ici non étudié par les sciences sociales), ou *longitudinal* (i.e. étudié dans le temps long, sur au moins deux périodes distinctes dans le temps). (Yin 2004, p. 46)

Inversement, une **étude de cas multiple** est plus adaptée lorsqu'on se place dans une logique de réplique et de comparaison de cas entre eux. Yin met en garde contre une logique de « *sampling* » (p. 48), qui aurait dans notre cas consisté à faire un échantillon réduit et « représentatif » des 130 GHT de France, avec des risques de passer à côté de certaines informations. Il préconise d'adopter une logique de *réplication* : chaque cas doit être sélectionné afin de prédire soit des résultats équivalents (réplication littérale), soit des résultats contrastés mais pour des raisons prévisibles (réplication théorique). D'un point de vue temporel, les différents cas ne sont généralement pas tous menés en même temps, la méthodologie étant progressivement modifiée et adaptée avant de commencer l'étude d'un nouveau cas. La recherche de nouveaux cas est arrêtée à partir du moment où l'on commence à obtenir des résultats redondants.

Dans le cas de notre étude de la mise en œuvre des GHT sur le terrain, il nous semblait plus opportun de procéder à une étude de cas multiples, étant données les disparités a priori observables, et ainsi d'identifier certaines hétérogénéités dans la mise en œuvre d'une politique publique à l'échelle territoriale.

Nous avons donc choisi d'étudier trois cas de constitution des GHT, ce nombre nous semblant à la fois suffisamment élevé pour obtenir des résultats contrastés, mais pour des raisons identifiables ex-ante, et suffisamment réduit pour que le travail soit réalisable pendant la durée de la thèse. Nous précisons dans la section 2 la manière dont ces trois cas ont été sélectionnés.

3. Une démarche de recherche-intervention

D'autre part, ce travail de recherche sur le terrain a été basé sur la réalisation de différents travaux de recherche-intervention. Nous définissons d'abord dans ce paragraphe ce qu'est la recherche-intervention, avant d'en rappeler les intérêts et d'en décrire les grandes étapes.

A. Définition de la recherche-intervention

Comme l'indique David (2000), la recherche-intervention (Hatchuel, 1994; Moisdon, 2015) s'inscrit dans un ensemble de démarches assez proches plaçant l'intervention du chercheur au cœur de la production de connaissances : l'action-research (Lewin, 1951), l'action science (Argyris, Putnam, & Smith, 1985), et la science de l'aide à la décision (Roy, 1992).

David définit ainsi la recherche-intervention (p. 210) : « *La recherche-intervention consiste à aider, sur le terrain, à concevoir et à mettre en place des modèles, outils et procédures de gestion adéquats, à partir d'un projet de transformation plus ou moins complètement défini, avec comme objectif de produire à la fois de connaissances utiles pour l'action et des théories de différents niveaux de généralité en sciences de gestion* ».

Il s'agit d'une tradition de recherche au CGS et au Centre de Recherche en Gestion de l'école Polytechnique. Les chercheurs-intervenants partent du principe que la réalisation d'entretiens et d'observations est certes nécessaire, mais insuffisante pour appréhender une transformation en cours dans une organisation. La recherche-intervention permet ainsi, à la suite d'une demande des acteurs de terrain, une immersion dans une organisation qui permet de produire des connaissances à la fois utiles à cette organisation et à la recherche en gestion. David (2000) souligne que ce type de démarche permet la production de « théories enracinées », ou « grounded theories », établies de manière inductive, aboutissant progressivement à l'élaboration de théories générales : « *Le caractère fondé (grounded) de ces théories [issues de la R-I] leur assure pertinence et utilité pour l'action, et le niveau auxquelles elles sont formulées, qui dépasse les faits simplement mise en forme, permet aussi l'élaboration de théories générales* » (p. 210).

B. Les grandes étapes d'une recherche-intervention selon Moisdon (2015)

Dans son article fondateur (1984, republié en 2015), Moisdon décrit les principales phases d'un travail de recherche-intervention en entreprise, puis précise un certain nombre de défis à relever pour s'assurer de la qualité de la démarche menée. Nous avons cherché à respecter ces grands principes lors de la réalisation de nos missions de recherche-intervention sur les différents terrains.

La première étape correspond à la **formulation d'une demande**. Il est important que cette demande provienne de l'organisation pour que l'opération constitue un réel enjeu et que les acteurs s'impliquent véritablement dans l'étude. La demande, qui a des origines et natures variées, renvoie en général « *à l'expression d'un malaise, c'est-à-dire d'une représentation pour un acteur ou des acteurs d'un certain nombre de dysfonctionnements, cette représentation pouvant être plus ou moins précise.* » (Moisdon 2015, p. 27). Une **négociation**

préalable est ensuite nécessaire, afin de s'assurer que le problème posé présente un intérêt réel à la fois pour le chercheur et pour l'organisation. En effet, les demandes sont parfois trop spécialisées ou les délais d'intervention trop réduits, alors que pour être fécond, un processus d'interaction avec une entreprise doit durer au moins un certain temps. Les chercheurs s'assurent ensuite de disposer d'un accès satisfaisant à des données ou à des acteurs particuliers, avant **d'expérimenter l'intervention** durant une phase exploratoire.

La deuxième étape est **l'interaction** proprement dite. Cette interaction fait appel à plusieurs registres d'action du chercheur, puisqu'il s'agit d'observer, de dialoguer (à l'occasion d'entretiens plus ou moins formels, de groupes de réflexion), de calculer et de modéliser, de lire (des documents internes, textes législatifs, littérature académique, ou autre), d'écrire (des comptes rendus intermédiaires et un rapport final d'intervention). Ces différentes actions permettent de confronter les représentations portées par les acteurs aux formalisations proposées par les chercheurs. Ceux-ci veillent à reconstituer des logiques locales et à voir « ce qui résiste » lorsqu'une organisation se met en mouvement.

Enfin, la dernière grande étape renvoie au **processus de changement**, que les chercheurs tâchent d'accompagner sur la base de leurs formalisations. Il s'agit d'une dynamique souvent longue, qui doit partir d'une impulsion des acteurs eux-mêmes, « *qui imaginent et mettent en place les procédures concrètes de transformation, à partir du moment où ils sont persuadés de l'opportunité d'une telle expérimentation* » (Moisdon 2015, p. 35). Le chercheur n'est en réalité qu'un modeste stimulateur du changement, qui ne peut s'opérer que si les interlocuteurs de terrain « *sont convaincus de la nécessité de modifier l'équilibre des logiques stabilisées* » (p. 35) dans l'organisation.

Moisdon souligne que ce type de démarche de recherche pose de multiples défis au chercheur, qui doit s'assurer de l'accès à une organisation, du maintien du contact sur une période suffisamment longue malgré les exigences à court terme des interlocuteurs, l'implication des acteurs dans la réflexion, etc.

Nous décrivons plus précisément les travaux de recherche-intervention menés sur les terrains étudiés dans la section 3, après avoir présenté nos trois cas dans la section suivante.

SECTION 2

PRÉSENTATION DES TROIS TERRAINS D'ÉTUDE

Dans cette section, nous présentons plus précisément nos trois terrains d'étude. Ces trois terrains offrent une représentation relativement riche des différents modèles de GHT en cours de construction en France. En effet, ce sont des groupements de tailles variées, situés dans des territoires de profils différents, dans trois régions de France, et qui par ailleurs ont connu divers antécédents de coopération. Ils ont été identifiés pour leur complémentarité, en relation avec la Fédération Hospitalière de France.

Nous présentons tout d'abord le GHT 21-52, qui constitue probablement un cas relativement « pur » de construction d'un GHT à partir d'une quasi feuille blanche. A l'inverse, les GHT 13 et 04, qui sont ensuite évoqués, ont été bâtis sur des territoires où une CHT préexistait. Enfin, nous citons le GHT Nord Essonne, très avancé en matière d'intégration, qui fait sans doute figure de laboratoire de ce que pourraient devenir certains GHT à moyen ou long terme.

Nous reviendrons plus précisément dans le chapitre 5 sur le processus de constitution de ces groupements, et dans le chapitre 6 sur les objets de coopération auxquels ces groupements ont abouti.

1. Le GHT 21-52

A. Présentation du terrain : membres du GHT et environnement

Le premier terrain présenté est le **GHT 21-52 (Côte d'Or – Sud Haute Marne)**, qui regroupe une dizaine d'établissements autour du CHU de Dijon (voir **figure 1**). Ce GHT a été construit à partir d'une quasi-feuille blanche puisqu'il n'y avait pas auparavant de CHT ou de coopération de grande envergure sur ce terrain. Il est à cheval entre deux régions (c'est le seul GHT de France à être dans cette situation): la région Bourgogne-Franche-Comté et la région Grand-Est, dépendant ainsi de deux ARS différentes.

En bleu :
Principaux
établissements
membres du GHT

En rouge :
Principales cliniques
privées du territoire
(hors GHT)

En vert :
Centre de lutte contre le
cancer (hors GHT)

Distances par la route
(itinéraire le plus rapide Google
Maps)
Aires proportionnelles
au nombre de séjours MCO 2014
(source : PMSI-BDHF 2014)

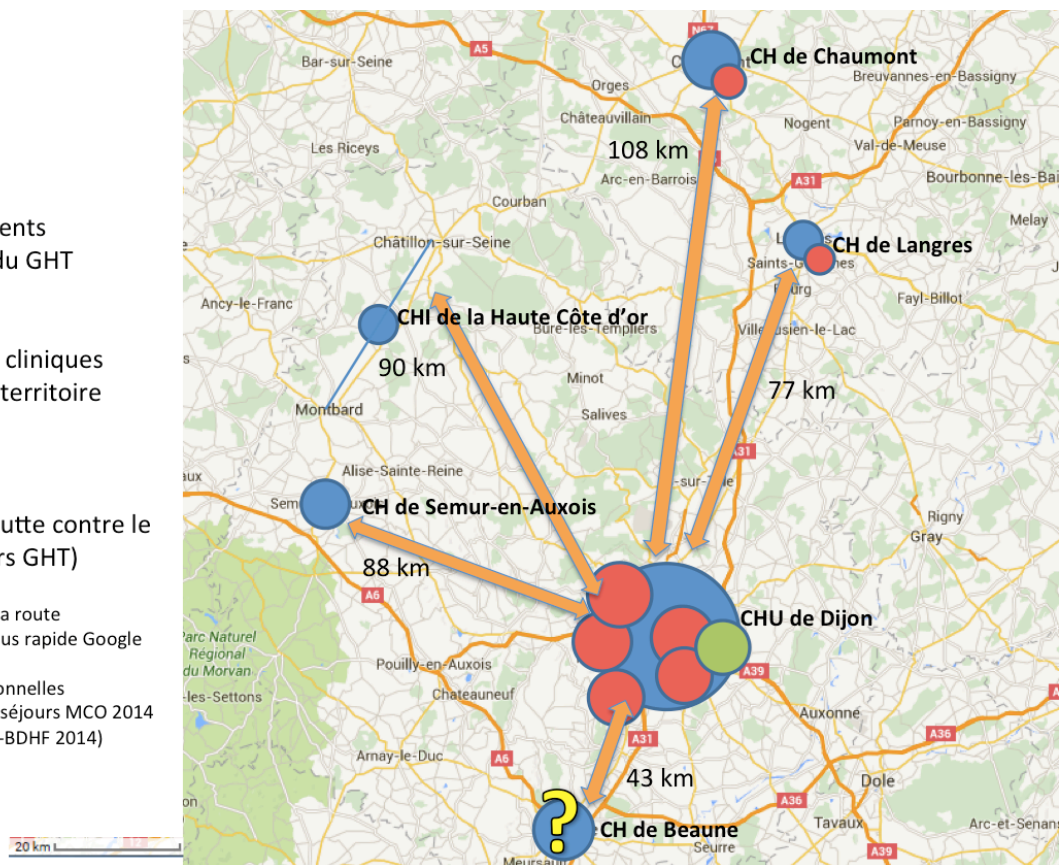


Figure 1 - Le GHT 21-52¹¹

Ce GHT compte exactement 9 établissements de tailles variées : le CHU de Dijon, qui en est l'établissement support; les hôpitaux du sud de la Haute-Marne, Chaumont, Langres et Bourbonne les Bains, qui sont tous les trois en direction commune; le CH de la Haute Côte d'Or qui a résulté de la fusion des CH de Châtillon et de Montbard; le CH de Semur en Auxois; le CH de Is-sur-Tille; le CH d'Auxonne, qui est en direction commune avec le CHU; et enfin le CH La Chartreuse, seul établissement psychiatrique du groupement. Le CH de Beaune (représenté avec un point d'interrogation sur la figure 1), à une quarantaine de kilomètres au sud du CHU, après avoir dans un premier temps été associé aux travaux sur la constitution de ce GHT, a finalement intégré un autre GHT. Nous reviendrons sur cet épisode dans le chapitre 5.

Les distances entre ces établissements sont assez élevées, dépassant ainsi les 100 km par exemple entre Chaumont et Dijon. Il s'agit d'une région assez rurale, relativement peu attractive sur le plan démographique, comme l'illustrent les diagnostics établis dans le cadre du projet médical partagé. Les établissements privés concurrents des hôpitaux du GHT sont principalement localisés dans l'agglomération dijonnaise. Un élément notable est à souligner : le regroupement de trois cliniques dans un bâtiment unique et neuf, ouvert en 2017 à

¹¹ Carte réalisée par l'auteur.

proximité du CHU¹², ce qui pourrait bouleverser les rapports de force entre les acteurs de santé du territoire.

Nous avons pu recueillir des données sur ce terrain entre janvier 2016 et l'été 2017, date à laquelle le projet médical partagé du groupement a été transmis à l'ARS. Des déplacements réguliers ont eu lieu en Bourgogne tout au long de l'année 2016, afin de permettre une certaine immersion et donc une bonne connaissance des problématiques locales.

B. Spécificités du terrain, intérêt de l'étude de ce cas

L'analyse de la constitution du GHT 21-52 se révèle particulièrement intéressante dans le cadre de notre thèse, car elle est complète en plusieurs points les deux autres terrains étudiés. En effet :

- ✓ L'établissement support est un CHU, ayant donc un rôle particulier en matière de recours, de recherche, de formation et de démographie médicale ;
- ✓ A l'inverse des autres terrains, aucune coopération de grande ampleur (CHT par exemple) ne préexistait : la cohésion territoriale reste donc à construire. Cela s'est d'ailleurs illustré par des réticences de certains acteurs lors de la définition du périmètre du GHT ;
- ✓ Les établissements font face à des enjeux stratégiques concurrentiels importants, avec le regroupement en cours de plusieurs cliniques privées lucratives à Dijon, qui ne formeront plus qu'un établissement susceptible de gagner des parts de marché sur certains créneaux d'activité ;
- ✓ Enfin, comme dans d'autres établissements étudiés ailleurs, il existe des centres hospitaliers périphériques faisant face à de réelles difficultés financières et de recrutement de médecins. Il faut ainsi souligner que la démographie médicale est particulièrement sinistrée en région Bourgogne. Un des objectifs du GHT est d'apporter une réponse à ces préoccupations.

Au regard de ces multiples enjeux, il nous semblait donc particulièrement intéressant de voir comment le GHT 21-52 allait se construire, serait en mesure de susciter l'adhésion des différents acteurs et de constituer un levier stratégique permettant d'amorcer de nouvelles dynamiques organisationnelles. En particulier, l'étude de la problématique de gestion des ressources humaines médicales à l'échelle territoriale, abordée sous un angle médico-économique – sujet également analysé sur les deux autres terrains de la thèse – a été au cœur du travail de recherche-intervention effectué, comme cela est présenté plus loin.

¹² Source : site internet du journal local « Le bien public », article publié le 21 janvier 2017.

2. Les GHT 13 et 04

A. Présentation du terrain : membres des GHT et environnement

A l'origine du travail de thèse, c'est-à-dire en 2014, avant l'adoption de la réforme des GHT, nous avons choisi d'étudier la CHT Pays Provençal, une des plus anciennes de France, puisqu'elle a été constituée en 2011, afin d'avoir une idée de ce que pourraient être les GHT à terme.

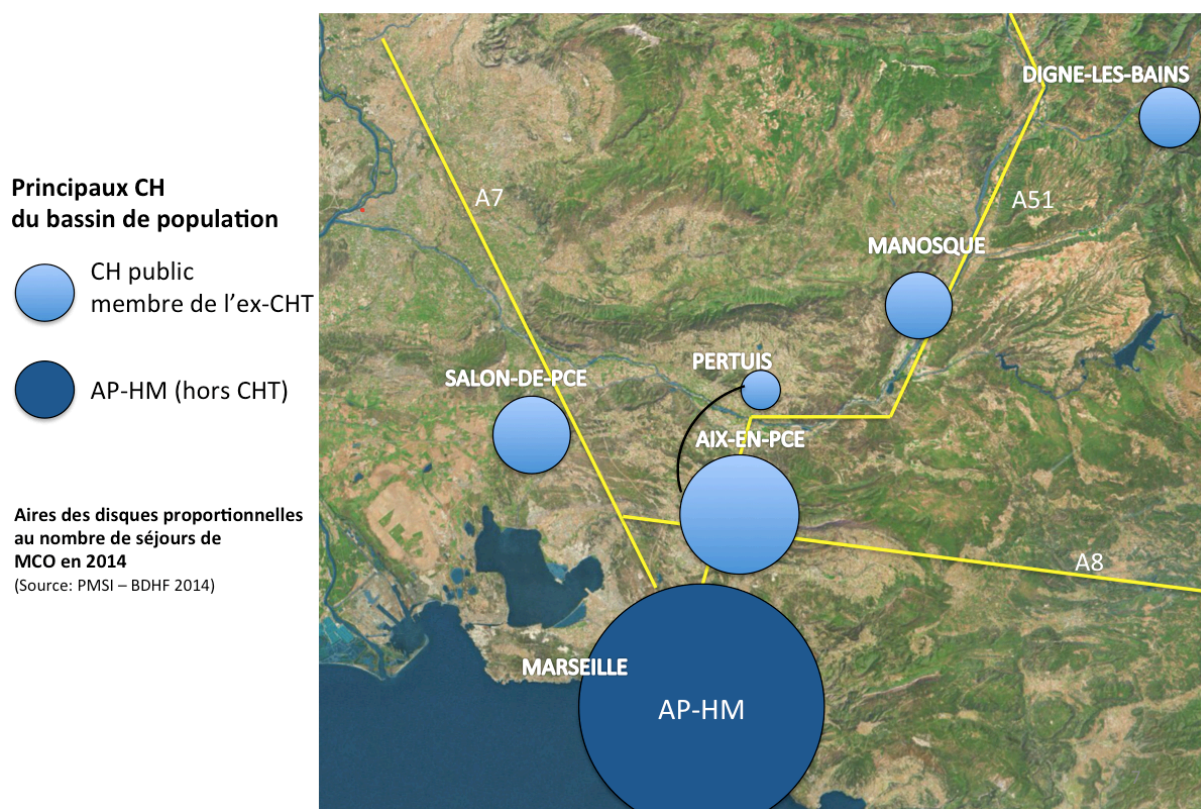


Figure 2 - La CHT Pays Provençal, ancêtre des GHT 13 et 04¹³

La CHT Pays Provençal (voir **figure 2**) était un ensemble de quatre centres hospitaliers, qui se sont regroupés au sein d'une Communauté Hospitalière de Territoire fin 2011, afin de mettre en place un projet médical commun, autour de l'hôpital d'Aix-en-Provence. Ces quatre établissements (Salon, Aix-Pertuis, Manosque et Digne) constituaient selon plusieurs acteurs un ensemble relativement cohérent d'un point de vue territorial, dont le squelette était constitué par la vallée de la Durance et par le réseau autoroutier qui facilitait les déplacements entre ces structures, malgré leur éloignement parfois important (plus de 100 km par exemple entre Digne et Aix).

¹³ Carte réalisée par l'auteur

Certains des établissements membres de cette CHT font face à de grandes difficultés, comme l'hôpital de Digne-les-Bains, situé dans un bassin de population très enclavé, et qui connaît des difficultés à recruter des médecins dans certaines spécialités. Outre ces problèmes de démographie médicale, les établissements rencontrent une forte concurrence des cliniques privées locales et du CHU voisin, situé à Marseille.

Avec la constitution de la CHT Pays Provençal, ces quatre hôpitaux cherchaient donc à augmenter leurs parts de marché, mais aussi à renforcer l'offre de soins publique sur le territoire. Le dispositif de coopération reposait principalement sur le partage de moyens humains médicaux entre plusieurs établissements, et sur la formalisation de filière de soins, pour les urgences par exemple (filiale de prise en charge des AVC, des infarctus du myocarde, etc.).

Au 1er juillet 2016, cette CHT n'a pas été transformée en GHT : elle a cédé la place à deux GHT départementaux. Nous précisons dans le chapitre 5 la chronologie de la constitution de ces deux GHT et les raisons pour lesquelles le périmètre de la CHT Pays Provençal n'a pas été reconduit. Les hôpitaux d'Aix-Pertuis et de Salon-de-Provence ont en effet rejoint le **GHT des Bouches-du-Rhône**, dont le CHU de Marseille est l'établissement support. Ce GHT rassemble 13 établissements, distants pour certains de plus de 100 km de Marseille, comme le CH d'Arles. Quant aux centres hospitaliers de Manosque et de Digne, ils forment désormais un GHT autonome, le **GHT 04**, sur le département des Alpes-de-Haute-Provence, avec plusieurs hôpitaux « locaux ». Les périmètres de ces deux GHT sont présentés sur la **figure 3**.

Nous avons pu recueillir des données sur ce terrain entre janvier 2015 et l'été 2017, date à laquelle le projet médical partagé du groupement a été transmis à l'ARS. Plusieurs déplacements ont été organisés autour d'Aix et de Marseille afin de permettre une certaine immersion et donc une bonne connaissance des problématiques locales.

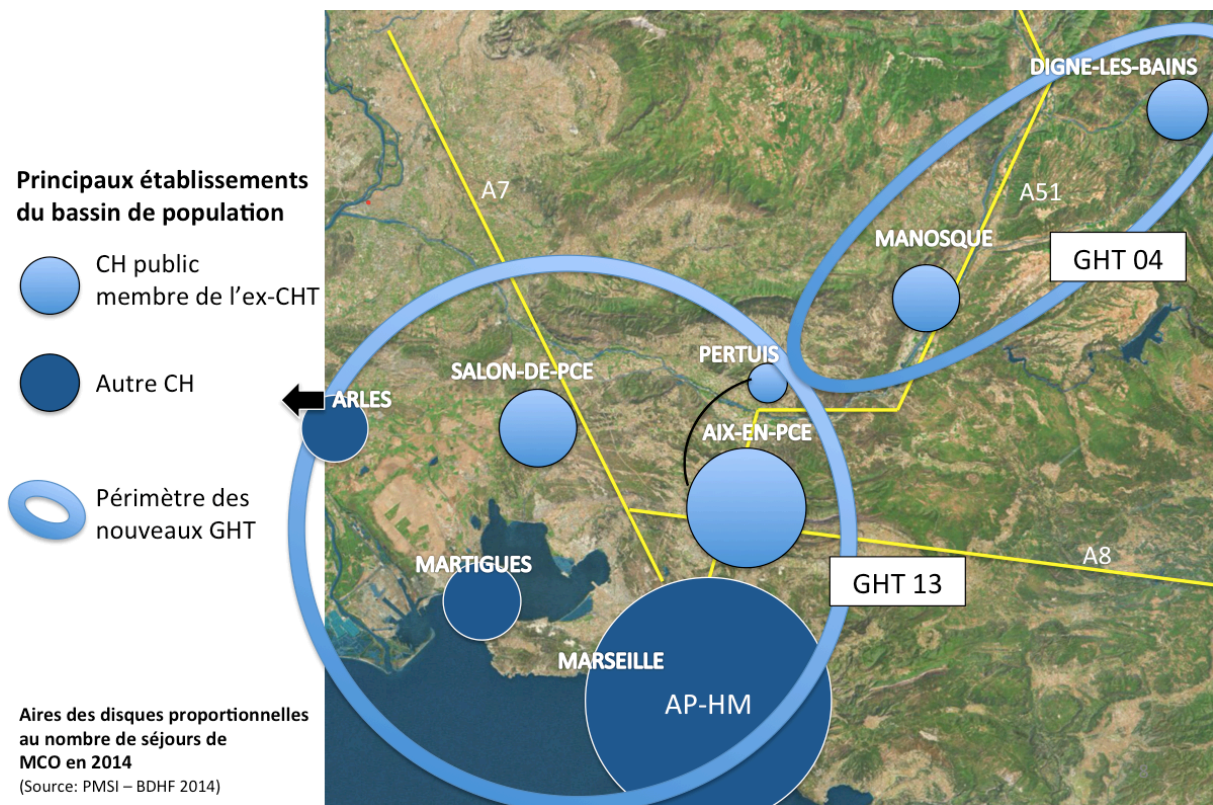


Figure 3 - Les GHT 13 et 04¹⁴

B. Spécificités du terrain, intérêt de l'étude de ce cas

L'étude de la constitution de ces GHT s'est révélée particulièrement intéressante dans le cadre de notre thèse, car elle est complète en plusieurs points les deux autres terrains étudiés. En effet, ces GHT ont été construits sans reconduire les expériences de coopération menées par le passé. Leurs périmètres, comme nous le verrons, n'ont d'ailleurs pas fait l'objet d'un consensus : certains acteurs trouvent le GHT 13 beaucoup trop étendu, intégrant des établissements comme Arles qui est davantage orienté vers le CHU de Nîmes. Inversement, le GHT 04 est jugé trop restreint selon certains acteurs pour permettre une réelle gradation des soins.

Nous avons donc cherché, dans le cadre de l'étude de ce terrain :

- ✓ À retracer la chronologie sur plusieurs années de la constitution de la CHT et de sa scission en deux GHT. Quelles logiques d'acteurs se sont opposées ? Quels critères ont abouti à la formation de ces deux périmètres ?
- ✓ À tirer un bilan de l'expérience de la CHT Pays Provençal. Quels premiers effets de la coopération commençait-on à percevoir ? Pourquoi la CHT n'a pas été

¹⁴ Carte réalisée par l'auteur

reconduite ? Comment ces stratégies étaient-elles perçues par les différents acteurs ? Quelles difficultés étaient rencontrées ? etc.

- ✓ À identifier les effets de cette scission sur les apprentissages potentiellement générés en matière de coopération : ce terrain étant étudié sur une temporalité assez longue, il est possible de suivre l'évolution de la coopération et l'ampleur des apprentissages organisationnels générés, ces apprentissages pouvant être mis en péril par la scission de la CHT.

3. Le GHT Nord Essonne

A. Présentation du terrain : membres du GHT et environnement

Au moment où nous avons commencé à étudier ce terrain, près d'un an avant la promulgation de la réforme des GHT, c'est-à-dire en janvier 2015, il s'agissait du Groupe Hospitalier Nord Essonne (GHNE), constitué de trois hôpitaux, en direction commune depuis 2004.

Le GHNE rassemblait alors trois établissements juridiquement indépendants : les centres hospitaliers de Longjumeau, d'Orsay et de Juvisy-sur-Orge, distants d'une dizaine de kilomètres, dans le nord du département de l'Essonne (voir **figure 4**). Le CH de Longjumeau est le plus important des trois, assez complet en termes d'activités prises en charges. Le CH d'Orsay est légèrement plus petit, il comprend toutefois un service d'accueil des urgences et une maternité de tailles non négligeables. En revanche, son activité de chirurgie est parmi les plus faibles de la région. Quant au CH de Juvisy, de taille plus réduite, s'il possède toujours un services d'accueil des urgences, ses services de chirurgie et sa maternité ont été fermés au milieu des années 2000.

Le périmètre de ce groupement est loin d'être une évidence si l'on regarde le réseau routier, davantage orienté Sud-Nord que Est-Ouest. Nous reviendrons dans le chapitre 5 sur le contexte de la constitution de cet ensemble hospitalier.

Comme nous le préciserons, la situation de ces trois structures était encore récemment jugée alarmante par leur direction : les bâtiments sont vétustes, leur situation financière très délicate, et ces établissements rencontrent de grandes difficultés à recruter des médecins spécialistes. Ils sont de plus situés dans un contexte de très forte concurrence, pris en étau entre le Centre Hospitalier Sud Francilien (Evry-Corbeil), l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, et les nombreuses cliniques privées du bassin. Ce bassin de population est densément peuplé, avec des zones de niveau socio-économique variables, comme le précise le projet médical du groupement.

Désormais, le **GHT Nord Essonne**, constitué au 1^{er} juillet 2016, rassemble deux établissements : le CH de Juvisy-Longjumeau, issu d'une fusion effective au 1^{er} janvier 2016,

désormais dénommé CH des Deux Vallées, ainsi que le CH d'Orsay. Les deux établissements fusionneront à leur tour au 1^{er} janvier 2018. Ces deux établissements devraient regrouper toutes leurs activités dans un établissement unique situé sur le plateau de Saclay à l'horizon 2024 (étoile bleue sur la carte présentée en figure 4). L'objectif serait ainsi de construire d'ici 8 à 10 ans un établissement unique, moderne, intégré dans un écosystème scientifique de premier rang. Cela permettrait au GHNE de renforcer sa visibilité en s'affirmant comme un acteur majeur de l'offre de soins à l'échelle régionale.



Figure 4 - Le GHT Nord Essonne¹⁵

En bleu : centres hospitaliers publics, en rouge : cliniques commerciales, en orange : établissements privés à but non lucratif. L'étoile bleue indique l'emplacement envisagé pour la construction d'un futur établissement unique, qui regrouperait toutes les activités du groupe.

Nous avons pu recueillir des données sur ce terrain entre janvier 2015 et mi-2017, date à laquelle le projet médical partagé du groupement a été transmis à l'ARS. Des déplacements réguliers ont eu lieu dans le département de l'Essonne, afin de permettre une certaine immersion et donc une bonne connaissance des problématiques locales.

¹⁵ Carte réalisée par l'auteur

B. Spécificités du terrain, intérêt de l'étude de ce cas

L'étude de la constitution du GHT Nord Essonne s'est révélée particulièrement intéressante dans le cadre de notre thèse, car elle complète en plusieurs points les deux autres terrains étudiés.

Premièrement, il ne s'agit pas réellement d'un GHT à proprement parler, puisque logique d'intégration a déjà été amorcée avant l'adoption de la réforme, et qu'elle est déjà plus poussée que ce que la loi impose. On peut alors se demander quel sera l'effet de la réforme sur le processus d'intégration en cours. Par ailleurs, et surtout, ce terrain constitue probablement un laboratoire de ce que pourraient devenir certains GHT ailleurs.

Deuxièmement, ce groupement se distingue par sa petite taille, et par l'importance des contraintes auxquelles il est soumis, étant pris en étau entre AP-HP, CHSF et cliniques privés. En quoi ces contraintes très fortes jouent-elles sur le processus d'intégration ? Le favorisent-elles ? Comment le GHT permet-il de répondre à ces contraintes ?

L'objet de l'étude de ce terrain était d'analyser la transition progressive d'une démarche de coopération à une fusion, ainsi que tous les enjeux stratégiques et organisationnels que ce mouvement implique. Il était également intéressant d'appréhender les logiques d'acteurs en jeu (rôle de régulation de l'Agence Régionale de Santé, rôle d'initiateur de la direction, rôle et position des communautés médicales et paramédicales dans les trois établissements).

4. Synthèse

L'étude de ces trois terrains nous a donc permis d'analyser les premiers effets d'une réforme nationale dans des conditions d'application différentes. En effet, les GHT étudiés se distinguent par leurs caractéristiques, et notamment leur taille, leur histoire et leur degré d'intégration, comme nous le montrons dans le **tableau 5**. Il s'agit d'un échantillon de taille réduite mais représentatif de ce qui semble se passer ailleurs en France, dans le cadre de l'application de cette réforme.

	GHT 21-52	GHT 13	GHT Nord 91
Nombre d'établissements juridiques à la date de la constitution du GHT	9	13	2
Profil de l'établissement support	CHU	CHU	CH de taille moyenne

Distance maximale entre les établissements	110 km	100 km	10-15 km
Profil du territoire (urbain, rural, etc.)	Territoire semi-rural	Territoire métropolitain (Métropole Aix-Marseille) + périphérie proche	Territoire urbain (banlieue parisienne)
Existence d'antécédents de coopération	Peu	Peu CHT Pays Provençal « scindée »	Oui, direction commune depuis 10 ans
Degré d'intégration à la date de la constitution du GHT	Etablissements pour la plupart indépendants	Etablissements pour la plupart indépendants	Direction commune Fusion Projet de regroupement

Tableau 5 - Synthèse comparative des trois terrains étudiés

SECTION 3 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Dans cette section, nous décrivons le matériau empirique recueilli et la manière dont ces données ont été exploitées. Nous avons recueilli des données primaires et secondaires, qui ont été complétées par d'autres informations collectées lors des travaux de recherche-intervention que nous évoquons ici. L'objectif était de comprendre la genèse des trois groupements étudiés et leurs premières orientations, d'identifier les logiques d'acteurs sous-jacentes aux processus de coopération, ainsi que de relever les difficultés de mise en œuvre de ces stratégies.

Yin (2003) identifie six sources de données de natures différentes, susceptibles d'être collectées dans le cadre d'une étude de cas (p. 85) :

- Documentation (ex. ordres du jour ou comptes rendus de réunions, courriers, rapports, etc.)
- Archives (i.e. de la documentation portant sur une période plus ancienne)
- Entretiens ou enquêtes
- Observation directe
- Observation participante (l'observateur n'est pas ici passif mais prend activement part aux interactions qu'il observe)
- Artefacts matériels, directement observables sur le terrain.

Ces sources ont toutes des avantages et des limites. C'est la raison pour laquelle des données de nature et de sources complémentaires ont été exploitées afin de trianguler les informations recueillies et de confronter les points de vues parfois divergents des acteurs interrogés. Nous présentons ci-après les différentes sources de données recueillies, qu'elles soient primaires (entretiens, observations) ou secondaires (documents). Nous insistons aussi sur la richesse des informations recueillies dans le cadre de nos travaux de recherche-intervention.

1. Données primaires

A. Entretiens semi-directifs

Nous avons réalisé 56 entretiens semi-directifs, sur une période allant de janvier 2015 à mai 2017. Ces entretiens ont une durée moyenne de 1 heure, pour un total de 54 heures. Le **tableau n°6** précise la répartition des acteurs interrogés par terrain et par profil. Nous avons en effet interrogé sur les trois terrains des managers hospitaliers (directeurs généraux, directeurs fonctionnels, etc.), des médecins hospitaliers et des représentants des ARS. Par ailleurs, nous avons réalisé plusieurs entretiens complémentaires au niveau national (DGOS, FHF et dans d'autres établissements pour recueillir des exemples complémentaires de coopérations inter-hôpitaux). La liste exhaustive des entretiens figure en Annexe 1.

Dans un premier temps, nous avons réalisé sur chaque terrain une vague d'entretiens exploratoires, non enregistrés, afin de nous familiariser avec les problématiques locales et de gagner la confiance des acteurs. Des prises de notes complètes ont été réalisées pour effectuer une synthèse la plus complète possible, rapidement après l'entretien. Puis, nous avons effectué une seconde vague d'entretiens, plus ciblés, qui ont tous été enregistrés et retranscrits. Au total, nous avons recueilli plusieurs centaines de pages d'entretiens retranscrits. Tous les entretiens ont été rendus anonymes pour leur exploitation.

	Terrain GHT 21-52	Terrain GHT PACA	Terrain GHT NE	Entretiens complémentaires (niv. National)
Manager hospitalier	9	6	6	2 ¹⁶
Médecin hospitalier	7	14	2	-
Tutelle (ARS +)	ARS : 1	ARS : 2	ARS : 2	DGOS :1

¹⁶ Il s'agit de directeurs d'hôpital interrogés au CHU de Besançon au sujet d'un exemple de coopération inter-hôpitaux : l'institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté

DGOS) et FHF			FHF IDF : 2	FHF : 2
TOTAL	17	22	12	5

Tableau 6 - Répartition des acteurs interrogés par terrain et par profil

Les entretiens ont été menés à l'aide des trois guides génériques présentés ci-après, adaptés aux trois principaux profils d'acteurs rencontrés. Plusieurs questions ont d'autre part été modifiées en fonction du profil de l'établissement dont était issu l'acteur en question (établissement support du GHT ou établissement périphérique). L'intérêt de réaliser des entretiens semi-directifs était de guider les discussions autour des thématiques que nous souhaitions étudier, tout en laissant la liberté aux acteurs d'aborder des sujets parfois pertinents, que nous n'avions pas initialement prévu de traiter.

▪ **Premier type d'acteurs : les managers hospitaliers**

Nous avons tout d'abord réalisé une vingtaine d'entretiens avec des directeurs d'hôpitaux (principalement directeurs généraux, directeurs des finances, des affaires médicales, de la performance, des coopérations territoriales, etc.) Le but de ces entretiens était de comprendre le contexte d'émergence du GHT, les modalités de pilotage de la coopération et d'identifier certaines manifestations concrètes de ces coopérations.

Introduction

Quel a été votre parcours dans le secteur hospitalier, la date d'arrivée à ce poste, quelles sont vos missions au sein de l'établissement ?

1 - Contexte territorial – Emergence du GHT

Historique des coopérations. Quel bilan tirez-vous des coopérations amorcées jusqu'ici ?

Processus de constitution du GHT : chronologie, acteurs moteurs, critères retenus pour le périmètre

Interprétation de la loi sur les GHT et formulation des objectifs

Intérêts du regroupement pour votre établissement. Finalités recherchées.

Menaces et craintes liées au regroupement pour votre établissement

2 – Le pilotage de la construction du GHT et du PMP

Relations entre établissements, rapports de forces, tensions. Gestion de ces tensions.

Instances de dialogue, de gouvernance

Instruments de pilotage des coopérations

Rôle de l'ARS (sur le périmètre du GHT et le contenu du PMP) : en retrait ? engagée ? intrusive ?

Avez-vous le sentiment de manquer d'accompagnement, d'orientations pour mettre en œuvre ces GHT ?

Si CH périphérique : avez-vous le sentiment d'avoir votre mot à dire dans les stratégies retenues ?

Comment le contenu du PMP a-t-il été élaboré ? Comment les axes prioritaires ont-ils été identifiés ?

3 - La coopération au concret

Exemples d'organisations mises en œuvre ou envisagées

Difficultés rencontrées

Focus "GRH médicale" : quel impact de la coopération en matière de GRH médicale ?

Focus "T2A et coopération" : le mode de financement à l'activité est-il un obstacle au développement des coopérations ? Comment pensez-vous résoudre cette difficulté ?

Focus "parcours" : le GHT permet-il la constitution de parcours de soins plus intégrés ?

Impact sur votre activité professionnelle de directeur d'hôpital : Le GHT est-il une menace ? Une opportunité ?

Encadré 2 - Modèle du guide d'entretien pour les managers hospitaliers

▪ Deuxième type d'acteurs : les médecins hospitaliers

Nous avons également effectué une vingtaine d'entretiens avec des médecins hospitaliers. Il s'agissait en priorité de médecins directement concernés par les coopérations territoriales, de niveaux d'expériences différents (internes, assistants hospitaliers, praticiens hospitaliers, professeurs des universités-praticiens hospitaliers). Par ailleurs, nous avons rencontré des médecins associés aux travaux d'élaboration des projets médicaux partagés, ainsi que d'autres médecins ayant des responsabilités managériales importantes dans l'établissement (président de CME, chef de pôles, etc.)

Nous les avons interrogés sur leur vision de la construction du GHT, leur point de vue sur le processus d'élaboration du PMP, et sur l'impact de ces coopérations territoriales sur leur métier de médecin hospitalier, en particulier en ce qui concerne l'exercice multi-sites.

Introduction

Votre parcours dans le secteur hospitalier, date d'arrivée à ce poste, missions au sein de l'hôpital (activité clinique + managériale)

1 - Contexte territorial – Emergence du GHT

Historique des coopérations. Quel bilan tirez-vous des coopérations amorcées jusqu'ici ?

Processus de constitution du GHT : chronologie, acteurs moteurs, critères retenus pour le périmètre

Interprétation de la loi GHT et formulation des objectifs

Intérêts du regroupement pour votre établissement, votre activité

Menaces et craintes liées au regroupement pour votre établissement, votre activité

2 – Processus d'élaboration du projet médical partagé

Quelle connaissance avez-vous du processus de construction du GHT ? Du projet médical partagé ?

Êtes-vous personnellement impliqué dans ces travaux ? Si oui, quel est votre rôle ?

Quelles sont les espaces de réflexion autour de l'élaboration du PMP ? Comment sont-ils animés ?

Quels exemples d'organisations mises en œuvre ou envisagées pouvez-vous citer ?

Quelles sont les difficultés rencontrées ?

3 - Impact sur votre activité professionnelle en tant que médecin hospitalier

En quoi votre activité est-elle affectée par le processus de rapprochement inter-établissements ?

Exercice territorial (si concerné) : intérêt, facteurs de contrainte, évolutions souhaitées

Le GHT permet-il de mieux organiser la prise en charge des patients suivant une logique des parcours ? Comment cela se manifeste concrètement ? Comment évoluent vos relations avec vos collègues des autres établissements du GHT ?

Quels outils permettraient d'aller plus loin dans cette dynamique de parcours ?

Encadré 3 - Modèle de guide d'entretien pour les médecins hospitaliers

▪ Troisième type d'acteurs : les représentants des tutelles et de la FHF

Enfin, nous avons rencontré une dizaine de représentant des tutelles (chargée du projet GHT à la DGOS, responsable de la direction de l'organisation hospitalière dans les ARS) et de la FHF (responsables nationaux et délégués régionaux).

Nous avons interrogé ces acteurs sur la genèse de la réforme des GHT, ses finalités, son processus de mise en œuvre, et les modalités d'évaluation qui sont projetées.

Introduction

Quel a été votre parcours dans le secteur hospitalier, la date d'arrivée à ce poste, quelles sont vos missions ?

1 – La genèse de la réforme des GHT (principalement : DGOS et FHF)

Quels acteurs ont été à l'origine de cette réforme ? Comment s'est passé le processus de rédaction et d'adoption de la loi, du décret ? (modifications, etc.)

Quels acteurs ont exprimé des réticences au moment de la conception de la réforme et du décret d'application ?

Quel bilan dressez-vous des réformes précédemment mises en œuvre concernant la transformation du tissu hospitalier, en particulier les CHT (loi HPST) ?

Quel est l'intérêt du caractère obligatoire et du calendrier de mise en œuvre particulièrement contraignant ?

2 – Les finalités de la réforme

Quels sont les objectifs de la réforme des GHT ?

Quelle priorisation entre ces différents objectifs ? Dans quelle mesure sont-ils tous conciliables ?

Que signifie concrètement le principe de « gradation des soins » ? Celui de « stratégie de groupe public » ?

Le GHT est-il un outil de planification sanitaire ? Comment s'articule-t-il alors avec le SROS, et avec l'instrument de régulation économique qu'est la T2A ?

3 – La mise en œuvre de la réforme

Quels dispositifs d'accompagnement existent de la part de la DGOS ? Des ARS ?

Quelles sont selon vous les principales difficultés de mise en œuvre ? Comment peut-on expliquer l'opposition de certains acteurs (élus, syndicats, etc.) et tenter de les rassurer ?

Quels arbitrages des ARS ont été faits sur les périmètres ? Sur les PMP ?

Comment expliquer l'hétérogénéité observée dans la constitution des GHT ? Cette hétérogénéité est-elle un problème ?

La réforme est-elle mise en œuvre suivant une logique top-down ou bottom-up ?

T2A et GHT : comment concilier des instruments en apparence contradictoires (la T2A pouvant être perçue comme un frein au partage de ressources créatrices de recettes) ?

Quelle adaptation des instruments de gestion de la tutelle pour l'évaluation et le dialogue avec les établissements ?

Focus "GRH médicale" : quel est l'impact des coopérations en matière de GRH médicale ?

4 – L'évaluation de la réforme

Quels critères d'évaluation sont envisagés ? Quelles instances pour permettre cette évaluation ?

Quels dispositifs de capitalisation, de partage des expériences réussies, etc. ?

Les GHT sont-ils une étape intermédiaire avant un rapprochement encore plus fort (fusion ?) entre établissements ?

Encadré 4 - Modèle de guide d'entretiens pour les représentants de tutelles

B. Observations

La réalisation d'observations représente une deuxième source de données primaires. Nous avons adopté un rôle d'observateur participant dans la mesure où nous avons eu l'occasion de présenter nos travaux et d'interagir avec les acteurs présents à plusieurs reprises.

Le doctorant était présenté comme "chercheur" aux acteurs présents (qui pour certains avaient été rencontrés en entretien), travaillant sur les problématiques de coopérations inter-hospitalières.

Ces observations ont fait l'objet de prises de notes systématiques, afin de bien retenir les principales logiques d'acteurs qui y apparaissaient. La liste complète des observations effectuées figure en annexes (Annexe 2). Il s'agissait principalement des trois situations d'observations suivantes :

- ✓ Les **comités stratégiques des GHT**, sur le terrain GHT 21-52. Il s'agissait de réunions mensuelles à l'occasion desquelles une quarantaine d'acteurs représentant chaque établissement et l'ARS étaient présents pour prendre un certain nombre de décisions stratégiques relatives à la constitution du GHT. Par ailleurs, les réflexions menées dans le cadre de groupes de travail thématiques y étaient présentées de manière synthétique, afin de nourrir un débat sur les orientations à retenir pour l'élaboration du PMP. Plusieurs intervenants externes (Sécurité Sociale, etc.) ont été invités à ces réunions afin de présenter des outils ou expériences susceptibles d'être déployées dans le GHT. Ces réunions duraient environ 3 heures. Nous avons pu participer à 6 d'entre elles, entre mars et décembre 2016. Ces réunions étaient conduites par la directrice générale du CHU de Dijon, secondée par la directrice chargée du projet GHT.
- ✓ Les **réunions du groupe de travail « Etablissement unique »** sur le terrain GHT Nord Essonne. Il s'agissait de réunions mensuelles rassemblant une vingtaine d'acteurs issus des trois sites de Juvisy, Longjumeau et Orsay, afin de réfléchir au projet de regroupement des activités du GHNE sur un établissement unique localisé sur le plateau de Saclay. Ici également, des intervenants externes (AP-HP et autres centres hospitaliers de la région) ont été invités afin de nourrir les débats sur la base d'expériences de regroupements menées par d'autres établissements. Ces réunions étaient menées par le directeur général du groupement, en association avec plusieurs consultants missionnés pour le chiffrage du projet. Nous avons participé à quatre de ces réunions, qui duraient de deux à trois heures environ.
- ✓ Enfin, un troisième type d'observation a été mené. Il s'agit de l'observation du **fonctionnement de certains services cliniques** dont l'activité était susceptible d'être concernée par les coopérations au sein du GHT (p.ex. service d'endoscopies digestives au CHU de Dijon, service de cardiologie interventionnelle et de neurologie au CH d'Aix-en-Provence, urgences du CH de Longjumeau). Ceci nous permettait de comprendre les difficultés organisationnelles rencontrées lors des parcours de prise en charge des patients.

2. Données secondaires

A. Documentation

Etant données nos nombreuses interactions avec le terrain, nous avons eu accès à plusieurs données secondaires, principalement sous la forme de documents. Ces documents n'ont pas systématiquement été analysés de manière approfondie, mais ils nous ont permis de bien nous familiariser d'une part avec l'objet GHT tel que conçu par le législateur, et d'autre part avec les problématiques locales des terrains étudiés. Ceci nous a par ailleurs permis de trianguler les données primaires recueillies lors des entretiens et des observations.

Une liste complète des documents recueillis est présentée en annexes (Annexe 3). Il s'agit de documents de deux types :

- ✓ **Des documents produits au niveau national** par la DGOS, par la FHF, l'ANAP, etc.: texte de loi et décret d'application, rapports ministériels préfigurant le texte de loi et le décret d'application, « boîte à outils GHT » proposée par la DGOS à destination des établissements, guides de l'ANAP, etc. Ces documents ont été particulièrement utiles pour analyser la genèse de la réforme des GHT, en identifier les objectifs et en décrire le dispositif de mise en œuvre.
- ✓ **Des documents produits au niveau des terrains étudiés** : projets médicaux partagés, conventions constitutives des GHT, comptes rendus de réunions stratégiques, etc. Ces documents nous ont permis d'affiner notre description chronologique de la constitution des groupements, de bien identifier la manière dont les objectifs étaient définis dans les PMP, les principales orientations stratégiques retenues, etc.

B. Autres sources d'information sur la réforme des GHT et son application

Par ailleurs, nous avons participé au cours de ces trois années de thèse à de nombreux séminaires, organisés par la FHF¹⁷ ou par d'autres acteurs¹⁸. A l'occasion de ces séminaires, des acteurs représentant la puissance publique ou les établissements hospitaliers se sont exprimés au sujet de la mise en œuvre des GHT, soulevant de nombreuses interrogations qui ont pu guider notre démarche de recherche et améliorer notre connaissance de l'objet GHT et de ses finalités.

¹⁷ Par exemple : Séminaire de l'Etude Nationale des Coûts, Salon Hôpital-Expo, journées RH Hospitalières, journées régionales de la FHF, etc.

¹⁸ Par exemple : Colloque « Mise en place des GHT : de la théorie à la pratique », organisé par le cabinet de conseil Grant Thornton le 03 février 2016 à Paris.

3. Travaux de recherche-intervention

Enfin, la démarche de recherche-intervention menée sur le terrain a également permis de s'imprégner plus amplement des problématiques étudiées, grâce à de nombreuses interactions informelles avec les acteurs, et à la construction d'outils de modélisation et de pilotage des coopérations, permettant de mettre en lumière un certain nombre de contraintes et de logiques d'acteurs qui n'auraient pas pu être identifiées uniquement par le biais d'entretiens.

Dans l'ensemble, le fil directeur de ces travaux a été une participation à l'élaboration et au suivi des stratégies de coopération médicales entre les établissements des groupements étudiés, à travers la construction d'outils médico-économiques. Ces travaux ont à chaque fois nécessité la réalisation d'entretiens, d'observations du fonctionnement de services cliniques, ainsi que le recueil et le traitement de données médico-économiques.

Sur le terrain **CHT Pays Provençal** (qui a précédé les GHT 13 et 04), notre travail a consisté à réaliser une étude de l'impact d'une stratégie médicale de coopération inter-hôpitaux, en chirurgie urologique, sur les parts de marchés des différents établissements de la région. Cette mission a été réalisée avec le Département de l'Information Médicale du CH d'Aix, à la demande de la Direction Générale.

Sur le terrain **GHT NE**, nous avons pris part aux travaux concernant la modélisation du dimensionnement du nouvel établissement censé regrouper sur le plateau de Saclay tous les services du groupement. Nous nous sommes plus précisément penchés sur la question du dimensionnement de la future maternité, à la demande du Directeur Général et de la Directrice de la Performance.

Sur le terrain **GHT 21-52**, le travail réalisé a été de réfléchir à la construction d'un modèle économique et organisationnel permettant d'encadrer la mise à disposition de médecins par le CHU aux établissements périphériques, qui constitue un des axes du projet médical partagé. En effet, on pourrait avoir tendance à penser que la T2A est un frein au partage de ressources productrices de recettes (ie : les médecins). L'objectif du travail était de créer à un dispositif permettant à l'établissement prêteur et à l'établissement demandeur de temps médical de tirer parti financièrement de la coopération, en intégrant la question de la valeur ajoutée générée par ce partenariat. Par ailleurs, ce modèle a également pour vocation de permettre une valorisation financière et des conditions organisationnelles adéquates pour inciter les médecins du CHU à effectuer un exercice multi-établissements. Ce travail a ici aussi été réalisé à la demande de la directrice générale de l'établissement support et de la directrice du projet GHT, en relation avec de nombreux acteurs comme le directeur général adjoint, le directeur des affaires financières, la directrice des affaires médicales et la directrice du contrôle de gestion.

Ces différents travaux de recherche-intervention sont synthétisés dans le tableau suivant. Nous présenterons dans le chapitre 6 les principaux enseignements que nous en avons tirés.

Terrain	Travail réalisé	Principaux interlocuteurs¹⁹
CHT Pays Provençal	Construction d'un outil de suivi des effets des coopérations effectuées	DIM, DAF, DAM-Dir. Coopérations
GHT Nord Essonne	Participation aux travaux de modélisation du dimensionnement du nouvel établissement. Application au cas de la maternité	DG, DIM, DAF, Directeur des opérations
GHT 21-52	Construction d'un modèle médico-économique pour simuler l'impact du partage de ressources médicales Proposition d'un accompagnement organisationnel	Responsable : Dir. Projet GHT DG, DGA, DAM, DCG, DAF, DIM

Tableau 7 - Récapitulatif des trois principaux travaux de recherche-intervention menés sur les terrains étudiés

4. Analyse et exploitation des données

Précisons à présent comment ces données ont été exploitées pour permettre de dégager nos résultats de recherche. Nos résultats s'articulent autour de trois chapitres :

- Dans le **chapitre 4**, à partir de l'analyse de textes clés (texte de loi et rapports ministériels notamment) et d'entretiens auprès des tutelles et de la FHF, nous tentons d'identifier les **finalités de la réforme des GHT**. Par ailleurs, plusieurs entretiens menés avec des acteurs de terrain nous ont permis de confronter ces objectifs formulés (ouvertement ou non) par le législateur aux interprétations qui en étaient faites dans les établissements, afin de montrer l'ambiguïté perçue de la réforme.
- Dans le **chapitre 5**, à partir des entretiens réalisés principalement avec les managers hospitaliers et les responsables des ARS, mais également grâce aux observations de réunions stratégiques, nous reconstituons le **processus de construction des groupements**, les principaux enjeux rendant la coopération complexe à piloter, et établissons une typologie des modèles de GHT qui semblent se dessiner. Nous

¹⁹ DIM : responsable du Département de l'information médicale, DAM : Directeur des affaires médicales, DCG : Directeur du contrôle de gestion

utilisons pour ce faire une technique de narration (Dumez, 2016), qui repose sur l'établissement de chronologies et d'une analyse séquentielle, et permet de comprendre la genèse de la dynamique de regroupement, les points de basculement dans le processus, et les différentes phases séparées par ces points de rupture.

- Enfin, dans le **chapitre 6**, à partir des entretiens réalisés avec les médecins et managers hospitaliers, grâce à l'analyse des projets médicaux partagés et aux enseignements de nos travaux de recherche intervention, nous caractérisons les **principales orientations prises par ces GHT autour de nouveaux objets de coopération.**

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 3

Dans ce chapitre, nous avons présenté la méthodologie adoptée pour étudier nos questions de recherche.

La **section 1** avait pour objectif de présenter notre design de recherche. Nous avons d'abord évoqué notre itinéraire de recherche partant d'un partenariat de recherche avec la Fédération Hospitalière de France. Le travail réalisé a reposé sur l'étude de trois cas (Yin, 2003) d'établissements hospitaliers en cours de constitution de GHT, dans trois régions françaises différentes, entre janvier 2015 et mai 2017. Nous y avons réalisé un travail de recherche-intervention (David, 2000; Moisdon, 2015), au cours duquel nous avons accompagné les responsables hospitaliers dans la construction et le suivi de leurs stratégies territoriales de coopération.

Dans la **section 2**, nous avons décrit plus précisément nos trois terrains d'étude, qui offrent une représentation relativement riche des différents modèles de GHT en cours de construction en France. En effet, ce sont des groupements de tailles variées, situés dans des territoires de profils différents, dans trois régions de France, et qui par ailleurs ont connu divers antécédents de coopération. Il s'agit des GHT suivants :

- Le *GHT 21-52 (Côte d'Or – Sud Haute Marne)*, qui regroupe une dizaine d'établissements autour du CHU de Dijon.
- Le *GHT 13 (Bouches-du-Rhône)*, qui rassemble tous les établissements des Bouches-du-Rhône autour du CHU de Marseille.
- Le *GHT Nord Essonne*, de taille plus réduite puisqu'il regroupe deux établissements : le CH de Juvisy-Longjumeau et le CH d'Orsay.

Enfin, nous avons présenté le matériau empirique recueilli et la manière dont ces données ont été exploitées (**section 3**). Il s'agit d'un travail de recherche qualitative : le matériau recueilli est constitué de 56 entretiens semi-directifs (auprès des directions d'établissements, de médecins, de représentants des tutelles, etc.), de l'observation participative d'une dizaine de réunions stratégiques et groupes de travail, ainsi que de l'analyse de plusieurs dizaines de documents. La démarche de recherche-intervention menée sur le terrain a également permis de s'imprégner plus amplement des problématiques étudiées, grâce à de nombreuses interactions informelles avec les acteurs et à la construction d'outils de modélisation et de pilotage des coopérations, permettant de mettre en lumière un certain nombre de contraintes et de logiques d'acteurs qui n'auraient pas pu être identifiées uniquement par le biais d'entretiens.

L'exploitation de ces données nous a permis de comprendre les finalités de la réforme (**chapitre 4**), de décrire les processus de construction des groupements (**chapitre 5**) et de caractériser les premières orientations prises par ces GHT autour de nouveaux objets de coopération et de gouvernement (**chapitre 6**).

PARTIE 2 - RÉSULTATS ET DISCUSSION

INTRODUCTION DE LA PARTIE 2

Le matériau recueilli sur les terrains étudiés nous permet de distinguer trois grands axes de résultats.

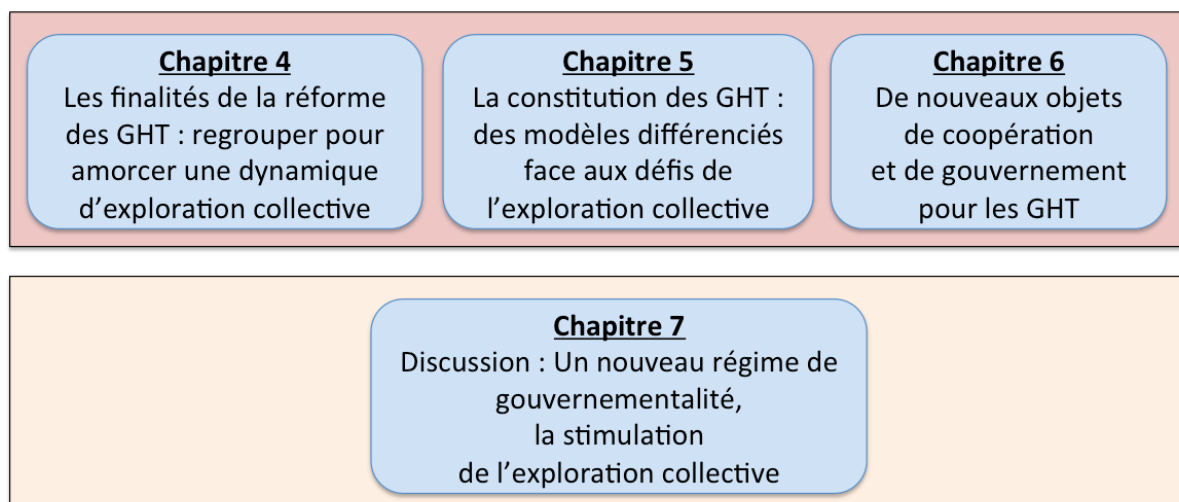
Dans un premier temps (**chapitre 4, Les finalités de la réforme des GHT : regrouper pour amorcer une dynamique d'exploration collective**), nous montrons que, en l'absence d'objectifs précis, la finalité principale de cette mesure est d'achever le pavage du territoire en réseaux inter-hospitaliers, afin d'amorcer ou d'accélérer des dynamiques de coopération et d'exploration collective visant à expérimenter de nouvelles organisations territoriales de l'offre de soins. Les GHT ont donc pour vocation de déclencher des partenariats d'exploration, émergeant dans le cadre de relations souvent précaires, autour d'objets relativement flous. Comme la littérature l'a souligné, le défi qui se pose pour piloter ces partenariats est de concevoir simultanément et de manière itérative un cadre de cohésion et des modalités de coordination.

Nous illustrons comment ces deux dimensions se construisent en forte interaction, à partir de nos trois études de cas. Ainsi, nous analysons les processus de construction des GHT sur les terrains étudiés afin de souligner les formes hétérogènes que ces collectifs prennent, au gré de trajectoires d'exploration souvent sinueuses (**chapitre 5, La constitution des GHT : des modèles hétérogènes face aux défis de l'exploration collective**).

Enfin, nous décrivons l'élaboration de nouveaux objets de coopération dans le cadre des projets médicaux partagés, comme les parcours. Nous montrons que l'émergence de ces objets nécessite le développement et l'appropriation de nouveaux outils de gestion dans les établissements hospitaliers (**chapitre 6, De nouveaux objets de coopération et de gouvernement pour les GHT**).

Ce détour par la mise en œuvre des GHT sur le terrain nous permettra d'étudier les dynamiques locales de coopération déclenchées par la réforme. Dans le **chapitre 7 (Discussion : un nouveau régime de gouvernementalité, la stimulation de l'exploration collective)**, nous discuterons ces résultats à la lumière du cadre théorique. Nous reviendrons à notre problématique initiale, à savoir l'émergence d'un nouveau régime de gouvernementalité, marqué par l'apparition de nouveaux objets de gouvernement ainsi que par une transformation des interactions entre tutelles et établissements.

Résultats de recherche



Discussion et préconisations

Figure 5 - Organisation de la partie 2 (chapitres 4 à 7)

CHAPITRE 4
LES FINALITÉS
DE LA RÉFORME DES GHT:
REGROUPER POUR AMORCER
UNE DYNAMIQUE
D'EXPLORATION COLLECTIVE

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous traitons la première série de nos sous-questions de recherche, qui porte sur les *finalités et le dispositif de mise en œuvre de la réforme* des GHT:

- Quelles étaient les intentions du législateur, les objectifs qu'il souhaitait atteindre ?
- Comment ces intentions sont-elles interprétées par les acteurs de terrain ?
- Comment la réforme est-elle mise en œuvre par l'Etat, autour de quels objets de gouvernement, grâce à quels instruments, et selon quelles relations gouverné/gouvernant ?

Dans la **section 1**, nous analysons les objectifs de la réforme en décrivant sa genèse et en examinant le texte de loi et le décret d'application correspondant.

Nous décrivons les modalités de mise en œuvre de la réforme et plus particulièrement les interactions tutelles/établissements dans la **section 2**.

Enfin, dans la **section 3**, nous montrons que cette ambiguïté encadrant la réforme a été voulue par le législateur pour sa mise en œuvre, l'objectif réel étant d'amorcer ou d'accélérer la dynamique de regroupement entre établissements, afin que ceux-ci explorent de nouvelles formes d'organisation territoriale de l'offre de soins.

Encadré méthodologie

Dans ce chapitre, nous avons souhaité étudier les finalités de la réforme et caractériser ses modalités de mise en œuvre. Pour ce faire, nous exploitons ici principalement des données secondaires. Outre le texte de loi et le décret d'application, nous avons analysé un autre texte clé : il s'agit des rapports de la mission ministérielle Hubert-Martineau, ayant conduit à la conception du dispositif GHT et aux modalités de mise en œuvre de la réforme. En complément des informations que nous avons pu en tirer, nous utilisons également les enseignements dégagés des entretiens réalisés auprès de représentants des tutelles (DGOS, ARS) et de la FHF. Nous étudions également l'interprétation faite sur le terrain des finalités affichées par le législateur, grâce à l'exploitation d'entretiens réalisés dans des établissements hospitaliers.

SECTION 1

UNE RÉFORME QUI SEMBLE CHERCHER SES OBJECTIFS

Dans cette section, nous revenons sur la genèse de la réforme et sur les objectifs qui sont assignés aux GHT. Nous soulignons le flou apparent de ces objectifs, qui ne sont pas simples à traduire de manière opérationnelle : plusieurs interprétations en partie antagonistes en sont faites sur les terrains étudiés. De nombreuses inquiétudes et réticences sont entraînées par cette ambiguïté. Certains acteurs se demandent en particulier si cette « coopération forcée » ne cacherait pas en réalité une « restructuration déguisée » aux objectifs de rationalisation budgétaire, ce qui n'est pas ouvertement affiché par le Ministère de la Santé.

1. Les objectifs de la réforme selon les textes

Analysons les objectifs principaux de la réforme des GHT, tels qu'ils apparaissent dans l'article 107 de la loi de Modernisation de notre Système de Santé, promulguée le 26 janvier 2016 (voir Annexe 4).

« 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. »

Encadré 5 - Extrait de la loi du 26 janvier 2016

Ce texte évoque comme objectif principal celui « d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». Il s'agit d'un objectif que l'on pourrait qualifier de « soft » (Santo & Verrier, 2007), dans la mesure où il ne précise pas de critères précis et chiffrés permettant de déterminer si la mise en œuvre de la réforme a permis ou non de l'atteindre. Un deuxième objectif figure ensuite dans le texte, celui de « rationaliser les modes de gestion », sans que cela ne soit non plus précisé par exemple par la formulation d'un montant d'économies à réaliser sur un horizon temporel déterminé.

L'article de loi précise enfin que pour atteindre ces objectifs, les établissements membres d'un GHT doivent rédiger un projet médical partagé permettant d'organiser à l'échelle territoriale une gradation des soins dans la prise en charge des patients, entre offre de proximité et offre de recours. Les modalités précises de la réforme (calendrier, acteurs concernés, mutualisations imposées, etc.) ont été définies dans le décret d'application du 27 avril 2016 (Annexe 5).

Ces objectifs étant relativement vagues, nous avons souhaité nous pencher sur la genèse de cette réforme en interrogeant des acteurs y ayant participé, et en consultant les rapports ministériels ayant conduit à sa conception.

2. Retour sur la genèse de la réforme

Retraçons donc la genèse de cette réforme, en rappelant le contexte dans lequel elle s'inscrit, et les orientations générales recherchées à l'origine. La réforme découle en réalité d'une série de constats qui ont conduit le législateur à rendre obligatoires les coopérations inter-hôpitaux sous la forme de groupements territoriaux.

A. De multiples enjeux qui font de la coopération une nécessité

En novembre 2014²⁰, la ministre de la Santé confie à Jacqueline Hubert (DG du CHU de Grenoble) et Frédéric Martineau (Président de la CME du CH de la Côte Basque) une mission consistant à réfléchir à la conception du dispositif des GHT et aux modalités de sa mise en œuvre. Cette mission avait concrètement pour objectif de proposer un certain nombre d'orientations de rédaction pour la loi et le décret d'application qui a suivi. Un rapport intermédiaire a été publié en mai 2015. Dans son introduction, les auteurs rappellent pourquoi il est selon eux indispensable de davantage développer les coopérations entre établissements publics de santé, ainsi que les principales forces d'inerties qui ont pu freiner cette dynamique jusqu'à présent.

*« Nous pensons en effet qu'il existe encore aujourd'hui trop de « trous dans la raquette » de l'offre de soins hospitaliers du fait des postures concurrentielles induites par le modèle de financement actuel des établissements de santé. Rémunéré en fonction de l'activité réalisée, chaque établissement peine à s'inscrire dans une dynamique collective au risque de subir des pénalités financières. En l'absence de mécanismes de rémunération au parcours plutôt qu'à l'hospitalisation, force est de constater que la complémentarité entre hôpitaux publics d'un même territoire reste à parfaire. **La coopération entre établissements publics de santé doit pourtant permettre aux établissements de santé de soigner mieux et à moindre coût.** Conscients de l'environnement contraint dans lequel nous exerçons nos responsabilités, en particulier en termes de démographie médicale et de dynamique tarifaire, il nous paraît*

²⁰ La lettre de mission en date du 17 novembre 2014, précise que l'objectif de la mission Hubert-Martineau est « de participer à la conception du dispositif des GHT, et à la définition des outils et des modalités de mise en œuvre. » (Rapport intermédiaire, page 6). A partir d'une série de rencontre avec les parties prenantes concernées par cette réforme, les auteurs ont émis des préconisations pour la rédaction de la loi, du décret d'application, et pour la constitution d'une « boîte à outils » d'accompagnement à la mise en œuvre.

incontournable d'outiller nos hôpitaux de dispositifs permettant de passer d'une stratégie concurrentielle à une véritable stratégie de groupe. Il en va de la pérennité de notre système d'hospitalisation publique. »

Encadré 6 - Extrait du rapport intermédiaire de la mission ministérielle Hubert-Martineau (mai 2015)

A la lecture de ce rapport, et à la lumière des entretiens réalisés à la DGOS et dans les ARS, il apparaît que la nécessité de développer les coopérations entre hôpitaux publics découle des constats suivants :

- Le développement de la prise en charge des patients suivant une **logique de parcours** rend nécessaire cette meilleure coordination entre établissements. En l'absence d'une organisation territoriale lisible, on risque selon le rapport Martineau-Hubert de se retrouver dans un modèle de « parcours d'initiés » (p. 15), c'est-à-dire que seuls certains patients, grâce à leurs connaissances, à leurs moyens financiers et à leur réseau personnel, seraient en mesure d'accéder aux soins qui conviennent le mieux à leur besoins. Afin de rétablir une certaine égalité dans l'accès aux soins, les auteurs estiment qu'il est nécessaire d'institutionnaliser une meilleure structuration des réseaux de soins entre établissements pour *tous* les usagers.
- Le contexte tendu en matière de **démographie médicale** rend nécessaire un rapprochement entre les établissements, afin de mutualiser certaines ressources devenues rares, ou de réfléchir à des organisations permettant d'éviter une trop grande dispersion des compétences.

Il s'agit également en quelque sorte de **suivre l'exemple du privé**, comme l'illustre l'extrait suivant du rapport intermédiaire de la mission Hubert-Martineau. En effet, les établissements privés se sont depuis plusieurs années structurés en réseaux de plus en plus intégrés, afin d'amorcer une nouvelle dynamique d'organisation territoriale : *« Face à cet environnement contraint, force est de constater que les établissements privés de santé ont su impulser une dynamique de coopération notable. La constitution de groupes d'hospitalisation privée est une dynamique engagée depuis maintenant plusieurs années. Leurs représentants ne manquent d'ailleurs pas de le rappeler, pointant du doigt de façon souvent polémique l'inertie des hôpitaux publics. »* (p. 11)

B. Un maillage du territoire jusqu'à présent incomplet

▪ **Un succès mitigé des coopérations « facultatives »**

En dépit de ces multiples enjeux, les tutelles estiment que le paysage hospitalier n'est toujours pas suffisamment organisé en réseaux. Selon la responsable de la mise en place des

GHT au Ministère de la Santé, la réforme des GHT découle en partie de ce constat mitigé des effets des instruments déployés pour encourager les coopérations inter-hôpitaux. Le dernier en date, les Communautés Hospitalières de Territoire, ont connu selon elle un bilan en trompe-l'œil. En effet, quantitativement, plusieurs centaines d'établissements avaient adhéré à des CHT. En revanche, qualitativement, leurs effets étaient jugés modestes, avec de nombreuses CHT restées *coquilles vides* ou se limitant à des périmètres de coopération réduits (fonctions support ou uniquement quelques spécialités médicales). On observait de grandes disparités territoriales, avec des régions comme la Bretagne, très avancée en la matière, tandis que dans d'autres territoires, le dialogue entre établissements restait limité.

▪ Une crise de l'action des ARS ?

Le bilan insuffisant en matière de rapprochement inter-hôpitaux, en l'absence de mesure contraignante, marque peut-être une crise de l'action des ARS, dont les leviers pour œuvrer en ce sens sont limités. Les responsables des ARS interrogés le reconnaissent eux-mêmes. Ils indiquent que les ARS disposaient théoriquement avant la création des GHT d'un certain nombre de leviers d'action pour encourager les rapprochements inter-hôpitaux : par exemple la nomination d'un DG choisi en fonction de sa volonté d'accélérer cette dynamique, la création de directions communes entre établissements, la possibilité pour un DGARS d'obliger des établissements à former une CHT, etc. Toutefois, dans les faits, les agences étaient souvent freinées par des contraintes d'ordre politique et demeuraient en réalité tributaires d'opportunités (départ à la retraite d'un directeur d'établissement par exemple), ce qui a longtemps entravé les dynamiques de recomposition. La réforme des GHT pourrait alors permettre de faciliter ces transformations : *« Donc voilà, beaucoup de recompositions par directions communes mises en place en fonction des opportunités, jusqu'à présent, avec l'espoir que la mise en place des GHT nous permettra d'accélérer un peu ce mouvement de constitution des directions communes, et éventuellement de fusions derrière. »* (Extrait d'entretien réalisé avec un responsable d'une ARS).

Qui plus est, selon certains acteurs, les ARS manquent de légitimité pour conduire ces processus de rapprochement entre établissements. Ainsi, plusieurs agents (managers ou médecins) interrogés dans les établissements estiment que les agences manquent souvent d'une vision à long terme et de compétences pour imposer la conduite de recompositions hospitalières : *« Je pense que effectivement, il y a des sujets sur lesquels l'Agence n'est pas forcément très à l'aise, ou pas forcément très outillée, je pense par exemple à des sujets de fermeture de réanimation, de choses comme ça. [...] ça peut renvoyer du coup aux établissements une image de flou ou de manque de courage, du positionnement de l'ARS. »* (Extrait d'entretien réalisé avec un responsable d'une ARS).

Quoi qu'il en soit, on voit bien ici que c'est le modèle de l'action top-down en matière de recompositions hospitalières qui touche à ses limites.

▪ Un modèle de financement défavorable

Outre les limites de l'action des ARS, un autre facteur pose problème dans la mise en œuvre des rapprochements inter-hôpitaux. Ainsi, le rapport Martineau-Hubert indique clairement que le mode de financement à l'activité pousse davantage à la concurrence qu'à la coopération entre les établissements hospitaliers. L'absence de financement au parcours serait alors un frein à la constitution de coopérations médicales, au partage des ressources et à des redistributions d'activités. Un des objectifs de la réforme des GHT serait alors de contrebalancer cet effet concurrentiel de la T2A.

Nous reviendrons concrètement sur cet aspect dans les chapitre 5 et 6, afin d'illustrer cet inadéquation entre le mode de financement et la logique de coopération sur des exemples précis.

C. Des coopérations obligatoires pour achever le maillage du territoire

Face à ce constat de relative impuissance des tutelles, d'insuffisance des dispositifs de coopération existants, et de l'effet défavorable du mode de financement à l'activité, la propriété fondamentale des GHT pour accélérer les dynamiques de coopérations inter-hôpitaux est leur caractère obligatoire.

L'ambition de la réforme des GHT, selon le rapport Hubert-Martineau, était de « *ne pas laisser de trous dans la raquette* » (Encadré 7), c'est-à-dire d'achever intégralement le maillage du territoire. Comme nous l'a indiqué la responsable du projet GHT à la DGOS, l'objectif de la réforme étant de permettre l'égalité d'accès aux soins sur le territoire, le caractère obligatoire de la mesure était nécessaire pour couvrir de manière exhaustive le territoire sous forme de réseaux d'établissements organisés autour d'une structure de référence. Si des parties du territoire échappaient à cette configuration, dans ce cas le principe d'égalité serait selon elle rompu. Il est intéressant de souligner que, lors de la genèse de la réforme, la FHF a activement œuvré en faveur de l'inscription de ce caractère obligatoire des GHT dans la loi, alors que certains de ses adhérents y étaient plus réticents.

« *Compte tenu de leur ambition, les GHT ne peuvent donc qu'être obligatoires pour tous les hôpitaux publics. En effet, permettre à un ou plusieurs établissements de s'exclure de cette organisation en réseau, revient à « laisser des trous dans la raquette » de ce principe fondateur de l'hôpital public qu'est l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. »*

Encadré 7 - Extrait du rapport intermédiaire de la mission Martineau-Hubert, mai 2015 (p.15)

3. La réception de la réforme par les acteurs de terrain : une réforme ambiguë et « au milieu du gué »

Ayant décrit les objectifs du texte tels que définis dans la loi, puis précisé les intentions du législateur grâce à l'étude de la genèse de la réforme, il nous semble à présent utile de confronter ces grands objectifs aux interprétations faites par les acteurs de terrain interrogés dans les établissements. De nombreuses interrogations et inquiétudes sont ressorties des entretiens menés.

▪ Plusieurs types de questionnements de la part des acteurs

Un premier exemple d'interrogation et d'inquiétudes concerne le principe de « *gradation des soins* ». Cet objectif est rappelé à de nombreuses reprises dans le discours des tutelles, mais il n'est jamais réellement défini de manière précise, par exemple à partir de critères chiffrés permettant de déterminer les structures dans lesquels une activité donnée pourrait être exercée ou non. Une définition de la gradation des soins souvent énoncée par les représentants des tutelles serait de « *prendre en charge le bon patient au bon endroit et au bon moment* ».

Les acteurs rencontrés dans les structures hospitalières s'interrogent sur la manière d'interpréter et de mettre en œuvre ce principe de gradation des soins : s'agit-il de concentrer l'offre de soins dans les établissements supports pour effectuer des économies d'échelle et garantir une offre sécurisée en évitant l'éparpillement des ressources, ou bien est-il davantage question de revitaliser les structures de proximité touchées par une pénurie de médecins spécialistes ? La responsable du projet GHT interrogée à la DGOS affirme qu'il n'est pas question de concentrer les activités, mais plutôt de diffuser de nouveaux services dans les établissements de proximité, en généralisant par exemple les dispositifs de consultations avancées : « *C'est faciliter et garantir l'organisation de cette gradation, et le déploiement, la projection en proximité d'activités qui n'existent pas aujourd'hui. Cette projection en proximité, elle existe de façon ponctuelle sur des consultations avancées, qui pourraient d'ailleurs être largement plus développées avec la télémedecine. Mais en organisant les GHT, il ne s'agit pas de rapatrier sur l'établissement support les activités, il s'agit au contraire de projeter, dans cette logique de proximité et d'amélioration de l'accès aux soins, des prises en charge qui n'existent pas aujourd'hui.* » (Extrait de l'entretien réalisé avec la chargée du projet GHT à la DGOS).

Cependant, pour certains acteurs, la gradation des soins consiste bien certes à consolider l'offre de premier recours en proximité grâce à la création de consultations spécialisées, mais également à concentrer davantage les activités nécessitant l'utilisation d'un plateau technique sur les structures les plus importantes.

Une deuxième interrogation, en partie liée à la première, porte sur **l'articulation entre les différents objectifs** évoqués à propos de la réforme. La mise en œuvre des GHT est-elle avant tout un moyen de réaliser des économies (argument peu mis en avant dans le discours des porteurs de la réforme) ou bien la priorité est-elle de consolider l'offre de soins de proximité et donc l'égalité d'accès aux soins pour les citoyens ? On se trouve ici en réalité dans un conflit entre deux logiques : une logique de rationalisation économique qui s'oppose à une logique de santé publique.

Ces deux objectifs ne sont peut-être pas totalement antinomiques, mais ils posent sur le terrain des problèmes de cohérence et d'interprétation. En effet, certains agents se demandent si ces coopérations obligatoires ne seraient en fait avant tout des "restructurations déguisées" permettant la réalisation d'économies non seulement par la mutualisation des fonctions support, mais également par la fermeture de plateaux techniques dans les structures isolées.

Les auteurs du rapport Martineau-Hubert, conscients de cette possible confusion, rappellent l'articulation des objectifs de la réforme : *en priorité* une meilleure organisation du maillage territorial suivant une logique de gradation des soins, une finalité *secondaire* étant la recherche d'efficacité économique notamment grâce à la mutualisation des fonctions support (Encadré 8).

« Si nous avons la conviction que cette optimisation des organisations territoriales est de nature à générer des marges d'efficacité, cela ne doit en aucun cas devenir l'objectif prioritaire. Si tel était le cas, il y a fort à parier que les communautés hospitalières concentreront leurs efforts dans la mutualisation de leur blanchisserie plutôt que dans l'élaboration d'un véritable projet de prise en charge territorialisé.

Or, depuis le début de notre mission, nous avons eu l'occasion d'entendre des discours divergents, créant la plus grande confusion chez les acteurs hospitaliers. L'inscription des GHT dans le plan triennal d'économies contribue probablement à cette confusion. [...]

Il nous paraît primordial que le discours porté par tous les acteurs du système de santé intègre bien le fait que les GHT ne sont pas au service d'un objectif d'efficacité mais constituent plutôt une optimisation de l'organisation territoriale des soins hospitaliers au service d'une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. »

Encadré 8 - Extrait du rapport intermédiaire de la mission Martineau-Hubert, mai 2015 (pp. 42-43)

Enfin, un troisième type d'interrogation porte sur l'inscription de la réforme des GHT dans une **dynamique plus globale** qui pourrait aboutir à plus long terme à la fusion des établissements d'un groupement. Pour certains acteurs redoutant cette perspective, la réforme des GHT serait alors en quelque sorte un « cheval de Troie » vers la fusion. D'autres estiment que la réforme, en n'allant pas jusqu'à donner une personnalité morale aux GHT, est restée « au milieu du gué », et que l'adoption d'une mesure plus intégrative à moyen ou long terme

est inévitable et souhaitable. Ces points de vue diffèrent en fonction du profil des acteurs ou du positionnement de leur établissement (support ou périphérique).

▪ **Une opposition organisée autour de plusieurs acteurs**

En raison de ce flou et de ces inquiétudes est née une certaine forme de défiance vis-à-vis de la réforme et de ses promoteurs. Si la réforme des GHT a bien été mise en œuvre suivant le calendrier prévu, comme nous le verrons dans le chapitre 5, certaines réticences ont été formulées par certaines catégories d'acteurs dès la phase de conception de la loi. Nous ne les aborderons pas toutes, mais en voici quelques exemples :

- Certains Directeurs d'Hôpital s'interrogent sur l'évolution de leur métier dans le cadre de ces regroupements. En effet, même si cela n'est pas formulé ainsi par la loi, les directeurs des hôpitaux périphériques redoutent de passer sous la coupe de la direction des hôpitaux supports.²¹
- Les représentants de certains types d'établissements, comme les hôpitaux psychiatriques et les ex-CH locaux se sont inquiétés -via les associations les représentant- de la place des leurs établissements dans ces regroupements²².
- Enfin, les élus des communes dans lesquels sont situés les établissements « périphériques » se sont aussi montrés inquiets à propos de l'avenir de l'hôpital local, dont ils sont souvent à la tête du conseil de surveillance. Il faut dire que cette question est un enjeu majeur pour les élus locaux, l'hôpital public étant souvent le premier employeur de leur commune. Une concentration des activités et des effectifs sur les établissements supports poserait problème pour le développement et l'attractivité de ces bassins souvent enclavés.

La réforme est donc reçue diversement par des acteurs aux logiques parfois antagonistes. Cela revoie d'ailleurs aux multiples missions que l'on attend d'un hôpital public : atteindre un relatif équilibre financier, tout en produisant des soins de proximité pour tout le monde, en développant parfois une expertise médicale de pointe, et en créant des emplois.

Si l'on en juge par les inquiétudes formulées plus haut, ce qui fait défaut à propos de cette réforme est l'absence d'une vision claire de l'avenir de l'hôpital de proximité. Le modèle existant est-il menacé par la réforme ? Ou au contraire, la réforme vise-t-elle à le pérenniser ?

²¹ Un sondage IFOP (mai 2017) commandé par le Syndicat des managers publics de santé (SMPS) indique que dans les hôpitaux périphériques, 75% des directeurs ne voient pas de manière claire leur avenir au sein du futur GHT, et 43% pensent que leur fonction a perdu ou va perdre en intérêt, voire tout simplement disparaître.

²² Ainsi, l'Association Nationale des ex-CH locaux a souligné le risque que les GHT soient devenus « *des organisations centralisées, rigides et inefficaces* », dans lesquels ils perdraient leur autonomie (source : Hospimédia, 30 mars 2017).

SECTION 2

UN CADRAGE HYBRIDE, ENTRE PRESCRIPTION ET MISE EN RETRAIT DES TUTELLES

Dans cette section, nous décrivons les modalités de mise en œuvre de la réforme, et principalement les interactions tutelles/établissements telles que pensées par la puissance publique. Cette vision du rôle des tutelles a fait l'objet d'un débat lors de la rédaction du décret d'application de la réforme des GHT. Nous nous limitons ici à présenter la doctrine générale de mise en œuvre de la réforme : le processus de construction des GHT sur les trois terrains étudiés sera présenté en détail dans le chapitre 5.

La réforme se caractérise par un cadrage « hybride », entre prescription et liberté d'action, ce qui ajoute à l'incertitude entourant la mesure. En effet, l'adhésion obligatoire à un GHT, suivant un calendrier fixé, avec un certain nombre de mutualisations imposées, sont des contraintes fortes contrastant avec la grande liberté laissée quant à la détermination des périmètres et au contenu des projets médicaux. Les tutelles, peu directives lors de la mise en œuvre de la réforme, se limitent en réalité à jouer un rôle de médiateur plus que d'animateur lors de la construction des périmètres des groupements.

1. Une volonté de garder les tutelles en retrait malgré une réforme très prescriptive

■ Une réforme prescriptive...

Tout d'abord, la réforme est relativement contraignante pour plusieurs raisons :

- Son caractère obligatoire (seuls certains établissements ont reçu une dérogation de la part des ARS en raison de leur situation particulière) ;
- Son calendrier, qui impose par exemple aux établissements de se mettre d'accord sur les périmètres des regroupements seulement 5 mois après la promulgation de la loi ;
- Elle impose par ailleurs des mutualisations précises (voir le décret d'application, Annexe 5).

Selon la chargée de projet GHT à la DGOS, ces différentes contraintes garantissent que les GHT ne seront pas des coquilles vides, mais entraîneront bien de profondes transformations territoriales de l'organisation hospitalière : *« On ne crée pas seulement son élaboration par le biais d'un espace de discussion, de concertation, de diagnostic territorial, etc. mais on crée les conditions de sa mise en œuvre. Et c'est en ce sens que la mesure GHT a été construite, elle va actionner des leviers de droit, qui vont garantir que le PMP va être*

suivi d'effets. C'est par exemple [...] l'homogénéisation des outils de travail, comme les SI et les achats » (Extrait de l'entretien réalisé avec la chargée du projet GHT à la DGOS).

▪ **...Mais une forte autonomie laissée aux acteurs de terrain**

Les modalités de construction des GHT, et notamment la place des tutelles dans cette construction, ont fait l'objet d'un débat lors de la rédaction du décret d'application de la loi, au printemps 2016.

Les premières versions du décret d'application, jugées trop intégratives par la FHF, ont été édulcorées pour aboutir à une quatrième et dernière version publiée au JO le 27 avril 2016. Ainsi, le 19 février 2016, la FHF a publié un communiqué de presse dans lequel elle *« alert[ait] sur un risque de sur-réglementation et appel[ait] à une initiative politique du gouvernement pour sauver la réforme »*. La FHF estimait en effet que cette version du décret ne laissait pas suffisamment d'autonomie aux acteurs de terrain pour construire les GHT (Encadré 9).

« Les premières versions des décrets d'application des GHT transmises à la concertation témoignent d'un risque réel de dérive bureaucratique et technocratique allant à l'encontre de l'objectif premier de construction de parcours de soins. Alors que les établissements publics attendaient un signe fort de confiance, le Ministère de la santé leur répond par un projet de décret qui organise tout dans les moindres détails, privilégie une vision hiérarchique à une vision collaborative, ne laisse aucune marge d'initiative aux acteurs de terrain [...]. Cette tentation d'une sur-réglementation va à l'encontre de l'esprit de l'article 107 de la loi de santé qui laisse précisément des marges de manœuvre pour adapter les groupements hospitaliers de territoire à la diversité du réel et des situations locales. Enfin, ce projet de décret risque de bloquer les processus de changement déjà en cours sur le terrain, en soulevant chez les acteurs des questions qui semblaient réglées.

Pour la FHF, les GHT doivent être une opportunité de laisser aux acteurs de terrain l'initiative de la construction des projets médicaux partagés et d'inventer les organisations adaptées en les transcrivant dans des règlements intérieurs. En outre, les GHT doivent respecter les identités et les responsabilités de chaque établissement partie prenante, dans une logique gagnant-gagnant. C'est seulement à ces conditions que les GHT prendront tout leur sens, que les personnels hospitaliers et médico-sociaux y adhéreront et que les synergies pourront se construire. »

Encadré 9 - Extrait d'un communiqué de presse de la FHF (19 février 2016)

Plusieurs modifications ont donc été apportées au décret, assouplissant le calendrier de mise en œuvre de la réforme (par exemple, la finalisation du PMP est repoussée au 1^{er} juillet 2017, laissant aux établissements un an de plus que dans la première version), et donnant des orientations moins directives quant à l'élaboration du PMP. Dans son communiqué de presse

datant du 02 mai 2016, la FHF affirme être satisfaite de ces modifications mais rester vigilante à propos de plusieurs questions qui restent selon elle en suspens.

Le rapport final de la mission Hubert-Martineau (Encadré 10), tout comme les acteurs interrogés dans les ARS et à la DGOS après la publication de la dernière version du décret d'application, précisent leur conception du rôle des ARS dans la mise en œuvre du GHT. Ils soulignent la nécessité de laisser une autonomie significative aux acteurs de terrain dans la définition des périmètres des GHT, ainsi que dans le contenu des PMP.

« Autant il nous est apparu indispensable de rendre le dispositif obligatoire (comme l'a également revendiqué la quasi-totalité des interlocuteurs auditionnés), autant il nous semble incontournable de laisser l'opportunité aux responsables hospitaliers de se saisir de cet impératif. [...] L'un des écueils qui nous semble devoir être signalé serait de positionner la tutelle, qu'il s'agisse des directions d'administration centrale ou des ARS, en initiateur et animateur de la démarche.

Les ARS ne doivent pour autant pas être écartées. Elles devront bien être les garantes que les projets proposés par les établissements de santé seront cohérents avec le diagnostic et les orientations territoriales qu'elles portent par ailleurs. C'est à ce titre qu'elles auront un rôle de validation de la cartographie des GHT et des conventions constitutives incluant le projet médical partagé. Mais cela doit intervenir sur proposition des établissements de santé dont on attend qu'ils deviennent acteurs de leur devenir, dans des délais contraints. »

Encadré 10 - Extrait du rapport final de la mission Martineau-Hubert, mars 2016 (p.41)

Ainsi, les ARS devraient selon le rapport Martineau-Hubert non pas jouer un rôle d'initiateur ou d'animateur des dynamiques coopératives, mais un rôle de validateur devant assurer la pertinence globale des propositions émises par les acteurs de terrain. Plusieurs acteurs interrogés, conscients des limites de l'action top-down des ARS et du manque de légitimité qui peut être ressenti dans les établissements, indiquent que les périmètres doivent ainsi être définis de manière ascendante, sur la base d'un consensus des acteurs.

2. Les questions posées par cette mise en retrait des tutelles

Cette autonomie laissée aux acteurs de terrain n'est pas nécessairement perçue comme une mauvaise chose sur le terrain, mais elle rajoute à l'incertitude qui plane autour de la réforme. Elle pose en particulier les problèmes suivants :

- **Comment assurer une relative homogénéité de mise en œuvre de la réforme ?**

Les responsables des tutelles que nous avons rencontrés insistent sur le fait qu'il

n'existe pas de modèle unique de GHT qui pourrait être appliqué partout en France. Toutefois, le rapport final de la mission Martineau-Hubert (page 8) regrette la forte hétérogénéité observée dans la construction des GHT (nous y reviendrons dans le chapitre 5). En effet, certains GHT seraient trop gros pour permettre un réel dialogue et une gouvernance simple. A l'inverse, d'autres seraient de tailles trop réduites pour pouvoir permettre une réelle gradation des soins. Cette hétérogénéité pose problème selon les auteurs de ce rapport, et s'explique en partie par les confusions entourant les finalités de la réforme : *« Une telle variété s'explique non seulement par la diversité des territoires et de l'offre de soin installée, mais aussi par la compréhension très variable des attendus des GHT. »* (page 8)

▪ Quel accompagnement des établissements ?

Si les tutelles doivent donc théoriquement laisser une certaine autonomie aux acteurs de terrain, elles étaient chargées de produire une « boîte à outils » devant permettre de faciliter la mise en œuvre de la réforme en répondant à certaines interrogations récurrentes.

Un vademecum a été publié à cet effet en mai 2016 par la DGOS. Il rappelle les principaux objectifs de la réforme, ainsi que ses grandes modalités de mise en œuvre. Une « boîte à outils », régulièrement enrichie depuis, comporte aussi les documents suivants²³ :

- Un guide rédigé par l'ANAP sur la construction des PMP,
- Un guide méthodologique sur la mutualisation des fonctions achats,
- Un guide méthodologique « Stratégie, optimisation et gestion d'un système d'information convergent de GHT », etc.

Toutefois, comme nous le verrons plus loin, de nombreuses questions concrètes ne trouvent pas de réponse dans cette boîte à outils. En particulier, il n'existe pas de propositions de modèle économique permettant d'encadrer la mise à disposition de médecins entre établissements. Ce sujet, qui dépasse le simple cadre des GHT, est pourtant depuis la mise en place de la T2A une préoccupation majeure de nombreux acteurs hospitaliers. Il fait régulièrement l'objet de réflexions et de débats lors des séminaires hospitaliers organisés par la FHF.

▪ Quelle capacité réflexive des tutelles ?

Enfin, la mise en retrait des tutelles pose une troisième grande question, celle de leur capacité réflexive. En effet, quels moyens pourront utiliser les ARS et la DGOS pour connaître les expériences avancées tout comme les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des GHT ? Comment ainsi capitaliser et diffuser les « bonnes pratiques » ?

Par ailleurs, étant donnés les objectifs relativement vagues du texte de loi, quelle grille d'évaluation (critères, temporalité, etc.) de la réforme pourra être construite ?

²³ La « boîte à outils » proposée par la DGOS est accessible via le lien suivant : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

3. Conclusion de la section 2

Ainsi, cette mise en retrait des tutelles entraîne une série d'incertitudes. Mais elle laisse également une certaine souplesse aux acteurs de terrain pour expérimenter localement des organisations innovantes. Nous montrons dans la section suivante que cette perspective d'exploration est en réalité une des principales motivations des tutelles concernant la réforme des GHT.

SECTION 3 LES VERTUS DE L'AMBIGUÏTÉ : REGROUPER POUR EXPLORER

Dans cette section, nous précisons que cette souplesse encadrant la réforme a été voulue par le législateur pour faciliter sa mise en œuvre, et ainsi achever le pavage du territoire amorcé avec les communautés hospitalières de territoire. La question des finalités à atteindre est peut-être en réalité secondaire, la priorité étant pour la puissance publique de regrouper les structures hospitalières dans l'optique d'amorcer localement des dynamiques d'exploration de nouvelles organisations territoriales, et par ailleurs de gouverner différemment le maillage hospitalier, en dialoguant avec un nombre restreint d'interlocuteurs (136 GHT contre un millier d'établissements). Cette stratégie de l'Etat n'est pas sans rappeler la mise en place des intercommunalités (Delannoy, Rieu, & Pallez, 2004), dont la réforme des GHT s'inspire d'ailleurs en partie.

1. Une ambiguïté et une souplesse délibérément préservées par le législateur

Les données recueillies nous permettent d'affirmer que cette relative ambiguïté entourant les finalités et les conditions de mise en œuvre de la réforme reposent sur une volonté du législateur, bien que celui-ci avait dans un premier temps envisagé un cadrage plus directif. Quoi qu'il en soit, cette souplesse a au moins deux vertus.

Premièrement, elle a sans doute favorisé la mise en œuvre de la réforme, qui aurait probablement été plus complexe à appliquer si les ARS avaient par exemple décidé de manière descendante du périmètre des regroupements, ou si les exigences en matière d'intégration s'étaient davantage rapprochées d'une logique de fusion. De telles orientations auraient pu susciter davantage de résistances, comme nous l'ont souligné divers acteurs interrogés, aussi bien à la FHF que parmi les tutelles.

D'autre part, le rapport final de la mission Hubert-Martineau rappelle que cette souplesse repose sur la conviction qu'il est impossible d'imposer un modèle unique de GHT. La marge de manœuvre accordée permet donc également d'expérimenter de nouvelles modalités d'organisation territoriale de l'offre de soins (Encadré 11).

« Nous avons la conviction qu'il faut laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance. Cette souplesse passe par le fait qu'il ne doit pas y avoir de modèle unique de GHT, notre tour des régions nous a convaincu, s'il en était besoin, de la diversité des territoires. Cela passe aussi par un droit à l'expérimentation dans les modèles retenus. Cela passe enfin par des organisations innovantes en matière de partage des responsabilités »

Encadré 11 - Extrait du rapport final de la mission Hubert-Martineau, mars 2016 (p.4)

2. Une réforme basée sur une triple volonté

Ainsi, la réforme des GHT, qui repose en apparence sur un objectif relativement vague, révèle plusieurs ambitions de la part du législateur, dans un contexte de fortes contraintes pour les établissements hospitaliers.

Premièrement, il s'agit d'achever le maillage du territoire, qui avait été amorcé avec les précédents dispositifs de coopération comme les CHT. Les GHT, en imposant désormais la coopération, oblige à faire dialoguer des structures qui ne le faisaient pas jusqu'à présent. Il s'agit donc **d'amorcer ou d'accélérer des dynamiques de rapprochement**.

Deuxièmement, la réforme, par son cadrage relativement souple, a pour ambition de **favoriser la réalisation d'expérimentations** de nouveaux modèles d'organisation territoriale de l'offre de soins.

Une troisième ambition, que nous n'avons pas caractérisée jusqu'à présent, correspondrait à la volonté du législateur de **transformer les relations entre les tutelles et les établissements**. Cela passerait par un déplacement de cette interface : au lieu de piloter des établissements, les tutelles dialogueraient directement avec des GHT. Cette évolution induirait donc une diminution du nombre d'interlocuteurs pour l'Etat, passant de 1000 établissements à 136 GHT. Il s'agirait en quelque sorte d'une volonté de piloter à distance, les GHT étant considérés comme une "boite noire" dans laquelle l'ARS n'interviendrait pas. L'ambition sous-jacente, partant du constat des limites de l'action des ARS, serait d'aboutir à un nouveau modèle de planification de l'offre hospitalière, qui serait définie à l'intérieur des frontières du GHT, l'ARS n'intervenant que pour dialoguer avec le GHT comme entité autonome.

C'est en tout cas le point de vue défendu par le directeur de l'offre de soins que nous avons rencontré dans une ARS : « Moi je considère que la planification, le gosplan soviétique, ça a montré toutes ses limites, et que ça ne sert strictement à rien. Surtout que si on veut que le SROS ou le PRS soit adopté avec des avis à peu près favorables de tout le monde, il faut tout édulcorer. Donc je me dis qu'un bon SROS, c'est celui que les acteurs s'approprient et mettent en œuvre, sinon ça ne sert à rien ! Je me dis que [les GHT] ça va être une démarche de terrain, on va avoir nos 11 territoires, et à partir des PMP finalement on va déduire de manière très logique combien il doit y avoir de sites de médecine, d'obstétrique, de chirurgie, etc. Alors nous on va un peu plus loin, c'est-à-dire qu'on est convaincu que les autorisations doivent être données par territoire, et pas par site. Je

m'explique : je considère par exemple que pour le GHT X, on va donner une autorisation de chirurgie, et à charge pour l'équipe commune de chirurgie de mettre en œuvre cette autorisation sur les différents sites. Et que ce qui compte, c'est le respect technique de cette autorisation, donc la qualité des soins, on ne va pas dire d'emblée que telle structure doit être ouverte ou fermée [...]. Donc pour faire court, ce sont les GHT qui font la planification, plus les ARS. » (Extrait d'entretien réalisé avec le directeur de l'offre de soins d'une ARS).

L'objectif précis de la réforme passe donc finalement au second plan derrière cette série de finalités. On pourrait ainsi considérer que l'Etat explore lui-même de nouvelles façons de gouverner le paysage hospitalier, sans avoir de vision clairement définie de l'action qu'il souhaite mener à long terme. Nous reviendrons sur cette idée dans la discussion de la thèse (chapitre 7).

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

LES GHT, DES ESPACES D'EXPLORATION DE NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

Ainsi, le cadre souple de la réforme permet de laisser des marges de manœuvre aux acteurs de terrain, qui peuvent se lancer dans des dynamiques d'exploration collective. C'est la raison pour laquelle nous considérons les GHT comme **des partenariats d'exploration**, dont la création a été imposée par l'Etat.

1. Une ambiguïté plaçant les établissements dans des situations d'exploration

La souplesse de la réforme des GHT place les établissements dans une situation d'exploration collective pour plusieurs raisons. Contrairement aux partenariats d'exploration étudiés par Segrestin (2003), les GHT ont la particularité d'être imposés par un tiers, en l'occurrence l'Etat, qui fixe un cadre global mais laisse une grande autonomie aux acteurs de terrain.

Premièrement, ces groupements se construisent sans avoir au préalable définis d'objectifs précis et partagés, les objectifs généraux définis par la loi étant eux-mêmes relativement vagues. Les finalités de chaque groupement restent donc à concevoir.

Par ailleurs, les relations sont souvent précaires entre des acteurs qui ne se connaissent que peu, et qui se méfient les uns des autres en raison du caractère asymétrique des coopérations.

Enfin, ces coopérations se construisent autour d'objets nouveaux, mal maîtrisés, pour lesquels les savoirs nécessaires à leur appréhension ne sont pas immédiatement accessibles. Ce sont des objets qui renvoient à des domaines d'activités peu concernés par les coopérations jusqu'à présent. Tous ces objets sont pour l'instant mal maîtrisés par les acteurs de terrain,

mais également par les tutelles elles-mêmes, qui peinent parfois à orienter leur mise en place. Leur définition est en effet fluctuante, les acteurs manquent d'outils pour les appréhender, et ces objets supposent de reconcevoir les relations entre les parties prenantes du territoire. Voici quelques exemples de ces multiples objets de gouvernement ou de coopération, sur lesquels nous reviendrons dans le chapitre 6 :

- Le **GHT** en lui-même : comment le définir, comment le piloter ?
- Les **projets médicaux partagés** : de quoi s'agit-il ? Qu'est-ce qu'on doit en attendre ? Comment les constituer ?
- Les **parcours** : là encore, de quoi s'agit-il ? Quelle distinction avec l'organisation par filière, par discipline, par séjours ? Quel est l'impact organisationnel de cette logique de parcours ? Quelles évolutions entraîne-t-elle pour les professionnels ?
- Le **territoire** : Comment définir et répondre aux besoins du territoire du GHT ?
- Les **équipes médicales de territoire** : comment mettre en place cette organisation territoriale, qui correspond à une des attentes du législateur²⁴ en matière de coopération ?

2. Les défis de l'exploration collective dans les GHT

Si la nécessité de coopérer est reconnue par tous, la manière de conduire cette coopération est tout sauf évidente, en raison des multiples incertitudes qui entourent la mise en œuvre de la réforme. Les membres d'un GHT font en réalité face à un double défi.

Premièrement, il s'agit de construire un **cadre de cohésion**, c'est-à-dire de définir un système de légitimité permettant de déclencher l'action collective autour d'un intérêt commun. Cette cohésion, comme on le verra, ne préexiste pas nécessairement.

La deuxième vocation des GHT est de **qualifier les objets de l'action collective** sur lesquels bâtir la coordination. Cette deuxième dimension est également à construire étant donné que les objectifs précis d'un GHT ne sont pas définis précisément par la loi et que la coopération nécessite l'appréhension d'objets mal maîtrisés.

Il s'agit donc de mener un double processus de conception, de manière simultanée et itérative.

L'objectif du **chapitre 5** sera, sur la base de la description chronologique de la constitution des trois groupements étudiés, d'identifier plus précisément les difficultés rencontrées dans la construction d'un cadre de cohésion et dans la définition des objets de l'action collective.

Puis dans le **chapitre 6**, nous étudierons les premières orientations qui se dégagent de cette exploration collective autour de nouveaux objets de coopération, ainsi que les outils de gestion qui viennent leur donner corps.

²⁴ Le Rapport Intermédiaire de la mission Hubert-Martineau l'indique explicitement page 29.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 4

Dans ce chapitre, nous avons décrit plus précisément la réforme des GHT, les intentions du législateur, et la manière dont cette transformation est pilotée par la puissance publique.

Dans un premier temps (**section 1**), nous sommes revenus sur la genèse de la réforme et sur les objectifs qui sont assignés à ces GHT. Nous avons souligné le flou apparent de ces objectifs, qui ne sont pas simples à traduire de manière opérationnelle : plusieurs interprétations en partie antagonistes en sont faites sur les terrains étudiés.

Dans la **section 2**, nous avons ensuite décrit les modalités de mise en œuvre de la réforme et particulièrement les interactions tutelles/établissements telles qu'elles ont été conçues par le législateur. La réforme se caractérise par un cadrage « hybride », entre prescription et liberté d'action. Les tutelles, peu directives lors de la mise en œuvre de la réforme, se limitent en réalité à jouer un rôle de médiateur et de validateur plus que d'animateur lors de la construction des périmètres des groupements. Cette prise de distance des tutelles ajoute à l'incertitude entourant la réforme, puisque les acteurs de terrains détiennent une grande autonomie pour la mettre en œuvre, sans avoir d'orientations précises.

Toutefois, dans la **section 3**, nous avons précisé que cette souplesse encadrant la réforme a été voulue par le législateur pour faciliter sa mise en œuvre, et ainsi achever le pavage du territoire amorcé avec les communautés hospitalières de territoire. La question des finalités à atteindre est peut-être en réalité secondaire, la priorité étant pour la puissance publique de regrouper les structures hospitalières dans l'optique d'amorcer localement des dynamiques d'exploration de nouvelles organisations territoriales, et par ailleurs de gouverner différemment le maillage hospitalier, en dialoguant avec un nombre restreint d'interlocuteurs (136 GHT contre un millier d'établissements).

Ainsi, le cadre souple de la réforme permet ainsi de laisser des marges de manœuvre aux acteurs de terrain, qui peuvent se lancer dans des dynamiques d'exploration collective. C'est la raison pour laquelle nous considérons les GHT comme des partenariats d'exploration, émergeant dans le cadre de relations souvent précaires, autour d'objets relativement flous, et dont les objectifs sont définis de manière progressive. Cette exploration entraîne un certain nombre de défis à relever, puisqu'il s'agit simultanément pour les acteurs de terrain, avec un appui distant des tutelles, de concevoir un cadre de cohésion, afin de réunir les conditions de l'action collective, et d'identifier les objets sur lesquels la coordination sera bâtie.

CHAPITRE 5

LA CONSTITUTION DES GHT: DES MODÈLES DIFFÉRENCIÉS FACE AUX DÉFIS DE L'EXPLORATION COLLECTIVE

INTRODUCTION

L'objet de ce chapitre est de présenter le processus de construction des GHT sur les trois terrains étudiés, afin de montrer comment le collectif d'action se forme, les stratégies qui sont déployées pour orienter les dynamiques d'exploration, et les formes hétérogènes que ces regroupements prennent.

La série de question que nous souhaitons ici étudier concerne la **construction des GHT** par les acteurs de terrain, en réaction au stimulus imposé par l'Etat :

- Comment ces groupements se constituent-ils ?
- Comment peut-on décrire les trajectoires d'exploration et caractériser les modèles-types de GHT qui semblent se dessiner ?
- Comment se construit la cohésion entre les membres d'un GHT, par le biais de quelles stratégies ? Quels sont les principaux obstacles à cette cohésion ?

Nous décrivons dans la **section 1** comment les périmètres des GHT ont été construits sur les trois terrains étudiés, à travers la description de *trajectoires d'exploration*, en relatant chronologiquement l'évolution des jeux d'acteurs. Nous montrons que ces trajectoires de coopération sont souvent sinueuses, et que la cohésion du collectif est loin d'être une évidence a priori. Nous tentons de caractériser l'ensemble des acteurs en fonction de leur degré d'engagement au processus de rapprochement inter-hôpitaux.

Dans la **section 2**, nous synthétisons les principales causes de la précarité des cadres de cohésion, avant de comparer les stratégies adoptées par les acteurs porteurs de la dynamique de rapprochement pour tenter de fédérer le collectif.

Enfin, nous montrons qu'en raison du cadrage souple de la réforme, sa mise en œuvre est hétérogène : on semble ainsi se diriger vers plusieurs modèles hétérogènes de GHT que nous exposons dans la **section 3**.

Encadré méthodologie

Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur les données recueillies sur les trois terrains étudiés : les GHT 21-52, Nord-Essonne et Bouches-du-Rhône. A partir des entretiens réalisés avec les managers et médecins hospitaliers, des observations effectuées dans des réunions stratégiques en matière de coopérations inter-hôpitaux, nous avons souhaité étudier l'implémentation de la réforme, en se focalisant dans ce chapitre sur le *processus de construction des GHT*. Nous avons pu recueillir suffisamment d'informations pour établir trois « narrations » (Dumez, 2016) des processus de construction des groupements, mettant en évidence une succession de phase de rapprochements et de tensions. Nous avons ensuite dressé une cartographie des différents modèles de GHT qui semblent se dégager.

SECTION 1

LA CONSTRUCTION DES PÉRIMÈTRES DES GHT : DES TRAJECTOIRES DE COOPÉRATION SOUVENT SINUEUSES

Nous décrivons dans cette section comment les périmètres des GHT ont été construits à travers la description de *trajectoires d'exploration*, en relatant chronologiquement l'évolution des jeux d'acteurs. Nous nous appuyons pour ce faire sur les entretiens réalisés, mais également sur les observations effectuées, particulièrement révélatrices des oppositions et recherches de compromis entre partenaires. L'incertitude sur les objectifs à atteindre a en effet entraîné des inquiétudes et des conflits, notamment entre établissements « supports » et « périphériques », ce qui a posé problème au moment de la constitution des périmètres des GHT. La construction de la coopération inter-établissements s'est donc dans un premier temps caractérisée par une phase d'émergence, avec des jeux d'acteurs complexes, suivie d'une phase de stabilisation et de consolidation des collectifs. Des périmètres « départementaux » ont souvent été retenus par simplicité, permettant d'aboutir à un relatif consensus politique, bien que ces délimitations ne soient pas toujours un reflet fidèle des flux de population et des habitudes de coopérations médicales sur le territoire.

La description de cette phase de construction des GHT nous permet de montrer l'émergence d'un cadre de cohésion souvent fragile entre les acteurs, alors que les objectifs de la coopération ne sont pas nécessairement clairs au début des partenariats.

1. Le casse-tête des périmètres : comment construire le T du GHT ?

Entre la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé et la date du 1^{er} juillet 2016, tous les établissements hospitaliers de France ont eu moins de six mois pour établir les périmètres des GHT. Ce délai est assez court, étant donné l'impact potentiel de la réforme sur la transformation du tissu hospitalier. Il a été choisi, sous pression notamment de la FHF, afin de pousser les établissements à accélérer les dynamiques de rapprochement et de ne pas « laisser traîner » l'application de la réforme. Selon le délégué général de la FHF, cette date fatidique du 1^{er} juillet était selon un choix arbitraire, qui ne reposait en réalité sur aucune contrainte particulière. C'est cependant grâce à ce délai réduit que le découpage du territoire a d'après lui pu être effectué.

La question des critères de constitution des GHT s'est posée assez tôt, avant même la promulgation de la loi. Dans l'ensemble, une grande autonomie a été laissée aux acteurs de terrain pour déterminer les périmètres qu'ils souhaitaient. Quelques recommandations nationales ont été émises : par exemple, la mission ministérielle Martineau-Hubert préconisait de construire des GHT dont la taille était suffisamment réduite pour que les déplacements de médecins et de patients ne dépassent pas 1 heure entre l'établissement support et les

établissements périphériques²⁵. Le groupe de travail « Recompositions Hospitalières », missionné par la DGOS et piloté par le Pr Vigneron, spécialiste des questions de géographie de la santé et d'aménagement du territoire, a donc sur cette base proposé une carte censée décrire la situation « optimale » en termes de couverture territoriale, et qui aurait abouti à la constitution d'environ 150 GHT (Vigneron & Haas, 2016)²⁶. Comme nous le verrons, les GHT effectivement constitués ne correspondent pas nécessairement aux résultats de cette simulation.

En dehors de la question de la distance entre établissements, plusieurs critères ont localement pu être évoqués lors des entretiens effectués avec les représentants des tutelles et les managers hospitaliers. Il est intéressant de constater que ces différents critères sont parfois antinomiques, et correspondent à des logiques d'acteurs différentes, mais aussi à des conceptions hétérogènes de ce que doit être un GHT. Plusieurs éléments ont ainsi été évoqués :

- La poursuite de dynamiques de rapprochement déjà amorcées par le passé. Par exemple, une CHT pouvait être reconduite et transformée en GHT, ce qui était suggéré mais pas rendu obligatoire par la loi.
- La constitution d'un GHT suffisamment autonome, c'est-à-dire ayant une taille critique telle que sa gamme d'activités et d'équipements lui permette d'organiser presque à lui seul une gradation des soins territoriale, et de dégager des économies d'échelles importantes.
- Au contraire, la constitution d'un GHT autour d'un noyau dur suffisamment cohérent de deux ou trois établissements, quitte à ensuite associer différents cercles concentriques pour organiser cette gradation des soins.

Nous verrons plus bas, sur la base de nos études de cas, autour de quels critères et suivant quelles logiques d'acteurs les trois GHT étudiés ont été constitués. Au niveau national, suite à l'adoption des périmètres à l'été 2016, la FHF a établi une cartographie des 136 GHT de France (Figure 6). Nous pouvons tirer de cette carte les premiers enseignements suivants :

- Il est frappant de constater l'hétérogénéité en taille des périmètres retenus. Ainsi, il existe de petits GHT, que ce soit en nombre d'établissements (2 pour le GHT Nord 91), en surface ou en population couverte (le GHT 04, qui couvre selon l'ARS PACA environ 200 000 habitants). Ces petits GHT ne sont pas tous autonomes en termes d'activités et d'équipements: ils ne peuvent construire une réelle gradation des soins qu'en relation avec les GHT voisins, et notamment avec le CHU le plus proche. Par ailleurs, il existe de gros GHT, en nombre d'établissements (une vingtaine pour le GHT de la Loire par exemple), de surface (le GHT du Limousin regroupe tous les établissements de l'ancienne région), ou de population couverte (par exemple, le GHT 13, qui couvre selon l'ARS PACA près de 2 millions d'habitants).

²⁵ Rapport intermédiaire de la mission Martineau-Hubert, page 19, mai 2015

²⁶ Cette carte a été publiée en mars 2016 dans la revue « Gestions Hospitalières » (voir bibliographie).

- Un autre élément marquant est que ces GHT ont été construits sur la base de découpages qui ont souvent du mal à s'affranchir des frontières administratives. Ainsi, on observe de nombreux GHT « départementaux ». Par ailleurs, il n'existe qu'un seul GHT à cheval sur deux régions, alors que l'on pourrait penser qu'il serait parfois pertinent de ne pas s'arrêter aux frontières régionales: il s'agit du GHT 21-52, un de nos terrains d'étude.
- Enfin, quand on s'intéresse à la transformation des anciennes CHT, on constate qu'elles ont souvent, mais pas systématiquement, été converties en GHT.

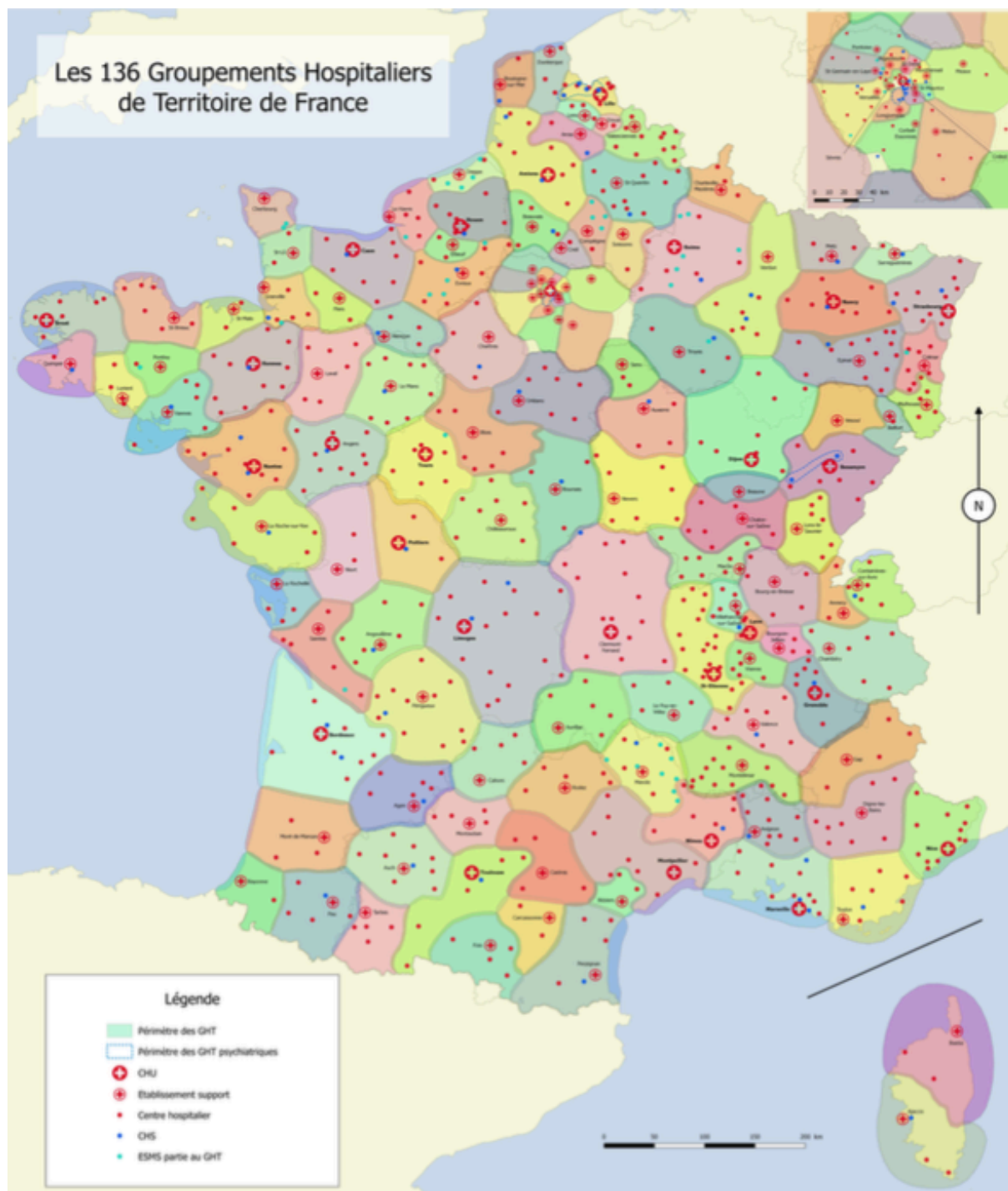


Figure 6 - Carte des 136 GHT de France (Source : FHF²⁷)

Cette première description des périmètres montre l'hétérogénéité de la mise en œuvre de la réforme au niveau territorial. Au delà de ce constat, qui n'est pas en soi nécessairement problématique, il convient surtout de s'intéresser à l'existence ou en tout cas à la construction d'une certaine cohésion entre les établissements d'un groupement. C'est la raison pour

²⁷ Carte réalisée pour la FHF par Cécile Gauthiez, doctorante en géopolitique de la santé à l'Institut Français de Géopolitique de l'Université Paris VIII.

laquelle nous nous proposons d'analyser plus spécifiquement le processus de constitution des périmètres sur les trois terrains étudiés, à travers trois narrations. **Nous montrerons ainsi que, en l'absence d'objectifs clairs sous-tendant ces rapprochements, la cohésion est a priori loin d'être une évidence parmi ces GHT.** Nous ferons ensuite une synthèse transversale sur les logiques d'acteurs observées sur ces trois terrains.

2. Le GHT 21-52 : Construire la coopération à partir d'une feuille blanche

Commençons par décrire la constitution du GHT 21-52. Nous pouvons distinguer trois grandes phases. Avant 2015, il existait quelques rares expériences de coopérations entre les établissements. Le début des réflexions sur la constitution du GHT remonte à avril 2015.

A. Avant 2015 : quelques rares antécédents de coopération

S'il n'y avait pas de coopération de grande envergure (de type CHT) rassemblant auparavant ces neuf établissements, il existait toutefois depuis plusieurs années quelques antécédents de rapprochements, aussi bien d'un point de vue médical qu'administratif. Ainsi, en 2014, une Fédération Médicale Inter-Hospitalière a été créée afin de créer des synergies entre les services d'Urgences du département de la Côte d'Or. Quelques rapprochements de natures variées ont été menés par ailleurs, comme la fusion des hôpitaux de Châtillon et de Montbard et l'instauration d'une direction commune entre les hôpitaux de Dijon et d'Auxonne. Ces rapprochements ont souvent été associés à des fermetures de services (urgences, maternité, chirurgie). Quant aux hôpitaux du sud de la Haute-Marne (Chaumont et Langres), ils avaient noué un projet de constitution d'une CHT avec le CH de Troyes, qui n'a pas abouti, avant de se rapprocher désormais du CHU de Dijon.

B. Avril 2015 – Printemps 2016 : les débuts de la démarche de rapprochement

▪ *La construction des GHT en région Bourgogne-Franche-Comté*

La construction des GHT sur cette région a posé de multiples enjeux, en raison de l'articulation à redéfinir entre les deux CHU de cette nouvelle région, Besançon et Dijon, mais également du caractère relativement excentré de Dijon à l'échelle de la Bourgogne (Nevers est par exemple situé à 3 heures de route de Dijon), posant la question des liens avec les CHU de Lyon, Paris et Clermont-Ferrand.

Comme le souligne le directeur de l'offre de soins de l'ARS, la tutelle régionale a ici joué un rôle de validation, mais pas réellement d'animation, laissant aux acteurs l'initiative de déterminer les périmètres qu'ils jugent les plus pertinents. L'agence a également agi ponctuellement en coulisses en tant que médiateur, afin de résoudre certains conflits d'ordre politique lors des votes des instances quant à l'adoption des conventions constitutives des

GHT. Douze GHT de tailles variables ont ainsi été formés à l'échelle de la région Bourgogne-Franche-Comté.

▪ **Le cas du GHT 21-52**

Revenons au cas précis du GHT 21-52. Les réflexions sur la constitution de ce GHT ont débuté en avril 2015, avant la promulgation de la réforme donc, à l'origine entre les directeurs généraux des établissements. Une première proposition de périmètre est apparue assez naturellement : il s'agissait de rassembler tous les établissements du département de la Côte d'Or, auxquels seraient associés les trois établissements du sud du département de la Haute-Marne. Pour ces derniers, à la croisée des chemins entre Troyes, Nancy et Dijon, le choix a été assez rapidement fait de rejoindre le GHT du CHU de Dijon, étant donnée l'existence de flux de population et de patients assez naturels vers cette ville. L'hypothèse d'un GHT autonome avait été rejetée en raison des grandes difficultés financières et démographiques rencontrées par ces établissements, qui souhaitaient obtenir l'appui d'une autre structure. Le propos suivant est assez révélateur du raisonnement effectué :

« Alors il faut savoir que quand j'ai repris l'établissement, l'ARS avait engagé des travaux avec ma collègue qui avait fait l'intérim sur trois pistes de raccrochement, une piste avec Troyes, une piste avec Nancy et une piste avec Dijon. Et quand moi je suis arrivé mi-mars 2015, j'ai pris mon bâton de pèlerin et je suis allé voir mes collègues de Troyes, de Nancy et de Dijon. Et à l'issue de ces échanges et de la consolidation des chiffres, nous avons souhaité retenir Dijon, et Dijon a confirmé son intérêt de notre attachement à eux. [...] Parce que les flux vont tous à Dijon ! Il faut savoir que si vous regardez les flux de population, la population du Sud Haute Marne va sur Dijon, pour faire ses courses, ses études, et ainsi de suite. [...] Donc moi ça m'intéressait d'aller avec Dijon, et Dijon ça les intéresse parce que Dijon attire les patients du sud haute Marne, mais comme il n'y avait pas d'organisation réelle avec les établissements, il y avait souvent des problèmes de parcours. »
(Extrait de l'entretien réalisé avec le directeur général du CH de Chaumont)

En novembre 2015, une directrice d'hôpital a été nommée chargée du projet GHT, afin de piloter l'ensemble des travaux relatifs à l'élaboration de la convention constitutive et du projet médical du GHT. Un appel d'offres a été émis afin de recourir à un cabinet de conseil, toujours dans le but d'amorcer les réflexions sur la constitution du PMP. Il faut dire qu'à cette époque, le texte de loi prévoyait que les PMP devaient être conçus pour le 1^{er} juillet 2016. Finalement, le décret d'application a repoussé cette échéance d'un an, ce qui fait que le GHT de Dijon s'est vite retrouvé en avance sur les attentes du législateur.

Dès janvier 2016 ont été organisés les premiers groupes de travail et les premières réunions du Comité Stratégique du GHT. Ceci a permis aux différents acteurs du groupement de faire connaissance, et d'identifier progressivement des axes de travail à constituer.

C. Printemps 2016 : L'apparition de premières tensions

Si, durant ces premiers mois de coopération, les relations entre les acteurs semblaient globalement apaisées, quelques tensions ont progressivement commencé à apparaître. Elles se sont multipliées durant les derniers jours précédant la validation des périmètres, c'est-à-dire en juin 2016. Une illustration marquante de ces tensions est la sortie du CH de Beaune du GHT, épisode qualifié de « *Beunexit* » par certains acteurs²⁸.

Les raisons invoquées pour justifier cette sortie du partenariat ne concernent pas véritablement l'aspect médical, le PMP en cours de rédaction étant jugé positivement par les communautés médicales. C'est davantage l'aspect administratif et budgétaire qui a motivé ce choix, avec une série d'incertitudes portant sur le devenir du patrimoine particulièrement riche des Hospices Civils de Beaune (musée, vignobles, etc.).

L'extrait suivant du quotidien local « Le Bien Public » (Figure 7) montre l'opposition forte du maire de Beaune au projet d'adhésion de l'établissement de sa commune au GHT 21-52. L'élus local estime que le CH de Beaune a déjà réalisé des efforts importants de recomposition de l'offre de soins, à travers la fusion avec les structures voisines (Nuits-Saint-Georges notamment).

BEAUNE SANTÉ

Touche pas à mon hôpital !

L'hôpital de Beaune va-t-il passer sous administration directe du CHU de Dijon, alors qu'il a déjà fusionné avec Arnay-le-Duc, Seurre et Nuits-Saint-Georges ?

L'Agence régionale de santé (ARS) préconise de créer un Groupement hospitalier de territoire (GHT), incluant l'hôpital de Beaune, autour du CHU de Dijon.

Vive réaction du député-maire de Beaune, Alain Suguenot, également président des Hospices civils, qui estime que rien dans la loi n'oblige à une telle fusion : « Les Hospices civils de Beaune ont, ces dernières années, mis en œuvre une logique volontaire et dynamique d'intégration et de réorganisation avec les établissements d'Arnay-le-Duc, Seurre et Nuits-Saint-Georges ».



■ L'hôpital, qui emploie sept cents salariés, a investi grâce aux revenus de son domaine viticole et a toujours cultivé son indépendance Photo archives LBP

RÉACTION



■ Photo archives Ph. BRUCHOT

« Un mépris total des élus »

Alain Suguenot, président des Hospices civils

« Sur la forme, l'organisation même des réunions de travail se fait dans le mépris total des élus, puisque l'on oublie de les convier dans les règles. Sur le fond, le représentant de l'État impose ses décisions sans prendre le temps d'analyser les dossiers. »

Figure 7 - Extrait du journal "Le Bien Public"

Dans ce journal local, le maire de Beaune annonce refuser que les Hospices Civils de Beaune rejoignent le GHT de Dijon.

²⁸ Hasard du calendrier, cet événement s'est produit quelques jours après le vote en faveur du « Brexit » au Royaume-Uni.

L'ARS, dans l'urgence de la situation, a accordé une dérogation provisoire au CH de Beaune, dont le sort est ainsi resté plusieurs mois en suspens. Elle a demandé la constitution d'une mission chargée d'étudier les différentes alternatives susceptibles d'être adoptées. Cette mission a établi deux scénarios : l'adhésion malgré tout au GHT 21-52, et la création d'un GHT indépendant, avec les quelques ex-hôpitaux locaux voisins. Une solution intermédiaire a finalement été mise en avant : la constitution d'un GHT Beaunois avec une convention de partenariat avec le GHT 21-52, passant par la rédaction d'un projet médical commun aux deux GHT. La gouvernance du GHT de Beaune reste distincte, et l'autonomie budgétaire des Hospices Civils est ainsi préservée.

D. Été 2016 – Été 2017 : Validation du GHT, poursuite des réflexions sur le PMP

Le GHT 21-52 a donc officiellement été constitué mi-2016. Depuis, les travaux autour de la constitution du PMP ont continué à se dérouler tout au long de l'année 2016-2017, jusqu'à la finalisation d'un document sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 6. Par ailleurs, comme la loi l'imposait, des partenariats ont commencé à être formalisés avec les autres GHT de Bourgogne, notamment en ce qui concerne les activités de recours et la gestion de la démographie médicale.

3. Les GHT 13 et 04 : l'échec des expériences de coopération précédentes

Si la constitution du GHT 21-52 a pu paraître un peu mouvementée en raison de certaines résistances des acteurs locaux, la situation a été encore plus délicate en région PACA, autour des GHT 13 et 04.

A. La CHT Pays Provençal, première tentative de construction et de formalisation d'un collectif inter-hôpitaux (2011 – 2015)

Comme indiqué dans le chapitre 3, à l'origine de l'étude, nous nous étions intéressés à la CHT Pays Provençal. Celle-ci a été constituée en décembre 2011 entre les hôpitaux d'Aix, de Pertuis, de Salon, de Manosque et de Digne, à cheval sur une partie des départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes de Haute-Provence.

En janvier 2012, les hôpitaux d'Aix et de Pertuis ont fusionné, ce qui, après une période de méfiance de la part de certains acteurs, a finalement été bien accepté. Nous avons interrogé deux médecins du CH de Pertuis, qui sont convaincus des bénéfices tirés de la fusion sur la pérennité de l'hôpital de Pertuis, auparavant menacé en raison de sa situation financière et de sa démographie médicale sinistrée (voir le propos ci-dessous).

« Je pense que nous sommes les garants de l'utilisation de l'argent public, et que nous avons un devoir de faire en sorte qu'il soit bien utilisé. Et donc mutualiser, utiliser au mieux,

faire au mieux. Et je pense que la fusion, c'est une des façons de faire au mieux. » (Extrait d'entretien réalisé avec un médecin du CH de Pertuis).

En 2012, la direction par intérim de l'hôpital de Digne a été confiée par l'ARS au directeur général du CH d'Aix-en-Provence. Ceci a finalement abouti à la création d'une direction commune entre ces deux établissements, c'est-à-dire que le CH de Digne conserve son autonomie juridique et financière, mais que sa stratégie est désormais pilotée par le directeur général du CH d'Aix. Cette situation a entraîné des réactions mitigées de la part de la communauté médicale du CH de Digne, craignant qu'une partie de son activité ne soit absorbée par le CH d'Aix.

Un Projet Médical de Territoire (équivalent du PMP pour les CHT) a été élaboré en décembre 2013. Nous avons pu l'analyser : il comportait sur l'ensemble des spécialités un certain nombre de mesures de coopérations concrètes qui passaient principalement par le partage de ressources médicales entre le CH d'Aix et les autres établissements. Nous avons ainsi pu interroger plusieurs chirurgiens (ORL, urologues, etc.) du CH d'Aix réalisant des consultations avancées et des interventions dans des structures périphériques.

Si la coopération a émergé dans un contexte relativement apaisé, de premières tensions ont rapidement commencé à apparaître. Les communautés médicales des établissements périphériques, et leurs directions estimaient (parfois à demi-mot) que le CH d'Aix était en position hégémonique et cherchait à « faire son marché » en recrutant de la patientèle dans les établissements périphériques²⁹, afin d'alimenter l'activité de ses services. Des stratégies de contournement de la coopération au sein de la CHT ont parfois été mises en place dans ces établissements, afin de ne pas devenir "dépendants" du CH d'Aix, en développant des coopérations et des filières d'adressage avec d'autres établissements du territoire. Notons qu'à l'époque, la coopération à l'échelle de la CHT était pilotée à l'aveugle, sans se fonder sur des outils concrets de suivi des effets des stratégies mises en œuvre.

B. La transition CHT-GHT, une période conflictuelle (Été 2015 – Été 2016)

▪ ***La construction des GHT en région PACA***

A partir de l'année 2015 s'est posée la question de la constitution des GHT sur le territoire de la région PACA. L'Agence Régionale de Santé a dans un premiers temps souhaité laisser l'initiative aux acteurs de terrain :

« En fait, aujourd'hui, l'impulsion, ça vient du territoire. Donc on laisse les établissements s'entendre entre eux et proposer quelque chose, et on rappellera que les

²⁹ Un médecin interrogé dans un des établissements périphériques de la CHT s'exprimait ainsi à ce sujet : *« Le CH d'Aix cherche donc à mettre en place une stratégie de développement de ses parts de marché, pour faire tourner son service. Cela me gêne par rapport à leur discours de partage de l'activité ».*

propositions doivent être conformes aux objectifs des GHT, c'est-à-dire une offre de soins graduée sur un territoire, permettant la sécurisation des soins, et la qualité du service rendu. » (Extrait de l'entretien réalisé avec un membre de la direction de l'offre de soins à l'ARS PACA, déc. 2015)

Certains acteurs hospitaliers interrogés ont d'ailleurs regretté un « manque d'initiatives » de l'ARS quant à la détermination des périmètres. C'est finalement la FHF régionale qui a proposé différents scénarios, sur la base de consultations après de ses adhérents, comme nous le verrons précisément plus bas avec l'exemple de la transformation de la CHT Pays Provençal. Ces scénarios ont ensuite été validés par l'ARS PACA. En juillet 2016, 6 GHT ont donc été constitués dans la région, reprenant les contours de ses six départements. Il s'agit probablement d'une solution de facilité permettant de ne pas entrer dans des conflits difficiles à résoudre sur la détermination d'un établissement support³⁰, bien que ces périmètres ne fassent pas toujours l'objet d'un parfait consensus.

▪ *Le cas du devenir de la CHT Pays Provençal*

Revenons au cas précis de l'évolution de la CHT Pays Provençal et de la reconduction ou non de son périmètre lors du passage aux GHT. Les acteurs locaux se sont opposés sur cette question. La FHF PACA a organisé en septembre 2015 une réunion entre tous les représentants des CH de la région afin de lister les différents scénarios possibles. Il y en avait trois en ce qui concerne la CHT Pays Provençal :

- Hypothèse 1 : Transformation de la CHT du Pays Provençal en GHT
- Hypothèse 2 : Création d'un GHT métropolitain Aix-Marseille³¹, incluant Salon, auquel s'ajouteraient éventuellement les autres établissements de la CHT Pays Provençal (Manosque et Digne).
- Hypothèse 3 : Création de deux GHT départementaux (13 et 04).

La direction du CH d'Aix, en faveur d'une reconduction de la CHT Pays Provençal, s'est alors opposée aux autres scénarios avancés. En effet, elle estimait que la création de GHT départementaux ou d'un GHT "métropolitain" risquait de remettre en question les efforts de coopérations menés jusqu'à présent avec les établissements de la CHT. Mais afin de convertir la CHT en GHT, il s'agissait de convaincre les autres établissements, qui se montraient plus réticents. C'est dans cette perspective que la direction du CH d'Aix a tenté de dresser un bilan objectif des effets de la CHT PP en mars 2016, afin de démontrer à l'aide de

³⁰ Par exemple, sans doute en partie pour éviter d'avoir à trancher entre Cannes, Grasse et Antibes pour le choix de l'établissement support, ces trois établissements qui auraient pu constituer un GHT autonome ont été regroupés avec tous les centres hospitaliers des Alpes-Maritimes, autour du CHU de Nice.

³¹ La métropole Aix-Marseille Provence a été créée le 1^{er} janvier 2016, au moment où débutaient les discussions sur les périmètres des GHT, avec en toile de fond des conflits d'ordre politique entre les maires de Marseille et d'Aix-en-Provence (Source : « Métropole Aix-Marseille-Provence, le Conseil constitutionnel doit trancher », Le Monde, 10 février 2016).

données quantifiées que certaines impressions négatives ressenties dans les établissements périphériques n'étaient pas fondées. Cela a été réalisé à partir de nos travaux et d'études menées par le DIM du CH d'Aix, montrant que sur les spécialités concernées par les coopérations déployées, les parts de marchés de tous les établissements de la CHT avaient progressé. Les acteurs n'ont cependant pas tous été convaincus par cette démonstration. En particulier, le directeur général du CH de Manosque, que nous avons pu interroger, estimait que la CHT était une coquille vide dont le périmètre n'était pas pertinent.

La FHF régionale s'est ensuite positionnée en faveur de GHT départementaux, comme l'ARS, probablement en partie par simplicité. La direction du CH d'Aix, initialement hostile à cette option, l'a finalement acceptée, bien qu'elle ne soit pas convaincue de la pertinence de ce périmètre. Elle a toutefois demandé un certain nombre de contreparties, et notamment que son médecin DIM prenne la tête du futur DIM du territoire.

C. Les débuts difficiles du GHT 13 (Eté 2016 – Été 2017)

Un GHT « Bouches-du-Rhône » a ainsi été constitué, mais de multiples interrogations subsistent malgré tout. Ainsi, le CH d'Arles fait partie du GHT 13, alors qu'il est davantage tourné vers le CHU de Nîmes (situé dans une autre région) que vers celui de Marseille. Le nombre important d'acteurs à réunir rend difficile la gouvernance et le dialogue, comme l'indiquent déjà certains acteurs. Interrogée sur la pertinence de ce territoire, l'ARS indique que l'existence d'un GHT 13 n'empêche pas la poursuite de coopérations nouées par le passé en dehors des frontières du département, que ce soit entre le CH d'Arles et le CHU de Nîmes ou entre le CH d'Aix et les hôpitaux des Alpes de Haute-Provence.

La cohésion entre ces différents acteurs reste toutefois à construire. Contrairement au GHT 21-52, la première réunion du Comité Stratégique du GHT a eu lieu *après* l'adoption de la convention constitutive. L'identification des « filières prioritaires » du PMP a pris plus de temps que prévu. Enfin, l'établissement support, le CHU de Marseille, connaît des difficultés internes importantes qui ternissent sa légitimité à piloter la construction du GHT (voir propos ci-dessous).

« Donc voilà, ça progresse lentement, alors moi je ne jette pas la pierre à l'AP-HM, parce que c'est excessivement compliqué, d'autant qu'ils ont peut-être la légitimité en termes de taille, si je puis dire, et de savoirs au sens théorique du terme, étant le seul centre hospitalier universitaire du GHT. Mais leur propre situation en matière d'équilibre budgétaire pose question à l'ensemble des autres établissements, bien entendu. Donc ils ont la légitimité du plus grand, mais pas forcément la légitimité du plus averti. » (Extrait d'un entretien avec un membre de la direction du CH d'Aix).

4. Le GHT Nord Essonne : le salut passe par la fusion ?

Le troisième terrain, le GHT Nord Essonne, présente la particularité d'avoir amorcé une dynamique de rapprochement bien avant que la réforme des GHT ne soit adoptée. Si cette loi n'a eu qu'un effet modéré sur le processus en cours et qu'il ne s'agit donc pas d'un GHT stricto-sensu, il est frappant de constater que beaucoup des difficultés rencontrées lors de la construction de ce groupement sont de même nature que sur les autres terrains. Etant donné le recul temporel dont nous disposons à présent pour l'analyser, il est intéressant de voir quelles stratégies ont été déployées par les managers et par les tutelles. C'est en cela que le GHT Nord Essonne pourrait représenter un laboratoire préfigurant l'évolution de certains GHT ailleurs en France. Nous distinguons plusieurs phases dans l'histoire de ce groupement : une longue période de latence entre 2004 et 2014, suivie avec l'arrivée d'un nouveau directeur général en 2014 d'un tournant stratégique qui a permis de relancer une dynamique de coopération enrayée, puis une phase de transition devant aboutir courant 2024 à la construction d'un établissement unique rassemblant les trois communautés médicales et paramédicales.

A. 2004 – 2014 : une longue période de latence

La création du GHNE remonte à 2004, date à laquelle a été instituée une direction commune entre les établissements d'Orsay, de Longjumeau et de Juvisy. Il existe d'ailleurs une longue tradition de coopérations mais aussi de tensions entre les établissements d'Orsay et de Longjumeau. La logique territoriale du groupement est loin d'être une évidence, comme le souligne le directeur du groupement, que nous avons pu interroger. Le réseau routier dans ce bassin de population est orienté suivant une logique *nord-sud*, de manière centripète vers Paris, et non pas *est-ouest* comme l'alignement des trois établissements du GHNE. L'hôpital de Juvisy est ainsi très proche du CH Sud-Francilien de Corbeil-Essonnes et de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre. Pourtant, ce bassin correspondait à un territoire de santé unique tel que les ARH les avaient définis à l'époque.

En réalité, ce groupement ne s'inscrit pas véritablement dans un schéma classique de « gradation des soins », mais il correspond plutôt à un ensemble dont les établissements sont de tailles relativement proches, et où l'on cherche à supprimer des doublons tout en construisant cette gradation avec des acteurs externes (AP-HP, CHSF, etc.). Afin de réduire ces doublons, plusieurs projets de restructurations, ou plus précisément de fermeture de services, ont été menés. Ainsi, au milieu des années 2000, la maternité et le service de chirurgie de l'hôpital de Juvisy ont fermé, l'activité y étant devenue trop faible. Cette fermeture a été globalement acceptée par les acteurs, comme nous l'a indiqué le président de CME de l'époque. En revanche, d'autres projets de restructuration ont avorté. Un exemple emblématique concerne le projet de fermeture de la réanimation de l'hôpital d'Orsay en 2012. Le maire de la ville et la communauté médicale s'y sont fortement opposés, craignant que cette fermeture ne soit que le début d'un long déclin, entraînant potentiellement dans son sillon la fermeture ici aussi de la chirurgie et de la maternité. L'ARS, sous la pression d'acteurs

politiques, a finalement renoncé à ce projet et a accepté de prolonger la dérogation permettant le maintien de la réanimation d'Orsay, dont l'activité est en dessous du seuil théorique d'autorisation.

La constitution d'une Communauté Hospitalière de Territoire était à la même époque envisagée, afin d'accélérer la dynamique de rapprochement entre les établissements autour d'un projet médical de territoire. Mais ce projet a également échoué, en raison des fortes tensions existant entre les établissements d'Orsay et de Longjumeau³².

B. 2014 : La nécessité de fixer un nouveau cap pour relancer une dynamique enrayée

Après ces dix années de latence durant lesquelles les coopérations entre les différents établissements sont restées limitées, un nouveau directeur général a été nommé par l'ARS, avec pour objectif de relancer la dynamique de rapprochement. A son arrivée, ce nouveau directeur général a fait un bilan des coopérations mais aussi plus largement de la situation des trois établissements du GHNE. Au cours d'un entretien réalisé avec lui, il nous a livré un constat préoccupant de la situation du groupement lors de sa prise de fonctions.

Tout d'abord, il estimait que le bilan de ces dix années de direction commune était très modeste. Le nouveau directeur général regrettait ainsi la persistance d'une culture propre à chaque site, chacun fonctionnant sur un mode défensif, dans une ambiance de repli sur soi et de défiance à la fois entre les communautés médicales et envers la direction du groupement. Selon lui, à l'époque, « *tout projet de coopération était perçu comme un piège au détriment du site et un risque de perte d'activité au profit du voisin.* » Cette méfiance réciproque fait que les établissements se situaient davantage dans une logique de concurrence que de coopération, avec des réseaux d'adressage qui avaient souvent tendance à se construire avec les cliniques privées voisines davantage qu'avec les autres membres du groupement, notamment pour les urgences. Hormis la mise en place d'une direction commune, d'après le directeur général, le GHNE était donc toujours une coquille vide en 2014. L'élaboration d'une stratégie durable a sans doute pâti du turnover important de l'équipe de direction au cours des dernières années.

Par ailleurs, de manière générale, les trois établissements du GHNE font face à des difficultés importantes depuis plusieurs années :

- Une faible attractivité des établissements pour les médecins et une démographie médicale défavorable : vieillissement du corps médical, difficultés de recrutement et de fidélisation des médecins ...
- Une situation financière préoccupante : l'hôpital de Juvisy était fortement endetté avec un emprunt toxique d'un montant alarmant. Les CH d'Orsay et de Longjumeau ont quant à eux présenté en 2014 des déficits importants.

³² Nous avons pu consulter un compte rendu de conseil de surveillance du CH d'Orsay datant d'avril 2012, particulièrement révélateur des fortes tensions existant à l'époque entre les communautés des différents établissements.

- Une situation patrimoniale inquiétante avec des locaux très vétustes : bâtiments datant pour la plupart des années 70, situés en centre-ville, donc sur des terrains restreints, avec des difficultés de stationnement.

Malgré ces difficultés, le nouveau directeur du groupement voyait quelques motifs d'espoir, à condition de prendre des mesures rapides et de faire des choix stratégiques à plus long terme, dans le but d'enrayer cette « spirale négative ».

A court terme, il préconisait ainsi de mettre en place une nouvelle gouvernance orientée pôle multi-sites, une mutualisation des équipes support (DIM et laboratoire), un plan de sortie de l'emprunt toxique pour Juvisy grâce à la fusion budgétaire avec Longjumeau et au soutien financier des tutelles. Un projet médical commun est à nouveau envisagé après l'échec de la CHT. D'autres coopérations seraient renforcées avec les autres acteurs publics du territoire (AP-HP, CH psychiatrique Sainte-Anne, CHSF, etc.)

Toutefois, le directeur général estimait que ces mesures ne pouvaient être prises que si l'avenir du GHNE était clarifié à plus long terme. Il a donc demandé à ce qu'un cap soit fixé en relation avec l'ARS. Deux alternatives étaient selon lui possibles. La première option proposée, qui avait sa préférence, consistait à rassembler les trois structures sur un seul site, relativement éloigné du CHSF, de taille réduite, ce qui serait selon lui moins coûteux pour la collectivité que le maintien et la rénovation en activité des trois sites existants. Si ce projet ne devait pas voir le jour, la direction commune n'aurait selon lui plus de sens, et dans ce cas les hôpitaux de Longjumeau et de Juvisy devraient réduire progressivement leurs capacités en se rapprochant étroitement du CHSF, tandis que la question du devenir du CH d'Orsay serait à trancher dans un autre cadre, étant donné l'éloignement des structures.

C. 2016 – 2024 : Une phase transitoire avant la fusion sur un site: le GHT

▪ **La constitution des GHT en Ile-de-France**

La région Ile-de-France compte 15 GHT de profils assez hétérogènes : des GHT avec des historiques de coopération différents, de tailles variées, avec parfois des établissements de tailles équivalentes comme les CH de Saint-Denis et de Gonesse, ce qui peut poser problème quant à la désignation de l'établissement support.

Ces découpages ont été faits sur la base d'une proposition de la FHF régionale et de l'ARS, qui étaient globalement sur la même longueur d'onde, à partir d'un « faisceau d'indices » plus que de critères précis. La FHF a ensuite proposé de réunir dans chaque département de la région les représentants des terrains, afin qu'ils proposent à leur tour des périmètres, qui à quelques exceptions près rejoignaient les propositions de la tutelle. Pour le délégué régional de la FHF IDF, cette manière de procéder était perçue comme légitime, car les propositions venaient du terrain et n'étaient pas imposées par la tutelle : « *Donc il y a eu une sorte de co-pilotage, de co-construction entre la FHF et l'ARS, et le tout basé non pas sur ce qui s'est fait en chambre ou en bureau, mais par remontée par capillarité.* » (Extrait d'entretien réalisé avec le délégué régional de la FHF Ile-de-France)

Dans l'ensemble, à part quelques points qui sont restés en suspens, la détermination des périmètres a rapidement été effectuée dans la région. Pourtant, de nombreux obstacles auraient pu se poser. La place de l'AP-HP, qui n'était pas directement concernée par la réforme, soulevait par exemple un questionnement important. Le CHU francilien n'est finalement membre d'aucun GHT, mais chaque GHT de la région a établi une convention d'association avec un GH de l'AP-HP, par exemple avec le GH Sud (Bicêtre-Béclère-Paul Brousse) en ce qui concerne le GHT Nord Essonne.

▪ Le GHT Nord Essonne, un GHT précurseur ?

Revenons au cas du GHT Nord Essonne. Précisons qu'il ne s'agit pas en réalité d'un GHT à proprement parler en raison du degré d'intégration très avancé du groupement. D'ailleurs, comme l'ont souligné les membres de la direction interrogés, la communauté médicale et paramédicale ne fait pas toujours la distinction entre les différentes étapes de regroupement en cours (direction commune, fusion, GHT). La constitution du GHT passe en réalité au second plan derrière le projet de regroupement des activités sur le plateau de Saclay. Il s'agit d'une phase transitoire avant la fusion et le regroupement sur un site unique, et non le déclenchement d'un dynamique en soi.

Toutefois, à l'origine, l'ARS avait souhaité constituer un GHT unique regroupant tous les établissements du département de l'Essonne. Le DG du GHNE s'est opposé à ce schéma : *« On s'y est opposé car ce GHT aurait regroupé 8 établissements sur un bassin de 1,3 millions d'habitants, ce qui est trop imposant. Par ailleurs, notre territoire est très différent de celui de Dourdan-Etampes par exemple, où la densité de population est bien moindre. [...] Mon point de vue, c'est que plus le GHT est gros, moins ça marche. »* (Extrait d'entretien avec le directeur général du GHNE). Il était en effet favorable à la constitution de GHT de tailles plus réduites mais plus intégrés, prenant par exemple la forme de directions communes, ce qui permet de résoudre certains problèmes comme l'existence de réticences des directions dans les établissements périphériques. En théorie, il est toutefois envisagé que ces deux GHT du département de l'Essonne fusionnent d'ici quelques années, quand les établissements du GHT NE ne formeront plus qu'une entité juridique.

Pour le moment, en attendant la construction d'un hôpital unique sur le plateau de Saclay, sur laquelle nous reviendrons plus bas, une phase transitoire est amorcée pour réduire les doublons, mieux structurer les équipes médicales, et diminuer progressivement les capacités. Cela passe par la rédaction d'un projet médical partagé intermédiaire (2016-2024), promouvant le développement d'équipes médicales communes, une réflexion sur les parcours, la constitution de pôles inter-sites, etc. Pour le directeur du GHNE, son groupement est d'ores et déjà « précurseur », en raison notamment de l'existence d'une permanence des soins organisée sur les trois sites, d'un DIM unique déjà constitué depuis plusieurs années, d'un système d'information unique avec un seul dossier patient informatisé, de pôles inter-sites, et de partenariats très développés avec le CHU référent, en l'occurrence le GH Sud de l'AP-HP. Notons que certaines difficultés rencontrées sur les autres groupements, comme le problème

du mode de financement (T2A) jugé inadapté à des redistributions d'activités et de ressources, sont ici contournées par la perspective de fusion budgétaire à court terme.

D. Le projet Saclay : un cap fédérateur pour l'horizon 2024

▪ **Le processus de réflexion, le contenu du projet**

Au cours de l'année 2015, un groupe de travail a été organisé par la direction du GH afin de réfléchir au projet de construction d'un hôpital unique sur le plateau de Saclay. Nous avons pu assister à ces réunions, au cours desquelles les représentants des différentes communautés médicales ont pu exprimer leurs points de vue. Le directeur général a exposé sa volonté de regrouper les trois structures dans un établissement unique, sur le plateau de Saclay, à l'horizon 2024. Des scénarios alternatifs ont été envisagés, mais la direction a montré qu'il serait plus coûteux de mettre aux normes les trois sites existants et de maintenir un certain nombre de doublons. Il s'agit pour la direction du GHNE d'un enjeu majeur d'attractivité pour le personnel médical et pour les patients, grâce à une implantation dans un écosystème scientifique en plein essor, et de dimension internationale. Le projet, détaillé dans un document intitulé « GHNE 2024 : Premières orientations du projet médical », est axé sur le développement de l'ambulatorio, la réduction des capacités et des durées moyennes de séjour. Notons que la diminution progressive des effectifs se ferait par la rotation « naturelle » des personnels, ne nécessitant pas de licenciement. Par ailleurs, une offre résiduelle serait organisée à Longjumeau, Juvisy et Sainte-Geneviève des Bois, à la demande de l'ARS.

▪ **Le point de vue des communautés médicales**

Les médecins de l'hôpital de Juvisy (voir propos ci-dessous) étaient au début quelque peu réticents à l'idée de fermer leur hôpital et avaient le sentiment « d'abandonner » leurs patients souvent âgés, qui ne pourraient pas se rendre sur le plateau de Saclay étant donné l'éloignement des structures. Le DG a souhaité les rassurer en leur indiquant que ces patients pourraient être pris en charge par les hôpitaux voisins, à Villeneuve Saint-Georges et à Corbeil-Essonnes. Un des objectifs de ce choix géographique est d'ailleurs de permettre au CHSF, surdimensionné, de recruter davantage de patientèle sur les bassins de Juvisy et de Longjumeau. Cet argument était censé permettre de susciter l'adhésion de l'ARS au projet.

« Je pense qu'ils avaient bien compris que c'était plutôt une chance que quelque chose de négatif. Ils sont maintenant embarqués vers l'objectif final. Si, par contre, ce qui peut être difficile pour eux, c'est que dans toutes les projections que l'on a pu faire, sur le plateau de Saclay, il est évident que la patientèle de Juvisy ne viendra pas se faire soigner ou alors de façon très marginale sur le nouvel établissement. Donc certains d'entre eux, médicaux ou paramédicaux d'ailleurs, ont le sentiment d'abandonner leur patientèle, qui par ailleurs a d'autres recours, il y a le CHSF et Villeneuve-Saint-Georges qui ne sont pas très loin. Donc ça, c'est un peu dur à vivre pour eux, et puis il y a du personnel qui est là depuis très longtemps, ils ont des patients qu'ils connaissent qui reviennent et ils ont parfois le sentiment

que ces patients-là vont être abandonnés. » (Extrait d'entretien réalisé avec un membre de la direction du GHNE).

Les médecins de Longjumeau et d'Orsay, quant à eux, ont été rapidement convaincus par le projet, y voyant un moyen de rendre le groupement plus attractif à la fois pour les patients et pour les médecins, grâce à la présence d'un plateau technique moderne, au fait que l'hôpital soit plus "connecté", et à la création de partenariats de recherche avec les institutions scientifiques voisines (le CEA de Saclay par exemple). Le regroupement des équipes sur une structure unique pourrait aussi permettre de réduire l'isolement que certains médecins peuvent ressentir dans leur exercice dans un plus petit établissement. Ce projet d'établissement unique est ainsi, d'après la direction du GH, un moyen permettant de justifier et de rendre plus acceptables les efforts de restructuration menés jusqu'à cet horizon :

« C'est le phare de la communauté médicale ! [...] C'est ce qui permet tout le reste, c'est ce qui permet d'accepter les réductions capacitaires, c'est ce qui permet d'accepter parfois dans la douleur les réductions de personnel, parce qu'on est parfois obligé de les faire, c'est ce qui permet de travailler sur la performance, c'est vraiment l'objectif qui fédère les communautés hospitalières des trois sites. » (Extrait d'entretien réalisé avec un membre de la direction du GHNE)

Il faut également souligner que le fait de reconstruire un hôpital neuf sur un territoire « neutre » (et non sur le site de Longjumeau par exemple) permet d'éviter le sentiment d'absorption des activités par le plus gros établissement du groupement. C'est en réalité une stratégie qui a déjà été envisagée ou réalisée dans d'autres regroupements en France. Ainsi, au cours des réunions du groupe de travail, le DG de l'hôpital de Poissy-Saint-Germain (78) est venu présenter la longue et difficile histoire de rapprochement entre les deux communautés médicales à la suite de la fusion imposée entre ces deux établissements des Yvelines dans les années 1990. Un projet de construction d'un hôpital unique avait un temps été envisagé sur la commune de Chambois, avant d'être abandonné suite au rejet de l'ARS.

▪ Une ARS au départ méfiante

Lors des premiers échanges avec l'ARS, celle-ci s'est d'abord montrée réticente quant au projet de construction d'un hôpital unique, pour plusieurs raisons :

- Le projet était jugé trop coûteux en deniers publics, et non prioritaire. L'Agence a donc demandé d'étudier plusieurs scénarios alternatifs, comme la mise aux normes des trois sites existants ;
- De multiples interrogations subsistaient sur le développement démographique du plateau de Saclay, la population qui s'y installerait étant principalement jeune et mobile, les volumes de population difficiles à estimer précisément, ce qui rendait incertaines les modélisations réalisées sur le dimensionnement de l'établissement ;

- La prise en charge du bassin de population de Longjumeau-Sainte Geneviève des Bois, beaucoup plus densément peuplé, par une population vieillissante et aux revenus modestes, posait question.

- **Vers un dénouement positif pour le projet ?**

Finalement, après près d'un an de discussions, la démonstration a été faite par la direction du GH que la construction d'un établissement unique serait moins onéreuse qu'une rénovation des sites existants³³, et quelques amendements ont été portés au projet. L'ARS a finalement accepté de soutenir le projet et de le défendre devant le COPERMO (Comité Interministériel de Performance et de la modernisation de l'offre de soins), instance chargée d'évaluer la pertinence des projets majeurs d'investissements hospitaliers. En février 2017, le COPERMO a prononcé l'éligibilité du projet.

L'investissement se chiffre à hauteur de 200 millions d'euros. Il s'agit d'un des plus gros projets immobiliers hospitaliers d'Ile-de-France. Les travaux pourraient commencer en 2020, la livraison étant prévue pour 2024. Une offre de soins « résiduelle » sera organisée sur le bassin : 2 SMUR seraient ainsi maintenus à Longjumeau et à Juvisy, et 3 centres de Consultations et de Soins Urgents ouverts 7j/7 seraient créés d'ici 2021 à Longjumeau, Juvisy et Sainte-Geneviève des Bois, avec des médecins, du personnel infirmier, des équipements d'imagerie et de biologie, et éventuellement des consultations avancées de spécialistes. Il s'agit là selon la direction du groupement de concevoir un nouveau modèle de maillage territorial de l'offre de soins.

5. Synthèse de la section 1

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette description de la formation des GHT étudiés.

Tout d'abord, ces trajectoires de coopération sont souvent sinueuses : les partenariats sont ainsi susceptibles de se faire et de se défaire au fil du temps, alternant entre phases de rapprochement, de stabilisation et de crises, entre coopérations de façade et réelles collaborations.

Le deuxième enseignement frappant est que les tutelles interviennent de manière limitée sur la constitution des périmètres des GHT. La plupart du temps, elles font en effet en sorte que les propositions émergent du terrain. Elles ne sont pas toujours force de proposition, se limitant en réalité à jouer un rôle de médiation et de validation plus que d'animation. Plus généralement, au delà du rôle des ARS, on peut distinguer trois degrés d'engagement des

³³ Selon le DG du GHNE, pour le seul hôpital de Longjumeau, le coût des travaux aurait avoisiné les 300 millions d'euros et leur durée près de quinze ans.

acteurs vis-à-vis de ces dynamiques de rapprochement inter-hôpitaux. Certains acteurs sont *moteurs* (direction du CHU de Dijon sur le GHT 21-52, ou directeur du GHNE par exemple), d'autres sont *réticents* voire *bloquants* (maire de Beaune, communauté médicale de Digne, etc.). Enfin, certains acteurs sont plus *en retrait*, comme les ARS, notamment sur le terrain bourguignon. Notons que ces positionnements ne sont pas statiques, mais susceptibles d'évoluer avec le temps : il s'agit en effet davantage de *dynamiques* d'engagement des acteurs.

Enfin, les trois narrations présentées dans cette section illustrent le fait que la cohésion du collectif est loin d'être une évidence entre ces acteurs qui peuvent choisir de se replier sur eux-mêmes, même une fois le GHT officiellement constitué. Les objets de l'action collective ne sont pas définis au préalable, mais le sont progressivement, au fil de la construction de la coopération : l'action collective doit alors être amorcée alors qu'il ne préexiste pas nécessairement d'intérêt partagé à coopérer. Cette double précarité est liée à l'incertitude entourant l'évolution des coopérations. Certains acteurs redoutent que ces coopérations, en théorie présentées comme étant « gagnant-gagnant », ne soient en réalité *déséquilibrées* et n'aboutissent à un dépeçage des hôpitaux de proximité, au profit des établissements supports.

Dans la section suivante, nous revenons plus en détails sur les principales causes de la précarité de la cohésion de ces collectifs, ainsi que sur les stratégies déployées par les acteurs moteurs pour susciter l'adhésion des acteurs plus méfiants.

SECTION 2 FACE AU DÉFI DE LA COHÉSION, DIFFÉRENTES STRATÉGIES D'ORIENTATION DES TRAJECTOIRES D'EXPLORATION

Dans cette section, nous revenons sur les défis de l'exploration collective qui sont rencontrés lors de la constitution des GHT. A la lumière des trois narrations présentées dans la section 1, nous détaillons les principales causes de la précarité de la cohésion des collectifs. Puis nous distinguons plusieurs formes de crises de la cohésion auxquelles nous avons pu assister, afin de relever les principales stratégies d'orientation de l'exploration observées sur les terrains d'étude. Nous concluons cette section en nous interrogeant sur la possibilité d'émergence d'une identité commune parmi ces GHT.

1. Les principales causes de la précarité de la cohésion des collectifs

Les descriptions chronologiques des constructions des GHT étudiés présentées dans la section 1 nous permettent de mettre en évidence les deux principales causes de la précarité de la cohésion de ces collectifs.

Tout d'abord, le *caractère asymétrique* des coopérations inter-établissements est un véritable défi en termes de cohésion et de confiance entre les acteurs d'un GHT. En effet, on assiste à des attentes différentes vis-à-vis de ces GHT en fonction du profil des établissements. Les GHT sont parfois perçus dans les établissements supports comme un levier stratégique permettant de gagner en performance, en structurant des filières de soins permettant de gagner des parts de marché aux dépens du privé. Il s'agirait alors d'un outil au service d'une augmentation d'activité. Dans les établissements périphériques, on met plutôt en avant le GHT comme un dispositif permettant de partager les ressources humaines médicales détenues par l'établissement support afin de permettre le maintien de certaines activités. Ces deux visions ne sont pas nécessairement antinomiques, les acteurs rappelant leur souhait de constituer des partenariats « gagnant-gagnant ». Il existe toutefois des craintes que ces stratégies se soldent par des déséquilibres importants : les établissements supports peuvent redouter de devoir servir « d'agence de recrutement » pour le compte des hôpitaux périphériques, sans en tirer de contreparties. Quant aux hôpitaux périphériques, ils redoutent parfois un dépeçage de leur activité au profit de l'établissement support. Nous reviendrons dans le chapitre 6 sur cette question de la possibilité de constituer des partenariats « gagnant-gagnant » en ce qui concerne le partage de ressources humaines médicales en appui de la constitution de parcours.

Par ailleurs, le *caractère incertain* des coopérations pose également problème lors de la construction d'un cadre de cohésion. En effet, les partenaires doivent s'engager (par obligation légale) dans un partenariat alors qu'ils n'ont pas nécessairement bien identifié les opportunités et les risques qui en découlent. En l'absence d'objectifs clairs affichés dans la loi, et en raison du manque de vision à long terme, les acteurs manifestent souvent le sentiment d'avancer dans l'inconnu. Précisons que cette incertitude a des effets ambivalents : elle est certes parfois redoutée, mais également souvent délibérément préservée par certains acteurs. Ainsi, si les objectifs du collectif sont établis progressivement, leur définition reste souvent incomplète. Plusieurs acteurs interrogés nous ont indiqué que certains sujets sensibles, comme les fermetures de services dans les hôpitaux périphériques, sont pour le moment laissés de côté afin de ne pas entraver l'adhésion des acteurs à l'élaboration du projet médical partagé.

2. Différentes formes de crises du collectif

Distinguons à présent les formes de crises du collectif auxquelles nous avons pu assister sur le terrain. Ces crises se soldent par des issues diverses : résolution du conflit, coopération figée (coquille vide), ou éclatement du collectif.

Un premier type de crise correspond au repli d'au moins un acteur, entraînant de fait un risque que la coopération soit une « coquille vide ». C'est un risque que nous pouvons qualifier de *paralyse de la coopération*. L'incertitude sur les intérêts et risques à agir est alors suffisamment grande pour empêcher l'adhésion complète d'un acteur, sans que le collectif ne

se divise pour autant. Cela a été le cas assez longtemps sur la CHT Pays Provençal, en raison d'impressions négatives de plusieurs acteurs, qui n'étaient pas cependant fondées sur des données précises.

Un deuxième type de crise est celui de *l'éclatement partiel du collectif*. C'est le cas de la sortie du CH de Beaune du projet de constitution du GHT 21-52. Notons que ce type d'événement peut avoir le bénéfice de recentrer le collectif autour d'un noyau dur plus cohérent, permettant ainsi d'accélérer les dynamiques coopératives.

3. Quelles stratégies d'orientation de l'exploration ?

Face à cette précarité de la cohésion qui peut entraîner une paralysie voire une rupture de la coopération, quelles stratégies sont déployées par les acteurs moteurs de ces GHT ?

Rappelons d'abord que ce rôle d'orientation de l'exploration est la plupart du temps endossé par le directeur général de l'établissement support. Celui-ci ne peut agir pleinement que si sa légitimité managériale est reconnue par les autres membres du groupement³⁴. Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué, la tutelle régionale peut ponctuellement jouer un rôle dans l'orientation de la coopération, en qualité de médiateur (voir les exemples des CH d'Aix et de Beaune). Toutefois, l'ARS reste la plupart du temps en retrait, ne cherchant pas à influencer sur l'orientation de ces démarches.

A partir de ce que nous avons pu observer sur les GHT 21-52 et Nord Essonne, nous distinguons deux principaux modèles en opposition.

Premièrement (exemple du GHT Nord Essonne), la cohésion est recherchée grâce à l'établissement d'une vision à long terme comme horizon à atteindre, dans un cadre très intégratif mais fédérateur, c'est-à-dire le rassemblement de toutes les activités dans un établissement neuf. Pour le directeur de ce groupement, c'est l'absence de ce cap qui a provoqué l'enlisement de la coopération durant plusieurs années. Signalons toutefois qu'au delà de cette ligne directrice, le fait d'avoir une direction commune facilite la cohésion entre les établissements, même si elle n'a pas toujours suffi à rapprocher des communautés médicales méfiantes les unes des autres.

Deuxièmement (exemple du GHT 21-52), l'adhésion des acteurs peut être construite par le biais d'une approche plus souple visant à progresser par tâtonnements, en cherchant à démontrer la valeur ajoutée de chaque pas effectué. C'est le leitmotiv rappelé par la directrice générale du CHU de Dijon, qui cherche à promouvoir des explorations ponctuelles et progressives, afin de conduire des apprentissages croisés entre les acteurs pour favoriser la construction de représentations partagées et d'un objectif commun. L'engagement des acteurs

³⁴ On a ainsi pu voir que sur le GHT 13, la légitimité « managériale » de l'AP-HM n'était pas reconnue unanimement pour le pilotage de la coopération.

est alors « souple » : la convention constitutive du GHT prévoyait ainsi une adhésion provisoire d'une durée de un an, correspondant à la durée de rédaction du PMP. Cette adhésion pouvait alors être suspendue si les acteurs n'étaient pas convaincus de leur intérêt à coopérer. Contrairement au premier cas, il n'y a pas de vision claire à long terme du devenir du groupement, et la perspective d'une fusion est pour le moment écartée par les acteurs étant donné le nombre important de membres de ce GHT.

4. La création d'une identité commune est-elle possible ?

La cohésion du collectif est souvent longue à construire au sein d'un GHT. Toutefois, il semble que des identités communes soient en train d'émerger sur certains de nos terrains d'étude. Ainsi, le nom « GHNE » constitue une « marque » à laquelle les personnels hospitaliers semblent progressivement s'identifier, même si les cultures de site demeurent fortes. Cette identité commune se matérialise grâce à un projet perçu comme fédérateur (le projet d'hôpital unique sur le plateau de Saclay), et à la stratégie de la direction de mobiliser ces différentes communautés contre les menaces qu'elles pourraient subir (concurrence des autres établissements notamment).

Sur le GHT 21-52, cette constitution d'une identité commune est pour le moment moins avancée, mais la direction du CHU de Dijon tente de la promouvoir, notamment par le biais d'actions de communication. Ainsi, un logo (Figure 8) a été conçu pour figurer sur certains documents officiels des établissements du groupement, avec le sous-titre « L'alliance hospitalière Côte-d'Or Haute Marne ». Ce mot *alliance* est assez révélateur de la volonté de créer une identité commune tout en conservant une certaine autonomie et liberté des acteurs.



Figure 8 - Logo du GHT 21-52

5. Conclusion de la section 2

Ainsi, face à ces défis de l'exploration collective, différents modèles de renforcement de la cohésion des collectifs existent. On observe la construction de groupements très hétérogènes sur le territoire, en réponse à un même stimulus imposé par l'Etat avec la réforme des GHT.

SECTION 3 LA COEXISTENCE DE PLUSIEURS MODÈLES DE GHT

Du cadrage souple de la réforme découle une forte hétérogénéité dans la construction des GHT, aussi bien dans leur périmètre ou leur degré d'intégration que dans l'orientation de leurs projets médicaux. On semble ainsi se diriger vers différents modèles de GHT que nous exposons dans cette section. Il existe en réalité deux grandes cibles. Premièrement, des GHT « *fédératifs* », de tailles importantes, qui rassemblent des établissements conservant leur personnalité morale. Deuxièmement, des GHT « *intégratifs* », en général de taille plus réduite, avec davantage d'antécédents de coopération, et se dirigeant vers des directions communes voire des fusions.

Nous précisons cette typologie et tentons de placer les différents GHT étudiés sur le terrain sur une cartographie taille vs. degré d'intégration. Nous nous interrogeons ensuite sur les causes de cette hétérogénéité ainsi que sur les problématiques qu'elle pose. Enfin, nous montrons que cette cartographie est en réalité davantage dynamique que statique, chacun des groupements étudiés pouvant évoluer sur cet espace, par le biais de leviers managériaux ou d'actions régulatrices de la part des tutelles.

1. Un essai de typologie des GHT étudiés

Les quatre GHT étudiés sur nos trois terrains diffèrent fortement en fonction de leur taille et de leur degré d'intégration. Nous en tirons donc une proposition de typologie, d'ailleurs confirmée de manière empirique en prenant d'autres exemples de GHT en France.³⁵

Cette typologie est issue d'une cartographie qui repose sur une description des GHT par deux dimensions : la taille des groupements (en nombre d'établissements MCO) d'une part, leur degré d'intégration ou de cohésion d'autre part (Figure 9).

Précisons que le classement d'un GHT donné sur ce graphique a été réalisé qualitativement, car il est difficile de mesurer de manière objective le degré de cohésion d'un GHT. Pour l'évaluer, nous avons par exemple pris en compte l'existence de directions

³⁵ Les autres exemples que nous citons ont fait l'objet d'entretiens complémentaires et/ou d'analyses documentaires succinctes.

communes ou d'une perspective de fusion, la réalisation d'un PMP entraînant des orientations concrètes à court terme, le « climat » (apaisé ou plus tendu) que nous avons perçu entre les acteurs lors de nos observations, ainsi que l'émergence d'une identité commune (sous la forme d'un nom accepté par les acteurs, ou d'un objectif commun fédérateur par exemple).

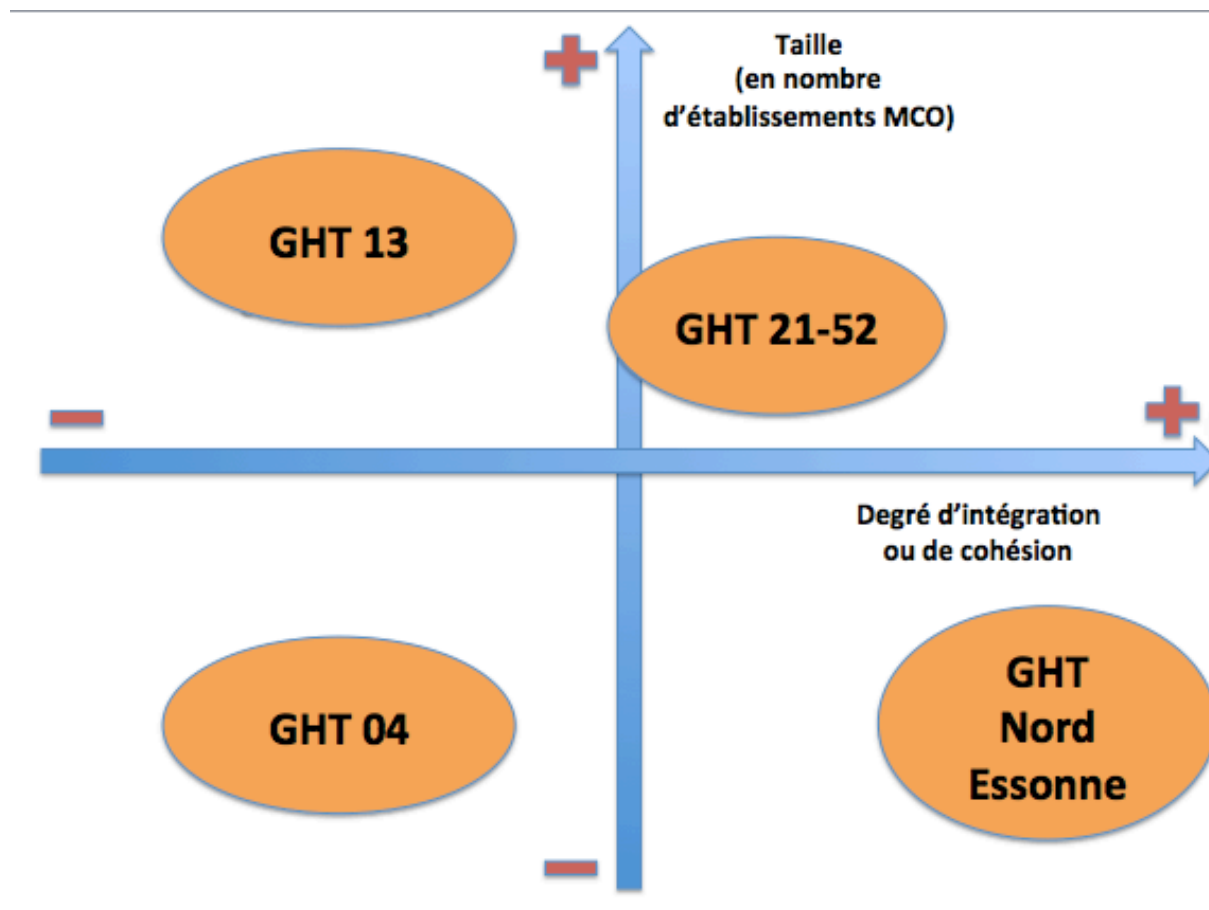


Figure 9 - Cartographie des différents types de GHT étudiés, en fonction de leur taille et de leur degré d'intégration

Par ailleurs, nous verrons plus loin que le positionnement d'un GHT sur ce diagramme n'est en rien statique. Cette cartographie nous permet de distinguer quatre grands modèles de GHT présentés ci-après, et en réalité deux grandes cibles pour les GHT les plus avancés – les GHT « fédératifs » et « intégratifs » (voir aussi le tableau 8).

- **GHT de type 1-A** : Il s'agit de GHT encore peu avancés, regroupant un nombre important d'établissements, bâtis la plupart du temps sur peu d'antécédents de coopérations. Chaque établissement conserve sa personnalité morale. Ces GHT correspondent souvent à des périmètres départementaux, et ne sont pas toujours jugés pertinents par rapport aux flux naturels de populations et aux habitudes de coopérations. Ils ont parfois été constitués sur une décision de la tutelle qui a retenu ce périmètre comme solution de simplicité, pour couper court à tout conflit d'ordre

politique. Le risque est que ces GHT imposants se réduisent à des *coquilles vides*, même si leur degré de cohésion est susceptible de progresser. Le GHT des Bouches-du-Rhône correspond pour l'instant à ce modèle. Le GHT du département de la Loire, qui rassemble une vingtaine d'établissements autour du CHU de St-Etienne, pourrait également s'en rapprocher.

- **GHT de type 1-B :** Ici encore, il s'agit de GHT encore peu avancés en matière d'intégration, mais rassemblant un nombre plus réduit d'établissements (2 ou 3), souvent de tailles équivalentes, ce qui rend complexe la définition d'un établissement support. Chaque établissement conserve sa personnalité morale. La cohésion est a priori difficile à mettre en place : on retrouve en fait ici les difficultés rencontrées lors des fusions complexes des années 90 (Poissy St-Germain, Evry-Corbeil, Eaubonne-Montmorency, etc.). Nous pourrions les qualifier de *duopoles fictifs*. Le GHT 04 semble pour le moment correspondre à ce modèle, tout comme le GHT Gonesse-Saint-Denis en Ile-de-France. Cependant, si on est à l'origine dans une situation où les deux établissements se regardent pour reprendre les termes de certains acteurs « en chiens de faïence », il est possible que la constitution de ces GHT permette l'instauration progressive d'un cadre de dialogue et d'apprentissages croisés entre ces acteurs. C'est l'espoir de l'ARS IDF concernant le deuxième exemple cité.
- **GHT de type 2 :** il s'agit de GHT de tailles réduites, fortement intégrés. Ils sont en général construits dans la continuité de plusieurs années de coopérations. Ils prennent souvent la forme d'une direction commune, et s'orientent parfois vers des fusions. Nous les qualifions de **GHT « intégratifs »**. C'est le cas du GHT Nord Essonne. D'autres GHT de France semblent correspondre à ce profil, comme le GHT de Villefranche-sur-Saône (département du Rhône). Dans ces GHT, une logique très intégrative prédomine, on pourrait d'ailleurs la résumer ainsi : « Le salut passe par la fusion ». En effet, ces groupements sont souvent pris en étau entre plusieurs structures de tailles plus importantes, auxquels ils n'ont pas souhaité ou pas pu s'associer. Afin d'atteindre une taille critique permettant de réaliser des économies d'échelle ou encore de mieux organiser la répartition des ressources humaines médicales, le processus de fusion est perçu comme inévitable. Même si de nombreuses difficultés organisationnelles se présentent, cette perspective de fusion présente l'avantage de contourner l'obstacle lié au mode de financement à l'activité, qui est jugé inadapté à une logique coopérative. C'est en quelque sorte un constat d'échec de la coopération « souple », puisque les managers estiment qu'il faut une « martingale » plus ferme pour avancer. Enfin, notons que dans ce type de GHT, la gradation des soins ne se fait pas de manière autonome, mais en relation avec les autres GHT et le CHU associé, posant parfois la question de la pérennité de l'indépendance de ces groupements.
- **GHT de type 3 :** Entre coquilles vides et intégration forte, une troisième voie semble se distinguer. Il s'agit de GHT regroupant un nombre important d'établissements,

bâtis la plupart du temps sur peu d'antécédents de coopérations. Chaque établissement conserve sa personnalité morale : le degré d'intégration est donc moins élevé que pour le GHT de type 1. Un processus de fusion semble pour l'instant difficilement envisageable parmi un nombre aussi élevé d'établissements. Cet argument est d'ailleurs fréquemment avancé par les responsables des hôpitaux supports pour rassurer les craintes des directions d'établissements périphériques qui y seraient réticentes. Il existe tout de même une cohésion importante entre les acteurs, avec le début de constitution d'une identité commune. Il s'agit ainsi d'alliances souples que nous qualifions de « **GHT fédératifs** », au sein desquels peuvent éventuellement exister différents noyaux plus intégrés de partenariats inter-hôpitaux. Ce type de GHT est la plupart du temps autonome en termes de gradation des soins, puisqu'il rassemble un large éventail d'établissements, de l'hôpital local au CHU. Le GHT 21-52 correspond à ce modèle, comme le GHT de Besançon en Franche-Comté.

	Cohésion à confirmer	Cohésion plus forte
Taille importante (une dizaine d'établissements)	GHT de type 1-A	GHT de type 3 (fédératif)
Taille réduite (2-3 établissements)	GHT de type 1-B	GHT de type 2 (intégratif)

Tableau 8 - Typologie des principaux modèles de GHT

2. Que penser de cette hétérogénéité ?

D'après les acteurs interrogés parmi les tutelles et selon les rapports ministériels consultés, cette hétérogénéité est la conséquence de la diversité des territoires de santé en France, des histoires souvent différentes de coopérations, mais également d'interprétations variées qui ont pu être faites des finalités de la réforme.

Cette hétérogénéité parfois mal contrôlée pourrait théoriquement poser problème en matière d'égalité d'accès aux soins. Toutefois, dans les faits, les représentants des tutelles interrogés estiment que les périmètres définis au 1^{er} juillet 2016 ne sont dans certains cas qu'une première étape dans un processus de regroupement qui s'étalera sur une durée plus longue. Ainsi, un directeur de l'offre de soins d'une ARS indique que plusieurs des GHT de sa région pourraient fusionner à moyen terme, alors que cela était difficile à envisager dès le début, en raison des inquiétudes entourant la réforme.

Dans l'ensemble, on peut s'interroger sur la trajectoire de ces GHT ciblée par le législateur à plus ou moins long terme. Parmi les deux cibles identifiées (GHT fédératifs et GHT intégratifs), l'une d'entre elles sera-t-elle un jour prédominante ? Le législateur a-t-il l'intention, comme certains acteurs l'évoquent, de constituer des équivalents « d'Assistances

Publiques départementales », sur le modèle de l'AP-HP ? Ou bien au contraire, conservera-t-on cette coexistence de deux modèles de GHT ? Ces interrogations nous invitent en tout cas à réfléchir au caractère dynamique de notre cartographie des GHT, ce que nous faisons ci-après.

3. Des GHT susceptibles de s'inscrire dans des dynamiques plus longues

Comme nous l'avons déjà évoqué, notre cartographie des GHT n'est pas statique : nous estimons au contraire que chaque groupement est susceptible d'évoluer sur ce diagramme (Figure 10).

En effet, premièrement, une évolution est possible sur l'échelle de la cohésion, grâce à différents leviers managériaux permettant le renforcement d'une identité commune. Par ailleurs, une évolution est possible sur l'échelle de la taille, en raison des fusions ou scissions de GHT qui peuvent être envisagées dans les prochaines années.

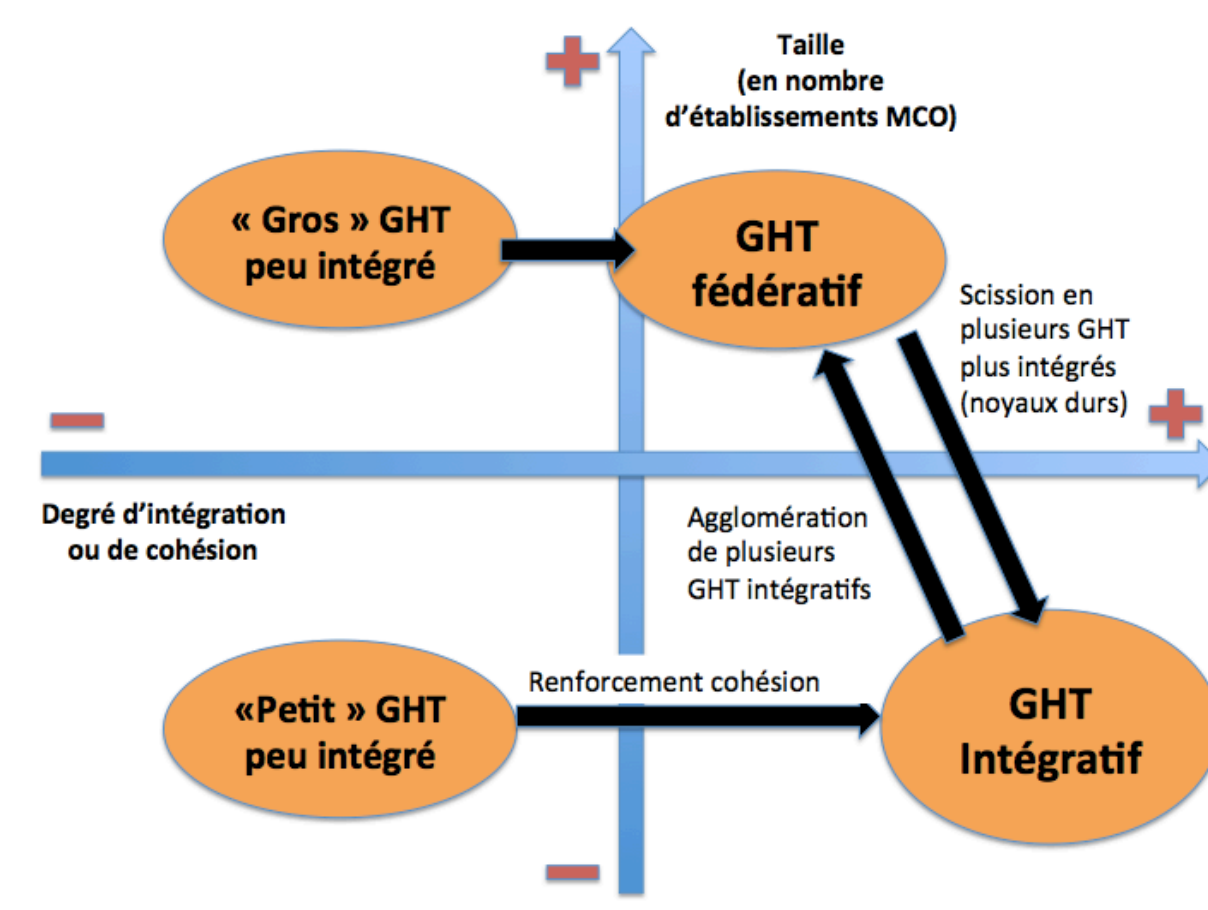


Figure 10 - Quelques exemples d'évolutions possibles des différents modèles de GHT

Les GHT « fédératifs » et « intégratifs » sont les deux modèles-cibles, qui ne sont pas nécessairement l'aboutissement d'une dynamique : on peut basculer de l'un à l'autre – voire revenir en arrière en cas d'affaiblissement de la cohésion.

On peut alors s'interroger sur les causes de l'évolution d'un collectif dans cet espace. La puissance publique souhaite-t-elle privilégier l'une des deux cibles par le biais de fusions de GHT (ex. de la fusion des deux GHT du département de l'Essonne envisagée par l'ARS pour constituer un unique GHT de type fédératif) ? Par ailleurs, quels outils et leviers managériaux pourraient permettre de renforcer la cohésion au sein d'un GHT ? Dans la suite de la thèse, nous nous penchons justement les orientations précises de ces GHT, et sur la constitution de nouveaux outils de gestion permettant de piloter la coopération. Nous verrons que ces outils sont susceptibles d'avoir un impact sur la cohésion des collectifs.

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Ainsi, nous avons montré dans ce chapitre, à travers la description chronologique de la construction des GHT étudiés sur le terrain, que l'exploration collective présente de nombreux défis entre des acteurs pour lesquels il ne préexiste pas nécessaire de cadre de cohésion solide. Les GHT prennent donc des formes relativement hétérogènes, en raison notamment de stratégies d'orientations variables, ou d'interprétations diverses des finalités de la réforme. On se dirige ainsi vers deux cibles de groupements : des GHT *intégratifs* et des GHT *fédératifs*.

Ayant analysé le processus de construction de ces GHT, tâchons à présent d'en étudier les orientations concrètes. Comment les membres d'un GHT définissent-ils les objets de l'action collective ? Comment les outillent-ils ? A quels objets de gouvernement correspondent-ils ? Quels apprentissages collectifs sont générés ? Quel est l'impact de ces orientations sur les dynamiques d'évolution des GHT ? Quel potentiel de transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins véhicule la réforme ? Nous abordons ces questions dans le chapitre 6.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 5

L'objet de ce chapitre était de présenter le processus de construction des GHT sur les trois terrains étudiés, afin de montrer comment les collectifs d'action se forment, de décrire les stratégies déployées pour orienter les dynamiques d'exploration, et de caractériser les formes hétérogènes que ces regroupements prennent.

Nous avons décrit dans la **section 1** comment les périmètres des GHT ont été construits à travers la description de *trajectoires d'exploration*, en relatant chronologiquement l'évolution des jeux d'acteurs. Nous nous sommes pour ce faire appuyés sur les entretiens réalisés, mais également sur les observations effectuées, particulièrement révélatrices des oppositions et recherches de compromis entre partenaires. L'incertitude sur les objectifs à atteindre a en effet entraîné des inquiétudes et des conflits, notamment entre établissements « supports » et « périphériques », ce qui a posé problème au moment de la constitution des périmètres des GHT. La construction de la coopération inter-établissements s'est donc dans un premier temps caractérisée par une phase de forte précarité, suivie d'une phase de stabilisation, de consolidation du collectif. Des périmètres « départementaux » ont souvent été retenus par simplicité, permettant d'aboutir à un relatif consensus politique, bien que ces délimitations ne soient pas toujours un reflet fidèle des flux de population et des habitudes de coopérations médicales sur le territoire.

Dans la **section 2**, nous avons ensuite présenté les principales causes de la précarité de la cohésion des collectifs. Puis nous avons distingué plusieurs formes de crises de la cohésion auxquelles nous avons pu assister, afin de relever les principales stratégies d'orientation de l'exploration observées sur les terrains d'étude (souplesse et recherche de valeur ajoutée vs. établissement d'un horizon clair). Nous avons conclu cette section en nous interrogeant sur la possibilité d'émergence d'une identité commune parmi ces GHT.

Enfin, dans la **section 3**, nous montrons qu'en dépit de l'unicité de la réforme des GHT, différents modèles de groupements semblent se dessiner. Deux cibles principales se distinguent. Des GHT « *fédératifs* », de tailles importantes, construits avec peu d'antécédents de coopération, rassemblent des établissements qui conservent leur personnalité morale. Inversement, on observe des GHT de type « *intégratif* », en général de taille plus réduite, avec des antécédents de coopération, et se dirigeant vers des directions communes voire des fusions. Nous nous sommes enfin interrogés sur les dynamiques d'évolution de ces GHT.

CHAPITRE 6
DE NOUVEAUX OBJETS
DE COOPÉRATION
ET DE GOUVERNEMENT
POUR LES GHT

INTRODUCTION DU CHAPITRE 6

Dans ce chapitre, nous nous interrogeons sur les orientations et les premiers effets de l'activité d'exploration dans les GHT. Comment les acteurs définissent-ils les objets de l'action collective ? Comment se construit la coordination entre eux ? Quels nouveaux savoirs et quelles dynamiques d'apprentissage permettent au cours de l'exploration d'identifier de nouveaux espaces d'action, de nouvelles opportunités ? Comment la construction de ces objets de coopération affecte-t-elle le cadre de cohésion du collectif ?

Dans un premier temps (**section 1**), nous décrivons le processus d'élaboration et le contenu des projets médicaux partagés, en montrant qu'ils constituent des véhicules pour explorer des synergies entre les établissements membres d'un GHT.

Puis, nous précisons dans la **section 2** que ces projets médicaux partagés marquent la progression d'une logique de *parcours* comme mode de coordination entre les membres du collectif.

Dans la **section 3**, nous nous attardons sur un des effets de cette progression de cet objet *parcours* sur les professionnels hospitaliers. De nombreuses investigations sont en effet menées localement par les acteurs hospitaliers afin de mettre en place une vision territorialisée de la GRH médicale.

Enfin, dans la **section 4**, nous verrons que pour mieux appréhender ces nouveaux objets de gouvernement, la constitution de savoirs et d'outils adaptés est nécessaire et se développe.

Encadré méthodologie

Dans ce chapitre, nous caractérisons les principales orientations prises dans les trois GHT étudiés, autour de nouveaux objets de coopération et de gouvernement, à partir de données de natures variées. Nous avons en particulier tiré profit des entretiens réalisés avec les médecins et managers hospitaliers, analysé les projets médicaux partagés et d'autres documents internes, et exploité les observations effectuées lors de plusieurs réunions stratégiques (comités stratégiques de GHT, groupes de travail, etc.).

La liste précise des données mobilisées dans ce chapitre figure en annexes. Par ailleurs, nous avons dégagé de multiples enseignements des travaux de recherche intervention menés sur le terrain, sur lesquels nous revenons ici en détails.

SECTION 1

LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ, VÉHICULE POUR EXPLORER DES SYNERGIES

Dans cette section, nous décrivons le processus d'élaboration et le contenu des projets médicaux partagés sur les terrains étudiés, afin d'identifier les objets de coopération qui sont définis à cette occasion. Si la loi et le décret imposent un certain nombre de contraintes, des marges de manœuvre existent. Elles permettent de lancer des dynamiques d'exploration et de définir de nouveaux objets de coopération censés répondre à des objectifs communs, eux aussi formulés à dans ces PMP. Le rapport intermédiaire de la mission ministérielle Hubert-Martineau présente ainsi le rôle du PMP (page 18) :

« Socle fondateur du GHT, le projet médical partagé est donc, à la fois :

- *un document stratégique organisant la réponse coordonnée aux besoins de soins hospitaliers des patients d'un territoire donné*
- *un traité de subsidiarité conjuguant proximité avec recours et référence*
- *un référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité. »*

Il s'agit donc d'un document censé définir les objets de l'action collective entre les acteurs, et ainsi préciser les modalités de coordination leur permettant de mieux prendre en charge les patients du territoire. Le décret d'application prévoyait une rédaction progressive de ces PMP, avec l'identification des filières prioritaires pour le 1^{er} janvier 2017, et la finalisation des PMP et des projets de soins partagés pour le 1^{er} juillet 2017. Passons en revue les grandes orientations des PMP rédigés sur les trois terrains étudiés, avant d'en identifier les principaux points communs et différences.

1. Le PMP du GHT 21-52

Le Projet Médical Partagé du GHT 21-52 a été élaboré sur une période assez longue, s'étalant entre janvier 2016 et juillet 2017. Sur ce terrain, la réflexion a ainsi été amorcée rapidement, avant même la publication du décret d'application et la stabilisation du périmètre du collectif. La rédaction de ce PMP a mobilisé différents groupes de travail associant médecins et managers hospitaliers des différents établissements du groupement. Chaque mois, un comité stratégique du GHT était organisé entre les principales parties prenantes afin d'identifier et de valider les orientations du PMP, et de faire le point sur les réflexions menées dans les groupes de travail. Le pilotage de ces réunions était effectué par la directrice générale du CHU, secondée par la directrice chargée du projet GHT. Un cabinet de conseil a dans un premier temps été associé à la démarche afin de recueillir et de traiter un certain nombre d'informations clés, puis les acteurs hospitaliers ont ensuite fonctionné de manière autonome.

L'ARS était représentée à ces réunions du comité stratégique, mais elle restait la plupart du temps en retrait, ne donnant pas d'orientations particulières aux travaux effectués.

Nous avons pu consulter la version finale de ce PMP, achevée en juin 2017. Il s'agit d'un document imposant, comportant 5 tomes (PMP général, PMP Psychiatrie, Projet de Soins partagé, Projets transversaux et Annexes) et près de 500 pages. Dans la préface de ce PMP, la directrice générale du CHU de Dijon rappelle le principal objectif : « *améliorer l'offre de soins du territoire au bénéfice de la population* ». Si cet objectif peut paraître à première vue assez général et peu surprenant, il est assez nouveau de constater que les établissements qui se penchent désormais eux-mêmes sur cette question de l'amélioration de l'offre des soins à l'échelle du *territoire*, problématique qui était jusqu'ici davantage réservée aux ARS.

Le projet médical partagé en MCO est structuré autour de sept parcours hospitaliers, et de trois chapitres consacrés aux grandes fonctions médicotéchniques (pharmacie, imagerie, biologie). Les « parcours » identifiés désignent en réalité plusieurs types d'approches :

- ✓ Une approche « populationnelle » (i.e. par catégorie de population) pour les parcours soins aux personnes âgées, et prise en charge femme-mère-enfant.
- ✓ Une approche par pathologies : AVC et insuffisance cardiaque.
- ✓ Une approche par modalités de prise en charge : SSR, urgences et médecine intensive.

Notons que ce PMP ne couvre pas l'ensemble des spécialités de MCO. L'idée avancée lors des comités stratégiques était de commencer par quelques orientations marquantes et porteuses de valeur ajoutée, avant de poursuivre sur de nouveaux parcours dans un second temps. Les premiers parcours identifiés et cités plus haut ont ainsi été choisis par les acteurs lors des premiers comités stratégiques en raison des enjeux importants qu'ils véhiculent et de la possibilité de tirer assez rapidement des premiers bénéfices de la coopération.

Assez étonnamment, le PMP ne traite d'aucune spécialité chirurgicale. A l'origine, deux autres parcours intégrant cette dimension devaient être abordés (cancer prostate et cancer digestif). Toutefois, ces deux sujets ont été jugés trop sensibles en raison de la question de l'évolution des plateaux techniques sur le territoire, et concrètement de leur possible fermeture dans les structures périphériques. Ces deux parcours ont donc finalement été mis de côté pour ne pas entraver l'adhésion de certains acteurs à la dynamique globale, comme nous l'a indiqué un membre de la direction du CHU. Ils pourraient toutefois être traités ultérieurement, une fois les acteurs convaincus des bienfaits de la coopération. De manière générale, les différents parcours présentés dans le PMP ne sont pas tous au même niveau de maturité et devraient être enrichis au cours des prochaines années, notamment avec l'association de nouveaux acteurs (des secteurs médico-social et libéral par exemple), et une fois que les arbitrages les plus sensibles auront été effectués par la tutelle en ce qui concerne le maintien ou non de certains plateaux techniques sur le territoire.

Une même démarche méthodologique a été adoptée pour traiter chacun de ces parcours, à travers un rappel du contexte et des enjeux de santé publique associés au parcours en question, un état des lieux de l'offre et des besoins à l'échelle du territoire, l'identification et l'analyse des points critiques, et la détermination d'objectifs et d'actions concrètes à mener établissement par établissement.

La directrice générale du CHU souligne dans la préface de ce PMP que des actions opérationnelles et concrètes ont été identifiées : « *parmi les priorités identifiées, on peut citer la création de nouvelles **consultations avancées** sur les différents sites, le développement de **l'éducation thérapeutique, l'information du grand public et la prévention** ; la **coordination des structures** pour la phase aigüe de la maladie, du « rescue center » aux SSR ; la **création de nouveaux services** adaptés aux besoins (hôpitaux de jour en gériatrie, en obstétrique, équipes mobiles) ; le **renforcement en compétences** de certaines structures existantes en rééducation ou en soins critiques...* » (PMP page 3). Ce PMP est par ailleurs complété par un projet de soins visant à « *améliorer la continuité des soins et développer au profit des patients une nouvelle articulation médecin – infirmière* ».

Toujours en préface du PMP, les deux co-présidents du collège médical du GHT 21-52 rappellent les sept principes qui ont selon eux guidé l'élaboration du document (Encadré 12). Dans la suite de ce chapitre, nous reviendrons principalement sur ces deux enjeux qui nous semblent les plus saillants (en gras dans l'encadré ci-dessous) : la constitution de parcours, et la territorialisation de la GRH médicale.

1. **Organiser la prise en charge des patients dans le cadre d'un parcours de soins gradués.**
2. Effacer les disparités intra-GHT dans le domaine de l'offre de soins et des ressources humaines (décloisonnement des pratiques, délégation de tâches, attractivité des sites...).
3. Partager l'informatique (Dossier Médical Partagé, généralisation du DMIC...).
4. **Partager le temps médical, excellent moyen de connecter les Hôpitaux entre eux et de fidéliser les jeunes médecins dans le GHT.**
5. Innover dans le soin, les pratiques médicales (Equipes Mobiles, Télé- Médecine...), la formation et la recherche.
6. Renforcer la formation pluri-professionnelle (la simulation, le e- learning...).
7. Introduire la recherche médicale et l'évaluation des soins (impact du GHT sur les flux de malades, sur les taux de mortalité ajustés à l'âge ...).

Encadré 12 - Extrait de la préface du PMP du GHT 21-52 : sept principes clés du PMP

2. Le PMP du GHT Nord Essonne :

Le PMP du GHT Nord Essonne comporte en réalité deux documents : un projet médical à horizon 2024, quand les trois sites seront regroupés sur le plateau de Saclay, et un PMP intermédiaire couvrant la période 2016-2024. Ces documents ont été élaborés à partir des précédents projets médicaux partagés et des réflexions menées dans le cadre de multiples groupes de travail. Nous avons ainsi pu participer à plusieurs de ces réunions portant sur la constitution d'un établissement unique. Les premières orientations ont été présentées en août 2016 aux médecins impliqués dans la démarche. Les documents ont ensuite été soumis au vote des instances et approuvés en septembre 2016.

Le PMP intermédiaire vise à détailler le processus de transformation des sites existants qui permettra entre 2016 et 2020 d'engager des restructurations majeures. Il s'agit concrètement de réduire les capacités, d'organiser un travail multi-sites pour les médecins ainsi que des pôles communs, dans le but de préparer un regroupement et un déplacement des trois communautés hospitalières dans l'établissement unique du plateau de Saclay. Ce PMP intermédiaire est décliné par grandes activités Médecine/Chirurgie/Obstétrique.

Quant au projet médical « Horizon 2024 », auquel nous avons pu contribuer par le biais de notre travail de recherche-intervention, il s'agit d'un document composé de quatre parties distinctes :

- La première partie comprend une analyse du territoire du futur hôpital : quelle sera la population desservie, quels seront ses besoins de soins, comment l'offre de soins sera-t-elle organisée ? Il s'agit d'un questionnement majeur étant donné la transformation démographique potentiellement importante mais teintée d'incertitudes du plateau de Saclay. A partir des travaux d'un cabinet de conseil, le projet médical détaille sur différentes zones géographiques l'évolution des parts de marché et de l'activité qui pourrait être induite par ce regroupement.
- La deuxième partie décrit les grandes orientations en termes de prise en charge : quelles activités, capacités, et organisation des filières proposer à la population ? Le futur hôpital est qualifié "d'établissement de proximité polyvalent". Un certain nombre de filières de recours sont d'ores et déjà identifiées avec le CHSF ou l'AP-HP. L'offre de chirurgie sera consolidée avec un panel assez complet de spécialités prises en charge, dans une volonté de poursuivre le virage ambulatoire.
- La troisième partie souhaite mettre en lumière le caractère « innovant » du futur hôpital. En ce qui concerne la prise en charge des patients, la progression d'une logique de parcours est mise en avant : *« L'acte aigu ne sera plus le point unique de la prise en charge, au GHNE 2024, chaque séjour sera construit dans une logique de parcours, et notamment en chirurgie programmée »* (PMP p. 22). Une transformation

numérique de l'organisation est aussi évoquée, afin de mieux connecter les différents acteurs de santé du territoire et de favoriser le recours à une médecine davantage préventive que curative.

- Enfin, la quatrième et dernière partie du projet médicale est axée sur la recherche. Elle évoque le développement de partenariats de recherche, notamment avec des acteurs localisés sur le plateau de Saclay, comme le CEA en ce qui concerne la neurologie et la santé mentale.

3. Le PMP du GHT 13

Le projet médical partagé du GHT 13 est plus succinct que celui du GHT 21-52. Sur une quarantaine de pages, il détaille des orientations stratégiques concernant huit grandes "filières". Il a été approuvé le 10 juillet 2017 après avis favorable des instances de ses 13 établissements membres (Conseils de surveillance, commissions médicales d'établissement, commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques, comités technique d'établissement et directoires).

Un court préambule rappelle les principaux objectifs de ce PMP, qui sont les suivants (page 5 du PMP) :

- *"Défendre collectivement une ambition de service public de santé et un maillage territorial pour mieux répondre aux besoins de la population;*
- *Favoriser l'attractivité de l'exercice médical et soignant;*
- *Soutenir l'activité des établissements;*
- *Développer ensemble la recherche et l'enseignement. "*

Deux des "filières" traitées dans le PMP ont été imposées par l'ARS : ce sont les filières urgences et psychiatrie. Trois filières prioritaires ont ensuite été identifiées suite au travail d'un consultant. Il s'agit des filières neuro-vasculaire, cardiologie interventionnelle et orthopédie-traumatologie, pour lesquelles des orientations générales sont décrites dans le PMP de juillet 2017 (par exemple : "définir la répartition des activités entre proximité et recours", "partager et harmoniser les pratiques sur le territoire", "améliorer la performance des établissements", etc.). Notons que ces orientations ne sont pas toujours fondées sur des constats ou objectifs quantifiés, ce qui entraîne chez certains acteurs des doutes sur leur mise en œuvre concrète et rapide. Enfin, les activités de biologie, d'imagerie et de pharmacie viennent compléter le spectre couvert par le PMP.

Par ailleurs, au deuxième semestre 2017, cinq autres filières devraient être traitées dans un complément à ce PMP : la cancérologie, le digestif, la gériatrie, la gynécologie et la pédiatrie.

Certains acteurs interrogés estiment qu'il ne s'agit en réalité pas là de filières, mais davantage de disciplines médicales. Ils regrettent qu'une logique de parcours n'ait pas été plus

clairement adoptée, comme c'est le cas dans d'autres GHT en France. Cela aurait selon eux permis de conduire des réflexions plus ciblées et d'aboutir à des orientations plus tangibles.

4. Synthèse de la section 1

Trois enseignements frappants sont à retenir de la description du contenu de ces trois projets médicaux partagés.

Premièrement, ils consacrent l'émergence de **nouveaux objets de coopération et de gouvernement**, comme le territoire et le parcours. Nous reviendrons sur ces deux objets dans les sections 2 et 3, consacrées à la question des parcours et de la territorialisation de la GRH médicale : quelle forme prend cette progression de la logique de parcours ? Quel impact entraîne-t-elle sur les professionnels ? Quel outillage de gestion est à déployer pour la mettre en œuvre ? Ce passage d'une logique orientée *séjour* à une vision *parcours* correspond à un premier changement de paradigme associé à la réforme des GHT.

Deuxièmement, le PMP apparaît comme un véhicule permettant aux établissements de **se saisir eux-mêmes de la question de la recomposition de l'offre de soins**. Alors que cette problématique était auparavant dévolue aux tutelles, ils sont désormais en capacité d'explorer et de proposer de nouveaux modèles d'organisation territoriale de l'offre de soins. Comme le souligne un délégué régional de la FHF, « *on assiste à une implication grandissante des acteurs de terrain sur la recomposition de l'offre.* » Cela entraînerait donc une deuxième rupture de paradigme, puisque l'on passe d'un hôpital-opérateur qui exécute les ordres de la tutelle, à un GHT-stratège, force de proposition pour explorer de nouvelles modalités d'organisation. Nous verrons dans la section 4 que cela nécessite le développement d'un outillage de gestion plus solide pour se doter de savoirs sur les nouveaux objets de gouvernement que sont les parcours et le territoire.

Enfin, le troisième enseignement frappant tiré de l'analyse de ces PMP est la forte **disparité des degrés d'avancements** des réflexions entre ces différents GHT. Le PMP du GHT 13, dont le périmètre a été choisi après plusieurs mois de tractations, sans faire aujourd'hui l'objet d'un parfait consensus, est à ce stade bien moins avancé que celui du GHT 21-52. La définition de la notion de filière y est selon certains acteurs un peu flottante, se rapprochant davantage de la discipline que du parcours, ce qui rend les orientations prises encore vagues. La suite du processus de coopération permettra peut-être à ces acteurs de préciser ces orientations en affinant leur projet médical partagé, à condition qu'il puissent capitaliser sur les expériences menées dans d'autres GHT de France.

SECTION 2

LA COORDINATION AUTOUR DE LA CONSTITUTION DES PARCOURS

Nous soulignons dans cette section que le PMP a pour objectif de formaliser la coordination des membres du GHT suivant une logique de parcours, ce qui implique de redéfinir le rôle de chaque acteur et l'articulation de ces rôles sur le territoire, suivant une logique de gradation des soins. Si les enjeux associés sont de taille, les obstacles susceptibles de freiner cette dynamique sont nombreux. Nous présentons toutefois plusieurs initiatives concrètes allant dans le sens d'une meilleure intégration des soins, en tout cas à l'échelle des établissements GHT, ce qui constitue le début d'un processus d'apprentissage collectif sur la constitution des parcours.

1. Les enjeux de la progression d'une vision « parcours »

De nombreux enjeux rendent nécessaire la progression d'une logique de parcours à l'hôpital, aux dépens de la vision orientée *séjours* qui prédominait jusqu'à présent.

▪ Une meilleure prise en charge pour les patients ...

Tout d'abord, la progression des savoirs médicaux, la spécialisation des acteurs de santé et la dispersion des expertises rendent nécessaire une meilleure articulation entre les différentes structures participant à la prise en charge des patients. Un travail de coordination de plus en plus complexe est donc à mener. Le contexte tendu en matière de démographie médicale accentue cette dispersion des compétences. Pour certaines pathologies, il n'est donc plus possible d'organiser l'intégralité dans la prise en charge d'un patient dans un établissement périphérique, faisant de la structuration de parcours avec les établissements de recours une nécessité (voir propos ci-dessous).

« Compte tenu de la démographie médicale, compte tenu des progrès de la médecine, il y a des activités qu'on ne peut plus faire dans son coin. L'accès aux soins de qualité pour le patient passe forcément par un parcours de patients, ça ne se fait plus, quelqu'un qui serait traité pour un cancer dans un hôpital de proximité. [...] Donc forcément, on ne peut pas avoir cela en un lieu unique, d'abord ça ne serait pas rentable, et puis en plus ce n'est pas possible, compte tenu de la démographie médicale, compte tenu de certaines hyper-spécialisations, d'avoir dans un lieu unique un guichet médical unique. Donc forcément, il faut qu'on travaille ensemble. » (Extrait d'un entretien avec un médecin exerçant dans un établissement périphérique).

▪ **... Et un levier de performance pour les établissements.**

Par ailleurs, la structuration des parcours représente un véritable enjeu de performance économique pour les établissements. En effet, en procédant à une meilleure structuration des filières de recrutement de patients en amont de la prise en charge aiguë, les établissements de recours peuvent espérer bénéficier de gains de parts de marché, dans un contexte concurrentiel parfois intense (voir propos ci-dessous). D'autre part, la fluidification des filières aval (transfert des patients dans un établissement périphérique après la prise en charge aigue sur l'établissement pivot) leur permettrait de gagner en performance en diminuant les durées moyennes des séjours.

« Le GHT repose sur deux piliers, deux objectifs. Premièrement : apporter de la proximité sur des spécialités qui disparaissent petit à petit sur le territoire. Deuxièmement, il y a le volet commercial: augmenter l'activité du CH [support], en considérant le parcours patient comme une filière commerciale. Les autres CH seraient nos succursales, donc je n'ai pas intérêt à ce qu'ils ferment. » (Extrait d'un entretien mené avec un membre de la direction d'un CH support).

Quant aux hôpitaux périphériques, justement, cette organisation des parcours pose de réels questionnements car elle implique parfois des transformations importantes de leur modèle organisationnel et économique. Nous y reviendrons.

2. L'émergence de plusieurs initiatives

L'élaboration des PMP a permis d'identifier de nombreux dysfonctionnements existant en matière de coordination autour de la prise en charge des patients. Dans certains GHT, on envisage d'ailleurs de pousser plus loin cette démarche en adoptant une modélisation proche de la méthode du patient traceur³⁶ de la HAS, afin d'identifier les points de rupture dans la prise en charge des patients.

Ainsi sur le GHT 21-52, des modélisations précises des parcours ont été effectuées afin d'identifier les principaux points de rupture dans la prise en charge des patients (voir exemple figure 11) puis de proposer des actions correctrices. Des listes de mesures à prendre ont été dressées, sous forme de fiches-actions, avec différents degrés de priorités.

³⁶ « La méthode du patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement, ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et inter-disciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches ». (Source : site internet de la HAS).

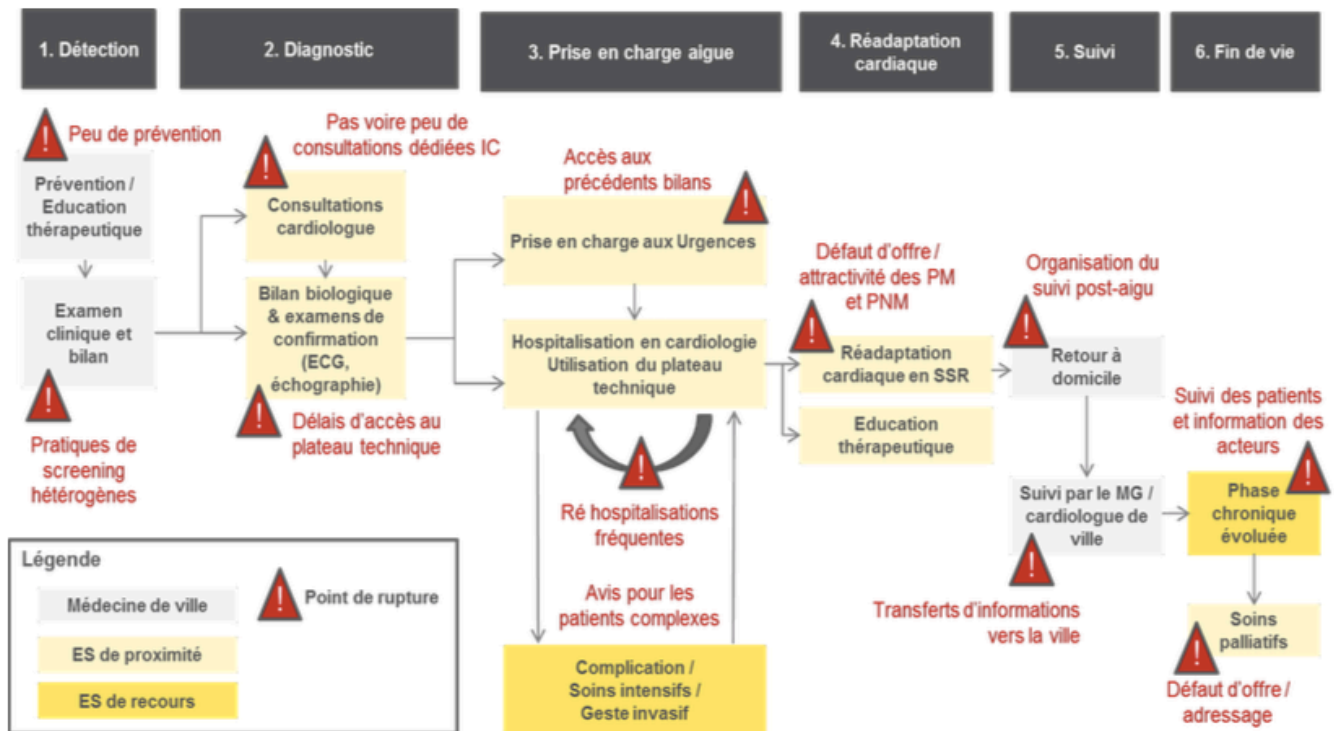


Figure 11 - Exemple de modélisation et d'identification des points de rupture d'un parcours (Parcours "Insuffisant cardiaque, PMP du GHT 21-52)

L'identification de ces dysfonctionnements a permis de dégager un certain nombre d'orientations concrètes pour améliorer l'organisation des parcours, en déclinant certaines recommandations formulées dans la littérature ou par des sociétés savantes. En voici quelques exemples :

- le développement de consultations avancées faites par des spécialistes de l'établissement support dans les hôpitaux périphériques;
- l'introduction de nouveaux moyens de communication, par exemple en appui des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), ou pour permettre la généralisation de la télé-imagerie et télé-expertise;
- la mise en place de formations à destination des professionnels médicaux et paramédicaux, afin de rendre plus fluides l'adressage et la prise en charge des patients sur certaines pathologies;
- la création ou la transformation de structures de prise en charge (Unités de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires, SSR, unités de soins palliatifs, etc.);
- le développement de l'éducation thérapeutique pour les patients.

Dans la suite de la thèse, nous nous penchons principalement sur le volet "consultations avancées" de ces PMP.

Par ailleurs, un des objectifs de cette logique de parcours est de promouvoir la mise en œuvre du virage ambulatoire. Ainsi, la directrice de la performance du GHT Nord Essonne estime que l'organisation multi-sites facilite le développement de l'ambulatoire, en rendant par exemple possible la conversion d'urgences accueillies sur un site en prise en charge ambulatoire le lendemain ou le surlendemain sur un autre site du groupement. Ceci concerne par exemple les panaris (inflammation des doigts due à une infection).

3. Les difficultés rencontrées : de la nécessité d'outiller ces parcours

Plusieurs obstacles sont toutefois rencontrés lors du déploiement de ces parcours. Ils sont de natures diverses.

Tout d'abord, certains acteurs estiment que la réflexion territoriale sur la prise en charge des patients demeure inachevée, les GHT restant par construction hospitalo-centrés. Les acteurs libéraux ou médico-sociaux ne sont que ponctuellement associés aux discussions, bien qu'ils jouent un rôle déterminant dans l'organisation des parcours. Si les groupements inter-hôpitaux peuvent toutefois permettre une première formalisation de l'organisation de filières de soins entre établissements périphériques et de recours, certains des GHT peinent à atteindre cette première étape en raison de périmètres qui ne correspondent pas toujours aux habitudes de coopérations ou aux flux naturels de la population.

D'autre part, il existe des difficultés d'ordre purement organisationnel : problèmes de communication entre les services de différents établissements, systèmes d'informations qui dialoguent encore peu entre eux, difficultés de coordination entre les professionnels pour le suivi d'un patient à la suite d'une intervention pratiquée par un médecin d'un autre établissement, etc.

Enfin, le modèle de financement à l'activité est d'après de nombreux acteurs inadapté à une logique de parcours. En effet, ce système rémunère chaque établissement sur la base d'un séjour. Chaque acteur va donc avoir tendance à chercher à maximiser ses recettes en conservant dans son établissement le maximum de séjours, sans nécessairement adopter une vision plus globale de la prise en charge du patient. D'autre part, la T2A n'incite pas directement les acteurs à partager des ressources productrices de valeur, qu'ils s'agisse de ressources humaines (les médecins qui produisent les actes) ou matérielles (un plateau technique de chirurgie par exemple).

Nous revenons sur cette question dans la section 4, dans laquelle nous nous interrogeons sur la possibilité de construire des modèles de coopération « gagnant-gagnant » en composant avec la T2A. Ce problème soulève selon nous la question du manque d'outils de gestion pour mieux appréhender l'objet « parcours », question au cœur du travail de recherche-intervention mené sur le GHT 21-52.

4. Conclusion de la section 2

Cette progression de la logique de parcours entre les établissements d'un GHT entraîne une évolution de certains métiers, qui devront se transformer pour venir en appui à la structuration des filières. Ainsi, par exemple, les directeurs des soins des établissements support devraient dorénavant adopter une vision plus territoriale, en veillant à l'harmonisation des dispositifs de prise en charge des patients entre établissements. Dans la section 3, c'est sur l'évolution du métier de *médecin hospitalier* que nous nous concentrons, en étudiant le processus de territorialisation de la gestion des ressources humaines médicales. Cette dynamique est accélérée par la progression du paradigme de parcours.

SECTION 3 UNE TERRITORIALISATION DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES

Dans cette section, nous nous attardons sur un des effets de cette progression de la logique de parcours sur les professionnels hospitaliers. De nombreuses investigations sont en effet menées par les acteurs afin de mettre en place une vision territorialisée de la GRH médicale. Cette territorialisation pourrait marquer un tournant important dans le lien jusqu'ici univoque entre un médecin et son établissement, et donc dans l'identité professionnelle du médecin hospitalier. Nous rappelons les enjeux que cette transformation véhicule dans le cadre des GHT. Elle répond à une double finalité : pallier la pénurie de médecins spécialistes dans les établissements peu attractifs, mais également venir en appui à la structuration de filières de soins. Nous décrivons les formes que cette territorialisation revêt. Enfin, nous montrons qu'en raison du manque d'accompagnement des tutelles sur cette question, les établissements doivent tâtonner, explorer et innover pour organiser ces nouvelles pratiques. Nous revenons ainsi sur le travail de recherche-intervention mené sur un des terrains d'études, qui avait pour but de proposer un modèle économique et organisationnel pour encadrer l'exercice multi-sites des médecins. Des préconisations ont à cette occasion été formulées pour accompagner le déploiement des médecins dans des hôpitaux périphériques.

1. Une territorialisation qui répond à une double finalité

La dynamique de territorialisation de la GRH médicale revêt une double finalité.

Premièrement, comme nous l'avons vu dans la section 2, ce partage de compétences médicales vient en appui à la structuration des filières de soins inter-établissements, grâce au développement de consultations avancées par exemple, permettant d'organiser une meilleure orientation des patients vers les structures de recours les plus adaptées à leur prise en charge.

Deuxièmement, il s'agit de pallier les pénuries parfois importantes de médecins dans certains établissements, principalement dans les hôpitaux périphériques isolés. On pourrait toutefois se demander s'il s'agit d'une solution durable ou bien d'un « *pansement sur une jambe de bois* », pour reprendre les termes d'un médecin interrogé dans un établissement support. En effet, cette démarche, qui ambitionne d'améliorer l'attractivité des établissements périphériques, peut si elle est mal encadrée non seulement s'avérer insuffisante, mais également engendrer un effet repoussoir et pousser les jeunes médecins à rejoindre d'autres modes d'exercice que l'hôpital public. Revenons plus précisément sur ce problème de la pénurie de ressources médicales, afin de mieux le caractériser, d'en identifier les causes et les possibles solutions.

A. Le constat de la pénurie : une démographie médicale localement sinistrée

Sur les terrains étudiés, la situation est variable en fonction des bassins de vie et du profil des établissements. Les hôpitaux supports, de tailles plus importantes, sont relativement épargnés par ce problème, même s'ils peuvent connaître localement quelques difficultés sur des spécialités en tension comme l'anesthésie. La situation est en revanche particulièrement complexe dans les établissements périphériques, situés dans des communes isolées et peu attractives pour de jeunes médecins, et qui n'offrent pas toujours les mêmes conditions d'exercice professionnel (travail en équipe, accès à un plateau technique de pointe, possibilité de faire de la recherche, etc.).

Certaines spécialités sont en tension : ce sont souvent celles pour lesquelles l'hôpital public souffre le plus de la concurrence des établissements privés. Ainsi, 26% des postes d'anesthésistes sont vacants dans les hôpitaux publics français³⁷. La radiologie est également particulièrement concernée.

Sur le GHT 21-52, un diagnostic de la couverture médicale des établissements a été réalisé par un cabinet de conseil, en vue de l'élaboration du projet médical partagé. Les CH périphériques de Semur-en-Auxois et de Chaumont sont singulièrement touchés par cette pénurie, avec un nombre important de postes non pourvus, en particulier sur les urgences et l'anesthésie.

Cette pénurie de médecins entraîne des inégalités d'accès aux soins sur le territoire, soit parce que certaines offres n'existent pas ou plus, soit parce que les délais d'attentes sont très longs. Les patients sont alors souvent orientés par les praticiens de ville vers des cliniques privées parfois distantes, ce qui pose des difficultés d'accès en raison de l'éloignement géographique et des dépassements d'honoraires qui peuvent être pratiqués.

³⁷ Source : syndicat national des PH anesthésistes-réanimateurs, 2012

B. Les causes de la pénurie

Les problèmes locaux de démographie médicale proviennent en partie de causes nationales. Le nombre de médecins des études de médecine a ainsi été diminué dans les années 90, avec une volonté de diminuer les dépenses de santé en réduisant l'offre. Devant les effets mitigés de cette mesure, ce nombre a été finalement remonté dans les années 2000, mais les effets de cette bascule commencent uniquement à poindre³⁸. De plus, les départs massifs à la retraite de la génération du baby-boom accentuent cette pénurie. Ainsi, selon le rapport Le Menn³⁹ sur l'attractivité médicale (2015), on pourrait compter environ 30% de départs à la retraite parmi les praticiens hospitaliers entre 2015 et 2020. Enfin, les récentes réformes sur le décompte du temps de travail accentuent selon certains acteurs interrogés la situation de pénurie, en réduisant par exemple le temps de travail des urgentistes.

S'il s'agit bien d'un problème national, ce phénomène touche de manière hétérogène le territoire français. La liberté d'installation des médecins fait que certaines régions et certains profils d'établissements sont de plus en plus concernés⁴⁰. Comment expliquer la faible attractivité de certains établissements publics? Les entretiens que nous avons réalisés avec des médecins hospitaliers permettent en partie d'y répondre. Les hôpitaux publics, de manière générale, souffrent d'un problème d'attractivité : la rémunération y est souvent moins importante que dans le secteur libéral. Les conditions de travail sont parfois jugées pénibles par les acteurs interrogés (isolement dans les petits établissements, gardes et astreintes fréquentes, lourdeurs administratives, etc.). Quant à l'intérêt que les médecins ressentent pour leur poste, s'il peut être réel dans les établissements de taille importante et notamment dans les CHU, il est parfois plus limité dans les petits établissements isolés (peu de recherche, manque de technicité des équipements et des activités, vétusté des locaux, isolement, etc.)

Face à ce constat, une question se pose : quels leviers déployer pour pallier cette pénurie et permettre aux établissements de faire face à une demande souvent en augmentation⁴¹ ?

C. Des solutions palliatives insuffisantes

De manière générale, les acteurs interrogés indiquent que leurs leviers d'action sont réduits pour augmenter le recrutement aux dépens des cliniques privées. Les contraintes statutaires et budgétaires limitent les possibilités d'offrir des rémunérations réellement compétitives. Par conséquent, ce sont souvent des solutions palliatives de court terme qui sont

³⁸ Source : Ordre National des Médecins

³⁹ *L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public*, par Jacky Le Menn et Paul Chalvin, rapport remis au Ministère de la Santé le 23 juin 2015.

⁴⁰ Source : DREES

⁴¹ On mesure par exemple une hausse de 3,1% du nombre de passages aux urgences entre 2014 et 2015 dans les établissements publics de santé (DREES, 2017)

déployées pour pallier la pénurie : le recours à l'intérim et aux vacations d'une part, et le recrutement de médecins à diplômes étrangers d'autre part.

Le recours à l'intérim ou aux vacations est depuis plusieurs années en augmentation dans les hôpitaux⁴². Ce mode d'exercice est particulièrement coûteux pour les établissements. Les intérimaires touchent des rémunérations importantes, ce qui fait que de plus en plus de médecins choisissent ce mode d'exercice, comme l'illustre le propos ci-dessous.

« Alors en anesthésie on a recours à des vacataires, essentiellement, avec une situation qui est assez curieuse, c'est qu'on finit par avoir des vacataires qui sont plus stables que les titulaires. [...] Oui, parce qu'en fait, en anesthésie, c'est pas compliqué, les vacataires, ils vont venir travailler trois jours dans la semaine, et ils vont avoir le même revenu que le praticien hospitalier qui est à temps complet. Donc ce qu'on a de temps en temps, c'est des gens qui prennent un poste de praticien hospitalier, quand ils sortent du clinicat ou quand ils viennent de valider leur cursus. Ils travaillent un an ou deux, ils démissionnent, et puis on les voit revenir comme vacataires. » (Extrait d'un entretien avec un médecin hospitalier)

Certains hôpitaux isolés sont devenus dépendants de ce type de profil de médecins, malgré les coûts importants et l'instabilité que cela induit. A titre d'exemple, le CH de Chaumont a consommé à lui seul 2729 journées d'intérim médical en 2015, contre uniquement 42 pour le CHU de Dijon⁴³. La plupart concernent l'anesthésie et les urgences.

Le recrutement de médecins à diplômes étrangers peut quant à lui poser problème en raison de son manque d'encadrement, si l'on en juge par les propos des directeurs interrogés. Si certains de ces médecins sont jugés parfaitement compétents par leurs collègues formés en France, il existe de fortes disparités de qualité de formation, et les établissements sont peu outillés pour évaluer les compétences de ces médecins et leur apporter des formations complémentaires. Une des orientations envisagées sur le GHT 21-52 serait à ce titre de proposer aux établissements périphériques l'expertise des professeurs du CHU de Dijon pour mieux encadrer ce type de recrutement.

D. La mobilité des médecins comme solution plus durable ...

Afin de mettre en place une solution plus durable, les pouvoirs publics ont promu le développement de la mobilité des médecins, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre des GHT. Il s'agit de proposer à des médecins de l'établissement support de venir effectuer

⁴² *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte : Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public*, Rapport publié par O. Véran, député de l'Isère, en décembre 2013.

⁴³ Source : Diagnostic de la couverture médicale des établissements du GHT 21-52 réalisé dans le cadre de la préparation du PMP par un cabinet de conseil.

une ou deux journées par semaine dans un établissement périphérique, afin de consolider les effectifs présents sur place et éventuellement de proposer de nouvelles activités avec une offre enrichie de consultations de spécialité.

Pour le directeur général d'un établissement périphérique que nous avons interrogé, (voir propos ci-dessous), l'opération ne consiste pas à demander à l'établissement support de combler tous ses postes non pourvus, ce qu'il serait d'ailleurs en peine de faire, mais plutôt de consolider ponctuellement les effectifs, de rapprocher les deux communautés médicales suivant une logique de gradation des soins, afin d'engager une dynamique vertueuse qui permettrait à l'hôpital périphérique de regagner en attractivité.

« Je n'attends pas de la part du CHU le côté « divine providence » qui va me remplir tous mes tableaux de garde et tous mes postes manquants. Je vois plutôt un moyen pour mettre en œuvre de vraies équipes de prise en charge, avec recours sur des plateaux techniques de pointe, gradation de prise en charge, ça me paraît plus réaliste, et de travailler sur un moyen terme [...]. Donc on sait bien que ça va passer par une fidélisation des internes, une approche à travers les postes de spécialistes à temps partagés, une approche à travers les consultations avancées, pour redonner une puissance à ces parcours, et à bien faire comprendre qu'il peut être intéressant pour un professionnel de venir travailler sur notre établissement, sachant qu'à tout moment il a l'appui direct et indirect du CHU, plutôt que de dire qu'on attend que le CHU remplisse nos tableaux de garde. » (Extrait d'un entretien réalisé avec le directeur général d'un établissement périphérique).

Les Agences Régionales de Santé sont en faveur du développement de cet exercice partagé, en particulier pour les jeunes médecins. Elles financent ainsi parfois des postes d'Assistants Partagés entre un CHU et un CH périphérique, en espérant que le jeune médecin reste sur une période la plus longue possible dans l'établissement en question (voir propos ci-dessous).

« En fait, c'est quelque chose qui est très demandé, notamment par les CH de la grande couronne, parce que quand vous n'arrivez pas à recruter, c'est impossible de faire venir des jeunes à Provins par exemple. Quand vous dites aux jeunes, vous savez assistant, c'est après l'internat, tu vas avoir un mi-temps à la Pitié, où tu vas te former auprès des plus grands professeurs, et tu vas faire en cardiologie, disons de la rythmologie, des choses que tu ne feras peut-être pas ailleurs. Et en parallèle, tu fais deux ou trois ans à Provins. S'il se plaît à Provins, à la fin de son assistantat, il peut prendre un poste de PH. Pour Provins c'est tout bénéf. Et pour le jeune, peut-être qu'il ne se plaira pas à Provins, mais s'il veut par exemple travailler en libéral, il aura l'expérience d'un CHU au delà de son internat, donc c'est aussi intéressant pour lui. » (Extrait d'entretien réalisé avec un responsable de l'ARS Ile-de-France).

Une autre piste, en stade de développement pour l'instant, serait de généraliser le recours à la *télémédecine*, afin d'éviter les déplacements de médecins et de permettre la mise en place de consultations à distance.

E. Dans l'attente de solutions à plus long terme ...

Si cette dynamique de partage des ressources entre différents établissements se développe, certains acteurs se montrent dubitatifs et estiment qu'il s'agit davantage d'un « *pansement sur une jambe de bois* » que d'une réelle solution durable. En effet, l'hôpital support est parfois lui-même en difficulté, et il est alors difficile d'apporter un soutien pérenne aux établissements périphériques. Il est alors nécessaire d'envisager d'autres pistes pour répondre à ce problème de pénurie médicale.

▪ **La concentration plutôt que la territorialisation ?**

Sur le GHT Nord Essonne, la territorialisation des équipes n'est qu'une étape intermédiaire avant le regroupement de toutes les activités sur un établissement unique, un hôpital neuf et supposément plus attractif. L'idée est également de concentrer l'offre de soins sur un nombre réduit de structures, afin d'éviter le « saupoudrage » de ressources devenues rares (voir propos ci-dessous).

« On a pléthore d'établissements publics, et malheureusement on a une espèce de saupoudrage des moyens humains [...] Et donc on a des anesthésistes qui sont saupoudrés sur... Il y a 8 hôpitaux publics, je crois, en Essonne, ou 7 hôpitaux publics, vous voyez, il va y avoir 6 plateaux techniques chirurgicaux et anesthésiques. Ça n'a pas beaucoup de sens, quand même, on aimerait bien pouvoir regrouper les moyens ! Donc ça, ça explique une partie de la pénurie, il y a trop d'offre, et elle pour le coup, elle n'est pas régulée par l'ARS. » (Extrait de l'entretien réalisé avec un médecin du GHT Nord Essonne).

Cette concentration est peut-être réalisable dans des bassins densément peuplés sur lesquels les plateaux techniques ne sont distants que de quelques kilomètres. En revanche, elle semble plus complexe à mener dans des régions rurales. C'est ainsi que plusieurs plateaux techniques sont maintenus par les pouvoirs publics en dépit de leurs grandes difficultés de fonctionnement, afin de couvrir les besoins de la population locale.

▪ **Plus de régulation de l'installation des médecins ?**

Par ailleurs, certains acteurs appellent à une plus grande régulation territoriale de la distribution des médecins, impliquant une restriction de leur liberté d'installation : « *Si on ne remet pas en cause la liberté d'installation, les GHT ne changeront rien* » (Extrait d'un entretien réalisé avec le DG d'un CH périphérique). Cependant, cette proposition a jusqu'à présent été écartée par la puissance publique en France.

F. A l'aube d'une révolution pour l'exercice médical ?

En dépit des critiques qui peuvent être formulées à son encontre, cette territorialisation de la GRH médicale pourrait concerner un nombre élevé de professionnels. Ainsi, le PMP du GHT 21-52 précise qu'un « *temps de coopération médicale est nécessaire pour tout recrutement au CHU quelque soit le statut, depuis octobre 2016* ». Le développement de cet exercice territorial constitue une évolution importante dans l'identité professionnelle du médecin. En effet, il s'agit d'une rupture dans le lien jusqu'ici univoque entre un médecin et son établissement, remontant aux ordonnances Debré de 1958.

Ce type de pratiques pourrait à l'avenir ouvrir la voie à d'autres évolutions, comme le développement d'une véritable GPEC⁴⁴ territorialisée pour les ressources médicales.

2. Modalités et enjeux de la territorialisation

A. Différentes formes de territorialisation

A présent que nous avons rappelé les finalités de cette territorialisation, voyons les différentes formes qu'elle peut prendre. Elles varient en fonction du degré de formalisme et de la maturité des coopérations:

- La mise à disposition de médecins d'un établissement à un autre. C'est le schéma que nous avons étudié sur le GHT 21-52 et sur la CHT Pays Provençal (voir infra). Le médecin est dans ce cas statutairement attaché à un établissement, tout en exerçant une partie de son temps dans un autre établissement.
- Les équipes médicales communes : il s'agit plus d'une notion managériale que juridique. Nous avons pu en voir un exemple sur le GHT Nord Essonne (voir infra).
- Les Fédérations Médicales Inter-Hospitalières (FMIH). La FMIH est un dispositif juridique⁴⁵ formalisant un rapprochement d'activités médicales entre établissements.
- Enfin, les pôles inter-établissements constituent la forme la plus intégrée de gestion territorialisée des ressources humaines médicales. Ce dispositif est évoqué dans le décret d'application d'avril 2016 mais reste encore peu déployé dans les GHT.

⁴⁴ GPEC = Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

⁴⁵ Les FMIH ont été créées par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 5, le **GHT Nord Essonne** est le plus intégré et le plus avancé en matière de coopérations médicales. Des équipes communes entre les deux établissements (et trois sites) y sont progressivement en cours de constitution. Le PMP rappelle ainsi qu'il s'agit de « *développer des pôles communs et des équipes communes multi-sites pour préparer l'hôpital de Saclay* ». Cette vision « équipe unique » est facilitée par la logique de fusion à court terme. En effet, l'obstacle lié à la T2A n'y est pas présent, à la différence des deux autres terrains, c'est-à-dire que les transferts de ressources et d'activités ne posent pas le même problème que si les établissements devaient rester budgétairement indépendants. Il reste toutefois un certain nombre de difficultés d'autres formes à surmonter, comme les inimitiés parfois encore fortes entre les communautés médicales d'Orsay et de Longjumeau, ou encore l'existence de règles différentes de gestion du temps de travail.

Ainsi, par exemple, le PMP du GHT Nord Essonne indique qu'en chirurgie, l'idée est de créer une « *réelle équipe commune sur les deux sites, avec une seule permanence des soins et l'ensemble des chirurgiens intervenant sur les deux sites* ». Notons que nous sommes ici plutôt dans une optique de réduction des effectifs dans le but de préparer l'installation sur le plateau de Saclay, qui se traduira par une baisse de l'activité globale de chirurgie du groupement.

Sur les deux autres terrains étudiés, la coopération médicale est moins avancée. On ne parle pas encore d'équipes uniques, mais plutôt de mises à disposition ponctuelles de médecins de l'établissement support à des hôpitaux périphériques. Il s'agirait pour les médecins de l'établissement support de pratiquer des consultations avancées, ou de réaliser des actes générant des recettes T2A dans les établissements de proximité. Un adressage de patients serait par ailleurs organisé vers le CHU, pour les interventions nécessitant une utilisation du plateau technique de recours. La répartition des activités entre les sites se ferait suivant une logique de gradation des soins. L'objectif est d'apporter du renfort aux établissements périphériques, pour leur permettre de maintenir certaines activités, mais également dans certains cas de créer de nouvelles offres (consultations spécialisées par exemple). Dans la suite, nous nous intéresserons uniquement à ce mode d'exercice territorial, car il pose de nombreuses questions dans un contexte d'autonomie des établissements.

La **figure 12** présente un exemple d'organisation de cette mise à disposition de médecins sur le GHT 21-52. Dans le cas des parcours « insuffisant cardiaque », un cardiologue du CHU irait pratiquer des consultations avancées dans un CH périphériques, tout en adressant éventuellement plusieurs patients sur le plateau technique de cardiologie interventionnelle du CHU quand leur prise en charge le requiert. Pour le parcours « cancer digestif », un gastro-entérologue du CHU irait réaliser des endoscopies diagnostiques dans un CH périphérique, générant par la suite un adressage en chirurgie digestive dans cet établissement ou vers le CHU. Ce type d'organisation, déjà mis en œuvre dans plusieurs spécialités et avec plusieurs établissements, est en passe de monter en puissance avec la constitution du GHT.

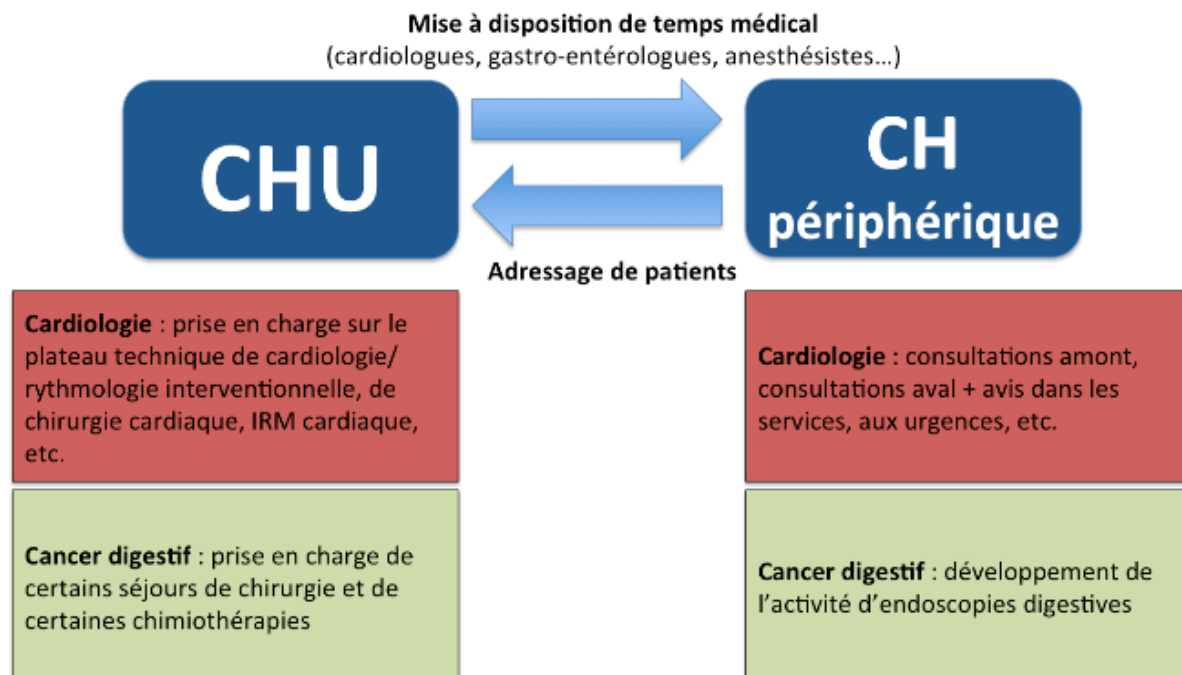


Figure 12 - Exercice territorial des médecins et gradations des soins : l'organisation envisagée pour deux parcours (parcours insuffisant cardiaque en rouge et parcours cancer digestif en vert)

B. Enjeux associés

En théorie, les **avantages** de ce partage de ressources médicales entre plusieurs établissements sont multiples. L'intérêt pour le patient, comme nous l'avons déjà évoqué, reposerait sur le renforcement de l'offre de soins de proximité et la mise en œuvre de parcours de soins plus lisibles et plus accessibles.

Pour le CH support : cette coopération permettrait un renforcement des filières d'adressage et des gains de parts de marché d'une part, ainsi qu'une consolidation des filières aval et réduction des durées de séjour d'autre part.

Les CH périphériques peuvent en espérer la pérennisation voire la création d'activités médicales.

Quant aux médecins interrogés, ils estiment que cet exercice territorialisé présente les intérêts suivants :

- Une diversification d'activité, avec par exemple la possibilité de réaliser des consultations plus généralistes en complément d'une activité plus technique au CHU ;
- Une prise de responsabilité, en étant identifié comme un spécialiste référent dans un établissement de proximité ;

- La possibilité de nouer des liens avec les praticiens du territoire ;
- Le sentiment de contribuer à la bonne santé financière de leur établissement en consolidant les filières d'adressage. Plus généralement, certains praticiens mettent en avant « l'esprit de service public » qui peut les encourager à pratiquer un exercice multi-sites ;
- Enfin, ils espèrent en tirer une valorisation financière intéressante.

Néanmoins, en pratique, il existe une part de **risques et d'incertitudes** pour les différents acteurs, qui correspondent à autant d'enjeux à appréhender. Les entretiens réalisés sur les trois terrains nous ont permis d'identifier ces inquiétudes.

Le **CH support** redoute un manque à gagner et une désorganisation dans ses services cliniques. En effet, il peut craindre de devoir jouer le rôle « d'agence de recrutement » pour le compte des établissements du GHT, sans en tirer d'intérêt financier (voir propos ci-dessous). Il faut rappeler que le mode de financement à l'activité est a priori défavorable au partage de ressources productrices de valeur. Nous y reviendrons dans la section 4.

« C'est comme ça [une « agence de recrutement »] que les autres établissements nous regardent. Sauf que la position que nous avons, c'est OK, pourquoi pas, mais d'abord on va parler de compensations financières. Parce que tout à l'heure, quand je vous ai parlé de rémunération du praticien, on n'a pas parlé du dédommagement de l'établissement support, de toute la question de la refacturation. Qu'est-ce qu'on refacture ? Est-ce qu'on refacture le salaire, majoré ou non de frais de gestion ? Est-ce qu'on y rajoute le manque à gagner pour notre établissement, c'est-à-dire ce que le praticien aurait produit s'il était resté chez nous ? [...] Et puis notre position est claire : on fait des consultations avancées, on fait tout ce qu'on peut faire dans l'établissement périphérique, mais il faut que cela nous permette d'alimenter nos filières de recrutement de patients. Et là, on revient à la principale raison pour laquelle nous nous engageons dans le GHT, c'est-à-dire d'asseoir ou d'assurer une certaine pérennité à notre structure. » (Extrait d'un entretien réalisé avec un membre de la direction d'un établissement support).

Pour les **CH périphériques** : l'arrivée de médecins du CH support peut ne pas être rentable si les activités exercées se limitent à des actes externes peu rémunérateurs, et si l'on observe une perte de file active au profil du CHU pour les séjours d'hospitalisation.

« Pour moi l'objectif n'est atteint que si on renforce la prise en charge locale, et que l'on utilise le CH support que comme un service de recours. Si l'objectif c'est de ramener toute l'activité sur le CH support, d'une part il n'y arrivera pas en termes de place et de capacité de prise en charge, mais en plus ça va dénaturer le principe du GHT tel qu'on le conçoit. Donc au contraire, il faut qu'on soit très vigilant à ça. [...] L'objectif n'est vraiment pas de dégarnir. Si c'était ça l'objectif, je pense que personne n'aurait voulu y aller, ou alors ça ne s'appelle pas de la même manière. On devient des établissements satellites du CH

support et on renforce le CH support en vidant une partie des établissements satellites. Or ce n'est pas l'objectif que l'on conduit les uns et les autres, ni même les ARS. » (Extrait d'entretien réalisé avec le directeur général d'un établissement périphérique).

Enfin, les **médecins** interrogés indiquent que ce exercice multi-sites présente de multiples contraintes :

- Des déplacements souvent pénibles (parfois plus de 200 km par jour aller-retour dans certains GHT) ;
- Un travail dans un environnement (plateau technique et équipes médicales et paramédicales) mal maîtrisé ;
- L'utilisation d'équipements potentiellement moins performants que sur le CHU ou le CH support ;
- Le problème de l'accès aux données médicales ;
- Le problème éventuel du suivi post-opératoire en cas d'intervention dans un site de proximité ;
- La charge de travail supplémentaire à absorber par leur service du CH support.

En raison de ces multiples contraintes, les médecins interrogés souhaiteraient une valorisation financière plus importante que la prime multi-sites actuellement existante, ainsi qu'un meilleur encadrement organisationnel, ce qui est jugé essentiel. D'où la nécessité de réfléchir à un modèle « gagnant-gagnant » à la fois pour le CH support, pour le CH périphérique et pour le médecin, sans quoi il sera difficile de susciter l'adhésion des acteurs.

C. Un accompagnement limité des tutelles

Sur toutes ces questions, que l'on retrouve dans de nombreux GHT de France, force est de constater que les tutelles fournissent un accompagnement limité. En effet, elles ne suggèrent que peu d'indications (aucune référence dans le vademecum sur les GHT proposé par la DGOS par exemple) pour déployer cette territorialisation. Les outils qu'elles proposent sont jugés insuffisants sur le terrain : la prime multi-sites qualifiée « d'aumône » par certains managers hospitaliers est désormais remplacée par une prime d'exercice territorial dont le montant est toujours jugé insuffisant pour convaincre certains médecins d'adhérer à cet exercice multi-sites. Il n'existe pas non plus de proposition de modèle économique permettant de construire des coopérations « gagnant-gagnant » entre établissements.

Ce manque d'accompagnement des tutelles pousse les acteurs locaux à « se débrouiller » et à explorer de nouvelles solutions, pour essayer de lever les résistances des acteurs qui manifestent leurs inquiétudes. De ce fait, nous estimons que les GHT constituent un potentiel laboratoire d'innovations en matière de GRH médicale. Dans le paragraphe suivant, nous revenons sur le travail de recherche-intervention demandé par la direction du CHU de Dijon afin de réfléchir à un modèle économique et organisationnel permettant de susciter cette adhésion des acteurs.

3. Une territorialisation à encadrer : retour sur un travail de recherche-intervention

A. Rappel des objectifs

En janvier 2016, dans le cadre de la constitution du GHT 21-52, la direction du CHU de Dijon a fait appel à nos services. Elle a commandé une étude dans l'optique de proposer un modèle permettant d'encadrer l'exercice multi-sites des médecins, en passe de se développer largement.

Plus précisément, plusieurs questions se posent. Comment modéliser les flux d'activité associés, les coûts et les recettes correspondant ? Comment encourager et encadrer cette mobilité RH ? Le partage de ressources médicales peut-il constituer une stratégie « gagnant-gagnant », ou bien s'agit-il nécessairement d'une coopération déséquilibrée, dans laquelle au moins un des acteurs ne verrait pas d'intérêt à agir ? Etant données les contraintes présentées plus haut, l'objectif du travail mené était de répondre à deux enjeux, que nous avons reformulés de la manière suivante :

- ⇒ **Comment convaincre les médecins d'adhérer à cet exercice multi-sites ?** Quel profil cibler, quel accompagnement organisationnel mettre en place et quels leviers incitatifs actionner ?
- ⇒ **Comment susciter l'adhésion des établissements ?** Peut-on concilier T2A et coopération pour construire un modèle économique « gagnant-gagnant » ?

L'étude avait donc pour objectif de fournir deux types de « livrables ».

Premièrement, des préconisations de GRH permettant de favoriser l'adhésion des médecins à cet exercice territorial. Ce volet de notre travail sera détaillé dans ce paragraphe.

Deuxièmement, il s'agissait de développer une modélisation médico-économique permettant de proposer différents scénarios de partage de la valeur ajoutée générée par la coopération médicale entre le CHU et un établissement support. Nous revenons sur cet aspect de notre travail dans la **section 4 (Des savoirs et des outils en appui de ces nouveaux objets de gouvernement)**.

B. Méthodologie déployée :

Afin de répondre à ces deux enjeux, le travail présenté dans ce rapport a été mené en relation avec le directeur général adjoint du CHU, la directrice chargée du projet GHT, la direction des affaires médicales, la direction du contrôle de gestion, et la direction des affaires financières. La démarche adoptée reposait sur :

- ✓ La réalisation d'entretiens avec des médecins pratiquant ou pouvant être amenés à pratiquer un exercice multi-sites (cardiologues et hépato-gastro-entérologues), dans le

but de recueillir leurs besoins et souhaits en termes d'encadrement et de valorisation financière ;

- ✓ La réalisation d'entretiens avec des directeurs généraux d'établissements périphériques, pour préciser leurs attentes en matière de mise à disposition de temps médical ;
- ✓ La participation aux réunions du comité stratégique, afin de comprendre les logiques d'acteurs en jeu, et de présenter une synthèse des travaux effectués ;
- ✓ La réalisation d'un entretien avec le directeur de l'offre de soins de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, afin de connaître le positionnement de la tutelle sur la question des équilibres financiers entre les établissements d'un GHT ;
- ✓ Enfin, le recueil de données médico-économiques en relation avec le DIM et la direction du contrôle de gestion, afin d'alimenter une modélisation économique des coopérations.

Le travail a été effectué sur une période s'étalant entre février et décembre 2016. Il s'est conclu par la remise d'un rapport de recherche-intervention proposant plusieurs préconisations concrètes.

C. Un plan d'accompagnement à la mobilité des médecins

a. Une triple interrogation

Comme nous l'avons déjà évoqué, la question de l'encadrement de l'exercice territorial est un problème rencontré dans la plupart des établissements hospitaliers depuis de nombreuses années, particulièrement depuis la création des CHT à partir de 2009. A l'heure de la mise en œuvre des GHT, l'exercice multi-sites des médecins est de passe de se généraliser, ce qui entraîne de nombreuses questions, en raison des contraintes que cela représente pour les médecins. Un meilleur encadrement de cette pratique est donc nécessaire, ce qui impose de répondre aux trois questions suivantes :

- Quel profil de médecins cibler en priorité ?
- Quel encadrement organisationnel garantir de la part des CH périphériques ?
- Quelle valorisation financière proposer aux médecins ?

b. Littérature existant sur le sujet

Nous avons tout d'abord à titre d'information consulté plusieurs articles publiés dans la littérature, qui présentent des expériences d'équipes territoriales, par exemple en urologie autour du CHU de Nancy⁴⁶, ou en oncologie autour du CHU de Besançon⁴⁷. Ces publications

⁴⁶ Piney David, Hubert Jacques, Blanchard Christophe, *Équipe médicale de territoire en urologie : Un modèle d'avenir*, Revue Hospitalière de France, n° 563, mars-avril 2015

⁴⁷ Hostein Jacques, *Institut régional fédératif du cancer : Pour chaque Franc-Comtois, la même*

rappellent l'intérêt de développer l'exercice territorial dans des régions frappées par une démographie médicale sinistrée, afin d'assurer une meilleure égalité d'accès aux soins sur le territoire.

Ainsi, au sein de l'équipe d'oncologues de Franche-Comté⁴⁸, tous les praticiens hospitaliers de la région sont rattachés au CHU, mais exercent une activité multi-sites et se déplacent régulièrement dans d'autres établissements. Si ces déplacements peuvent être vécus comme une contrainte, le fait d'être rattaché à une équipe unique, dans un établissement de pointe dans lequel les médecins peuvent participer à des activités de recherches, et le fait d'organiser les transports de façon conjointe (co-voiturage par exemple) évite le sentiment d'être un professionnel « nomade ».

En revanche, d'après le directeur général du CHU, « *il manque une juste reconnaissance financière des efforts menés dans ce maillage régional. Les médecins du CHRU se déplacent sans compensation en chiffre d'affaires et une faible indemnité à titre personnel*⁴⁹. » Cette faiblesse de la valorisation financière personnelle pour les médecins, ainsi que l'absence de modèle économique équitable pour les établissements, se posent également dans le cadre du GHT 21-52, et a été au cœur du travail de recherche-intervention.

c. Solutions proposées

Afin de répondre aux trois interrogations formulées plus haut, une réflexion a été menée avec la directrice chargée du projet GHT au CHU de Dijon, ainsi que le DGA et la DAM du CHU.

i. Quel profil de médecins cibler en priorité ?

Le développement des postes d'assistants partagés est une des solutions qui peuvent être envisagées. Comme nous l'avons déjà évoqué, c'est un dispositif généralement mis en avant par les ARS, car les assistants hospitaliers sont des professionnels jeunes et potentiellement plus faciles à convaincre que des médecins plus expérimentés.

Ce modèle présente toutefois des limites en matière de *séniorisation* (un assistant est-il le mieux placé pour exercer de façon isolée dans un établissement périphérique ?) et de *pérennité* (à l'issue de la période d'assistantat, le dispositif n'est pas systématiquement reconduit).

Le CHU de Dijon propose donc de cibler préférentiellement des profils de médecins plus expérimentés : de jeunes médecins venant valider leur assistantat, ou des médecins ayant obtenu le statut de PH ou de PU-PH, afin de mettre en œuvre des coopérations plus durables avec les établissements périphériques.

qualité des soins, Revue Hospitalière de France, n°565, juillet-août 2015

⁴⁸ Dans le cadre de la thèse, des entretiens ont été réalisés avec plusieurs des acteurs concernés au CHU de Besançon en mai 2015.

⁴⁹ Propos extraits de l'article publié dans la RHF en juillet-août 2015 (*op. cit.*)

ii. Quel encadrement organisationnel garantir ?

A partir de notre travail, une note de cadrage a été rédigée à destination des chefs de services et des directeurs d'établissements. Elle précise la doctrine du CHU en matière d'accompagnement organisationnel, et indique une série de principes à respecter. Les principaux points abordés sont les suivants :

- Une convention de mise à disposition doit être signée au plus tard 15 jours avant le début de l'activité, afin que toutes les activités multi-sites soient encadrées juridiquement.
- Le praticien en temps partagé est rattaché à une équipe identifiée. Son chef de service est celui du CHU.
- L'établissement d'accueil s'engage à mettre en place un correspondant paramédical qui veille notamment à faciliter son exercice médical sur site (organisation de conditions matérielles, accès aux plateaux techniques...)
- Le CHU s'engage à mettre en place un référent médical par filière, dont les missions sont d'animer la filière de prise en charge des patients à l'échelle du territoire, de veiller à la coordination des services et à l'harmonisation des pratiques.
- Les moyens nécessaires à l'activité du praticien sont identifiés avec le médecin, le référent médical de la filière au niveau du CHU ainsi qu'avec les responsables médicaux et administratifs de l'établissement d'accueil. Une réévaluation des moyens nécessaires à la réalisation de son activité est organisée à périodicité définie.
- L'établissement d'accueil s'engage à garantir au praticien le meilleur accès possible au plateau technique et à l'information médicale dans ses locaux.
- Un guichet unique sera organisé au niveau du CHU. Un professionnel sera ainsi identifié pour mettre le médecin en relation avec les professionnels du site d'accueil et l'accompagner dans ses différentes démarches, ou en cas de problèmes rencontrés.

Un document d'information à destination des médecins a également été rédigé par la direction du CHU. Ce document a pour objectif de répondre à certaines préoccupations concrètes que les médecins amenés à effectuer un exercice multi-sites pourraient se poser.

Enfin, nous avons proposé une trame de convention de mise à disposition mise à jour. Elle précise le modèle actuellement utilisé avec plus de détails sur l'activité réalisée et sur les modalités de remboursement. Elle intègre également les éléments nouveaux ayant trait à l'encadrement organisationnel de l'exercice multi-sites, comme la désignation d'un correspondant paramédical sur le site d'accueil, et l'existence d'un guichet unique au CHU pour gérer les problématiques associées.

iii. Quelle valorisation financière proposer ?

Comme cela a été souligné lors des entretiens réalisés avec des médecins du CHU, il semble nécessaire de proposer une valorisation financière suffisamment intéressante pour permettre de convaincre les médecins de réaliser une activité multi-sites. Il pourra être

envisagé de mobiliser plusieurs modèles, en fonction des besoins et des profils de médecins recherchés. Outre la prime d'exercice territorial, on pourrait ainsi faire appel aux deux dispositifs suivants, permettant d'offrir des rémunérations supérieures :

- ✓ Le contrat de praticien clinicien⁵⁰, conçu pour les emplois présentant des difficultés particulières à être pourvus. Ce type de statut serait proposé à de jeunes médecins à l'issue de leur assistantat, ou à des praticiens hospitaliers détachés sur ce contrat de clinicien. Le schéma de rémunération intégrerait dans la part variable des « briques » d'exercice territorial, correspondant à des interventions dans un établissement extérieur. Ce statut présente cependant certaines limites : il est ainsi limité à six ans d'exercice au maximum. Par ailleurs, certains médecins (personnels hospitalo-universitaires par exemple) ne sont pas éligibles.
- ✓ Les Activités d'Intérêt Général (AIG)⁵¹ pour les praticiens hospitaliers. Il s'agit d'un dispositif étonnamment peu utilisé pour encadrer un exercice multi-sites. Les AIG concernent des activités réalisées à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement d'affectation, et présentant un caractère d'intérêt général. Dans ce cadre, une convention entre l'employeur principal (ici le CHU) et l'employeur receveur peut définir les conditions de rémunération pour le médecin, et éventuellement un remboursement total ou partiel des émoluments versés par l'employeur principal. Ce modèle présente néanmoins certains inconvénients : seuls les personnels hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers temps-plein sont éligibles. De plus, il n'est pas possible de dépasser deux demi-journées par semaine pour le cumul des AIG et de l'activité libérale.

Ces différents modèles pourront être utilisés de façon conjointe en fonction des profils des médecins, et des négociations portant sur le montant de la rémunération qui pourra être offerte. Deux questions se posent alors :

- ✓ Comment mobiliser ces dispositifs tout en veillant à l'équité de traitement entre les praticiens au sein des équipes ? Ce sujet reste à étudier, tout comme la stratégie de communication relative à la valorisation financière vis-à-vis des médecins.
- ✓ Comment intégrer cette rémunération supplémentaire dans le modèle économique de la coopération, afin de s'assurer que les établissements aient bien intérêt à la prendre en charge ? Cette deuxième question est directement reliée au problème de l'équité de la coopération, qui sera abordé dans la section suivante.

⁵⁰ Textes de référence pour le statut de praticien clinicien : Loi HPST 2009-879 du 21/07/09, art. L6152-1 al. 3 ; Décret 2010-1218, art. R6152-701 à 712 du CSP ; Arrêté du 14/10/10

⁵¹ Textes de référence pour les AIG : Art. R6152-30, L6112-1 du CSP ; Décret n°82-1149 du 29/12/82, modifié le 06/07/99 ; Circulaire DH/PM n°99-609 du 29/10/99

d. Réception et impact du travail de recherche-intervention

Ce volet de notre travail de recherche-intervention a reçu un accueil positif de la part de nos interlocuteurs de terrain. La plupart de nos propositions ont été reprises dans le projet médical partagé du GHT, dans un chapitre consacré à la question de la GRH des médecins.

Des mesures ont d'ores et déjà été prises. Ainsi, suite à nos recommandations, un poste de « chargé des coopérations médicales » a été créé au CHU de Dijon, et pourvu en mars 2017. Travaillant en relation avec la directrice responsable du GHT et la directrice des affaires médicales, ses missions sont de gérer les coopérations médicales entre le CHU et les établissements du GHT, de proposer un accompagnement personnalisé aux médecins concernés, et de participer plus largement à la gestion de la démographie médicale.

En ce qui concerne la question de la valorisation financière, nous avons proposé de nouvelles pistes de réflexion qui soulèvent des interrogations qui resteront à trancher, notamment grâce à la constitution de l'outil de simulation médico-économique présenté dans la section 4.

Les solutions proposées pourraient ainsi permettre de convaincre plus facilement les médecins d'adhérer à ce mode d'exercice territorial, sujet indissociable d'une réflexion plus globale sur l'attractivité de l'exercice médicale à l'hôpital public. Nous avons pu diffuser certaines de ces réflexions et orientations dans le cadre d'un groupe de travail « RH et GHT » organisé par la FHF, aboutissant à l'élaboration de fiches pratiques à destination des adhérents de la FHF⁵².

4. Conclusion de la section 3

Comme nous l'avons évoqué en filigrane dans cette section, la question de la territorialisation des RH médicales entraîne de multiples questionnements d'ordre médico-économique, étant donné qu'elle implique des redistributions de ressources et d'activités, et donc de coûts et de recettes entre les établissements d'un GHT. Les orientations prises par les GHT, à travers la constitution de parcours ou la territorialisation des RH médicales, nécessitent donc la construction de nouveaux savoirs et outils, afin de mieux appréhender ces objets de coopération et de gouvernement encore mal maîtrisés par les établissements.

⁵² Ces fiches pratiques sont accessibles via le lien suivant : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Outils-et-notes/RH-et-GHT-10-fiches-pratiques>

SECTION 4

DE NOUVEAUX SAVOIRS ET OUTILS

EN APPUI DE CES OBJETS DE COOPÉRATION ET DE GOUVERNEMENT

Dans cette section, nous montrons que l'élaboration du projet médical partagé requiert la mobilisation de nouveaux savoirs sur le territoire, autour de données médico-économiques, épidémiologiques, démographiques ou d'autres natures. Un travail de modélisation et de construction d'outils de pilotage commence ainsi à progresser sur le terrain. Nous présentons ici, sur la base de nos travaux de recherche-intervention, plusieurs exemples de ces outils venant en support de stratégies de plus ou moins grande ampleur : le projet de construire un établissement unique pour le GHT Nord Essonne, et le besoin de modéliser les flux d'activité correspondant aux parcours pour les deux autres terrains.

Nous verrons que la constitution de ces outils a plusieurs effets :

- Elle sert de support davantage objectivé lors des discussions entre acteurs, afin d'éviter ou de résoudre certains conflits, ce qui permet ainsi de renforcer la cohésion du groupe. L'élaboration de stratégies « gagnant-gagnant » rend indispensable la formalisation de tels outils, afin de sortir d'un pilotage à l'aveugle des coopérations.
- Elle permet de stimuler chez les acteurs des dynamiques d'apprentissages par exploration.
- Enfin, la construction de ces nouveaux savoirs et outils permet aux établissements d'être force de proposition en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins. On passe ainsi d'un hôpital-opérateur, exécutant les injonctions de la tutelle, à un GHT-stratège, outillé pour proposer des stratégies ascendantes.

1. Le territoire et les parcours, points aveugles du savoir

Lors de la phase exploratoire de nos travaux de recherche-intervention, nous avons été frappés par le constat de la faiblesse de l'outillage de gestion permettant d'appréhender et de piloter des stratégies de coopération inter-hôpitaux. Ainsi, ces coopérations sont souvent pilotées à l'aveugle, ce qui conduit parfois à des tensions, certains acteurs manifestant le sentiment d'être perdants. En l'absence de supports formalisés et quantifiés, il est souvent difficile de construire une stratégie éclairée et transparente, mais également tout simplement de dialoguer entre acteurs.

Les raisons de ce pilotage à l'aveugle sont sans doute liées à de multiples facteurs. Le manque de temps et de compétences dans les DIM, souvent débordés par la gestion de l'activité de codage, ainsi que le développement encore limité de cellules dédiées expliquent peut-être encore le retard de cette *culture médico-économique de territoire*, qui dépasserait les frontières de l'établissement. Par ailleurs, de nombreuses difficultés persistent lorsqu'il s'agit

de retracer les parcours des patients entre plusieurs établissements. Outre les obstacles d'ordre technique, certains acteurs sont toujours réticents à partager des informations stratégiques avec leurs partenaires, préférant ainsi conserver un certain pouvoir en gardant la main sur des savoirs clés sur le territoire. Ceci rappelle d'ailleurs les logiques d'acteurs décrites dans les travaux de Crozier et Friedberg (1977), que nous avons pu observer localement sur certains terrains.

Le manque d'outils formalisés pour piloter les coopérations peut surprendre, car il existe plusieurs outils constituant des mines d'informations extrêmement riches, mais ceux-ci sont encore peu exploités. Ainsi, les bases de données traitant les informations médico-économiques issues du PMSI se multiplient, intégrant une perspective territoriale autour d'indicateurs comme les parts de marché sur la zone d'attractivité, les taux de fuite et d'attractivité sur une commune précise, etc. Ces indicateurs apportent autant d'informations particulièrement précises que peu d'organisations dans d'autres domaines que le secteur hospitalier peuvent se targuer de disposer (Pascal, Capgras, Guilhot, & Claveranne, 2011). La FHF propose par exemple, depuis plus de dix ans, un outil à ses adhérents : la Banque de Données Hospitalières de France (BDHF). Lors de nos travaux de recherche-intervention, en particulier sur le terrain des Bouches-du-Rhône, nous nous sommes rendus compte de sa méconnaissance par les acteurs, malgré la richesse des informations que l'on pouvait en tirer.

La mise en place des GHT impose l'élaboration de PMP reposant sur un diagnostic précis de l'offre et des besoins d'un territoire, ainsi que sur des orientations stratégiques concrètes. Ceci rend nécessaire la constitution de nouveaux savoirs et outils permettant d'appréhender des objets encore mal maîtrisés comme les parcours et le territoire.

2. L'émergence de nouveaux savoirs

Nous avons ainsi pu observer et participer à l'émergence de nouveaux savoirs et outils, dans le cadre de nos travaux de recherche-intervention. Ces outils sont progressivement portés par des acteurs qui acquièrent de nouveaux rôles stratégiques, et en particulier par le DIM de territoire, dont la constitution est imposée par la réforme des GHT. Le législateur a en effet perçu cette nécessité d'organiser un pilotage médico-économique collectif de ces regroupements, en rassemblant dans des équipes communes des compétences jusque là dispersées. Ainsi, des réflexions auparavant confiées à des acteurs externes (consultant, chercheurs, etc.) pourront petit à petit être menées en interne, grâce à la constitution de structures dédiées.

A partir des données de natures variées qui commencent à être exploitées dans ce cadre, les acteurs sont en passe de construire de nouveaux savoirs. Il s'agit d'une part de savoirs d'ordre « technique », aboutissant à la constitution d'outils médico-économiques ou d'outils de communication entre les établissements ; et d'autre part de savoirs « managériaux » : comment organiser les parcours, gérer les ressources humaines à l'échelle du territoire, etc. Nous citons ci-après quelques exemples étudiés sur le terrain.

Sur la **CHT Pays Provençal**, ancêtre des GHT 13 et 04, nous avons établi dans le cadre d'un travail de recherche-intervention une méthodologie de mesure des effets d'un partage de temps médical entre deux établissements, en termes d'activité et de parts de marché. Cet exemple est détaillé en **annexe 6**. Il a permis de monter l'intérêt de l'exploitation de l'outil proposé par la FHF, la BDHF, et a abouti à une série de préconisations permettant d'améliorer cet instrument, en le rendant plus ergonomique. D'autre part, pour les acteurs de terrain, l'étude réalisée sur les effets d'une coopération médicale en chirurgie urologique, entre les hôpitaux d'Aix et de Manosque, montrait que le partenariat était bénéfique pour les deux partis, en dépit de certaines impressions négatives.

Sur le **GHT Nord-Essonne**, nous avons participé aux travaux de modélisation des besoins du territoire du plateau de Saclay, et au dimensionnement du futur établissement. Pour ce faire, nous avons exploité, en relation avec des consultants et des membres de la direction du groupement, des données médico-économiques issues du PMSI, mais également des informations sur les perspectives d'évolutions démographiques, etc. L'étude réalisée s'est inscrite dans le cadre des réflexions du groupe de travail « Etablissement unique ». Le directeur général du groupement a souhaité y convier des représentants d'autres établissements hospitaliers ayant été confrontés à ce type de problématiques par le passé (directeur du CH de Poissy-St-Germain, responsable du projet Hôpital Nord de AP-HP), afin de s'inspirer de leurs expériences pour construire une stratégie solidement outillée permettant de convaincre une ARS qui doutait de la pertinence du projet.

Enfin, **sur le GHT 21-52**, nous avons construit avec les acteurs un outil de simulation de l'impact du partage de ressources médicales lors de la constitution de parcours de soins entre établissements. Cet exemple est détaillé ci-après, dans la partie 3 de cette section.

Dans l'ensemble, on constate que la constitution de ces outils permet de déclencher des réflexions plus larges et de stimuler des apprentissages. Ces apprentissages se font par tâtonnements, par le biais d'expérimentations progressives, mais également grâce à la capitalisation d'expériences réalisées dans d'autres contextes ou par le passé.

3. Un exemple d'outil médico-économique : une simulation de l'impact du partage de ressources médicales lors de la constitution de parcours de soins entre établissements

A. Rappel des enjeux

Abordons à présent le deuxième volet du travail de recherche-intervention mené sur le GHT 21-52, à propos de l'exercice multi-sites des médecins. Il s'agissait ici de construire un modèle économique pour encadrer ce partage de ressources médicales. L'objectif était de réfléchir à un modèle économique qui ne pénalise pas le CHU quand celui-ci prête des

ressources créatrices de valeur, et qui permette également aux hôpitaux « périphériques » de tirer parti des retombées économiques générées. Cette problématique, qui se pose dans de nombreux établissements, revient en réalité à se demander dans quelle mesure le mode de financement à l'activité, fondé sur une logique concurrentielle, est compatible avec l'obligation de nouer des coopérations médicales au sein d'un GHT. Une stratégie « gagnant-gagnant » est-elle donc possible en composant avec la T2A ?

Il est donc ici question à la fois de construire un **outil permettant de mieux saisir ce qu'est un parcours**, les flux d'activité, les coûts et les recettes associés, mais également un **outil à dimension « RH »** permettant d'encadrer économiquement le partage de ressources médicales, en cherchant un juste niveau de rémunération pour le praticien.

B. Présentation de quelques réflexions menées sur le sujet

Nous avons dans un premier temps souhaité explorer si de telles réflexions avaient été mises en œuvre jusqu'à présent dans d'autres établissements.

La littérature en management hospitalier pointe la nécessité de réfléchir au dépassement du simple remboursement *prorata temporis* du temps médical mis à disposition, dispositif de remboursement largement utilisé dans les établissements hospitaliers. Il s'agit en effet d'une solution très opérationnelle, mais potentiellement inéquitable. En effet, d'après Chauchat (2013), ce dispositif de remboursement n'est pas adapté à un mode de financement à l'activité, car il ne tient pas compte de la valeur produite par le médecin mis à disposition d'un autre établissement. En général, sur une période donnée, les recettes générées par l'activité d'un médecin sont supérieures à son salaire, ce qui fait que l'établissement prêteur serait a priori perdant.

Chauchat développe un exemple de coopération sanitaire en chirurgie orthopédique, entre le CHU de Lille et le CH de Seclin. Le modèle retenu insiste sur la nécessité d'intégrer la notion de valeur ajoutée générée par la coopération. Dans cet exemple, le CHU de Lille rencontrait des difficultés de disponibilité de son bloc opératoire, entraînant des délais de prise en charge importants pour les patients, tandis que le CH de Seclin souhaitait davantage rentabiliser son plateau technique, mais manquait de médecins spécialistes pour le faire fonctionner. Partant de ce constat de complémentarité des ressources, les deux établissements ont décidé de s'associer dans le cadre d'un GCS. Des chirurgiens orthopédistes du CHU venaient opérer leurs patients au CH de Seclin. Un compte de résultat de l'activité correspondante était établi, tenant compte des recettes GHS générées et des coûts marginaux de production des séjours en question. Le bénéfice marginal ainsi calculé était partagé à 50-50 entre les deux établissements, ce qui faisait que la coopération est effectivement « gagnant-gagnant ».

D'autres expériences de ce type, comme celle présentée à l'occasion du salon Hôpital-Expo le 21 mai 2016, associant le CHU de Clermont-Ferrand et le CH de Riom⁵³, vont dans ce sens.

Si la démarche de suivi de l'activité générée dans le cadre de la coopération est une première étape fondamentale, ces réflexions présentent plusieurs limites :

- Elles ne tiennent pas compte du **manque à gagner** pour l'établissement prêteur de ressources, qui est souvent réel mais difficile à évaluer. Ce problème ne se posait pas dans le cadre du partenariat Lille-Seclin, puisque le CHU de Lille ne disposait pas de suffisamment de vacations au bloc opératoire pour optimiser seul son activité. En revanche, il convient d'y réfléchir dans le cas du GHT 21-52.
- Par ailleurs, il ne s'agit pas de modélisations appréhendant des **parcours** (consultation amont – prise en charge aigue – prise en charge avale), mais uniquement des séjours isolés. Dans le cadre de la constitution des GHT, et alors que la constitution de parcours de soins intégrés est au cœur du projet médical partagé, ce raisonnement plus global semble désormais indispensable.

C. Modélisation des parcours adoptée

Nous avons donc tenté d'adopter une démarche innovante, en modélisant l'impact médico-économique du partage de ressources médicales à l'échelle d'un parcours inter-établissements plus global. Nous nous sommes proposés dans ce cadre de simuler différents scénarios de répartition des retombées économiques. Ceci impliquait de modéliser les flux d'activités liés à la mise à disposition des médecins, avec les coûts et recettes associés. Le but de ce travail étant, sur la base de deux exemples de parcours, d'identifier le scénario de refacturation a priori le plus pertinent. Cependant, au delà de ces simulations ponctuelles, il s'agissait aussi de créer un outil « autonome », qui permette aux acteurs de faire eux-mêmes des estimations dans d'autres situations. Un guide d'utilisation accompagnant cet outil a ainsi été rédigé, afin d'aider les acteurs concernés à exploiter le modèle économique et à réaliser de nouvelles simulations chiffrées lors de négociations (Annexe 7).

Notre démarche a comporté cinq grandes étapes, qui sont résumées dans le schéma suivant (Figure 13).

⁵³ Le CHU de Clermont met à disposition du CH de Riom des ophtalmologues, qui opèrent des patients sur place. Le CH de Riom reverse ensuite au CHU une partie des GHS touchés sur cette activité.

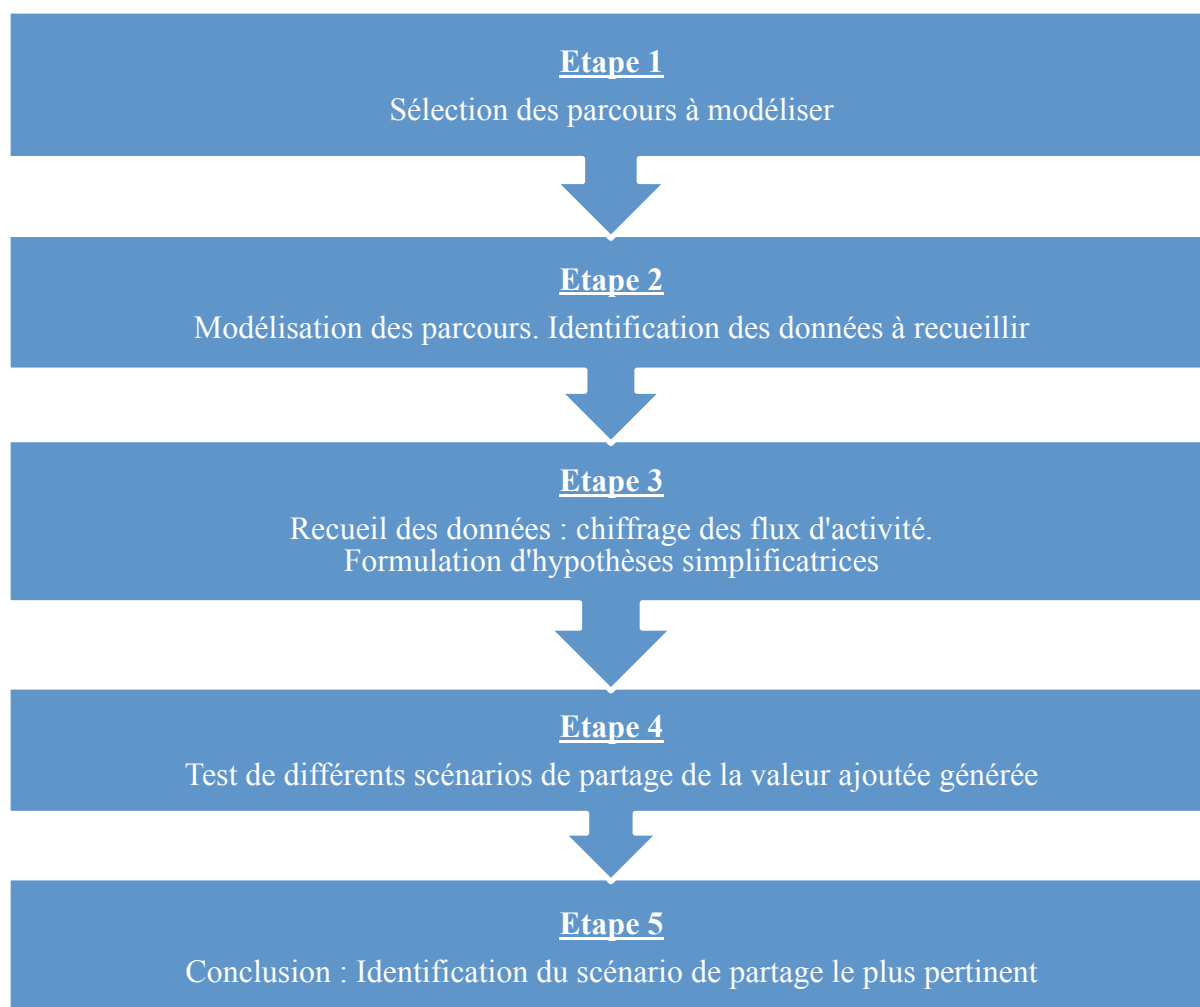


Figure 13 - Schéma de la démarche adoptée pour la construction du modèle médico-économique et l'identification d'un scénario de facturation "gagnant-gagnant"

▪ **Etape 1 – Sélection des parcours étudiés**

Afin de construire une modélisation économique ayant pour but de raisonner à l'échelle d'un parcours plus complet, et intégrant le problème du manque à gagner pour l'établissement prêteur, nous nous sommes appuyés sur les deux parcours-types suivants :

- Un cas où le médecin du CHU viendrait uniquement faire des consultations avancées dans le CH périphérique, tout en générant un adressage vers le CHU pour des activités de recours. Nous avons donc étudié le parcours « Insuffisant cardiaque ». Il est possible de généraliser ce cas de figure aux consultations avancées d'autres spécialités, y compris chirurgicales, si elles sont susceptibles d'être suivies d'une prise en charge en hospitalisation au CHU.
- Un cas où le médecin du CHU viendrait réaliser des actes générant des recettes T2A dans l'établissement périphérique, avec également un adressage en interne ou

vers le CHU pour la suite du parcours. Nous avons choisi de nous pencher sur le cas des endoscopies digestives qui constituent la porte d'entrée du parcours « cancer digestif ». Il s'agit donc d'un enjeu majeur pour les établissements du GHT. Il est possible de généraliser ce cas de figure aux activités de chirurgie d'autres spécialités, par exemple si un urologue du CHU opère des patients sur le plateau technique d'un CH périphérique.

Dans les deux cas, nous n'étudions que la partie « GHT » des parcours, et donc pas directement l'articulation par exemple avec la médecine de ville ou les SSR en amont et en aval. Nous avons également cherché à simplifier au maximum la modélisation de ces parcours. Notons par ailleurs que d'autres situations de mise à disposition de médecins n'ont pas été ici étudiées, bien qu'elles puissent être fréquentes :

- La mise à disposition de médecins « prestataires de services » (anesthésistes et radiologues par ex.)
- L'utilisation du plateau technique du CHU par un médecin d'un CH périphérique

▪ **Etape 2 - Modélisation des parcours. Identification des données à recueillir**

○ **Parcours « insuffisant cardiaque »**

Le premier parcours modéliser est à dominante médicale : il s'agit du parcours « insuffisant cardiaque » (Figure 14). Il est composé d'un acte de consultation avancée, réalisé par un praticien du CHU dans un établissement périphérique. Pour certains patients, cette consultation peut-être suivie d'une prise en charge sur le plateau de cardiologie interventionnelle au CHU.

Les principales données à recueillir pour la modélisation sont les suivantes⁵⁴ :

- ✓ Le volume, les recettes et les coûts correspondant aux activités de consultation avancées ;
- ✓ Le taux d'adressage x ou y respectivement en interne au CH périphérique (s'il dispose du plateau technique adéquat) ou vers le CHU ;
- ✓ Le case-mix généré par cet adressage, avec les recettes et les coûts correspondants.

⁵⁴ Le guide d'utilisation du modèle économique (Annexe 7) précise la marche à suivre pour recueillir ou estimer ces données.

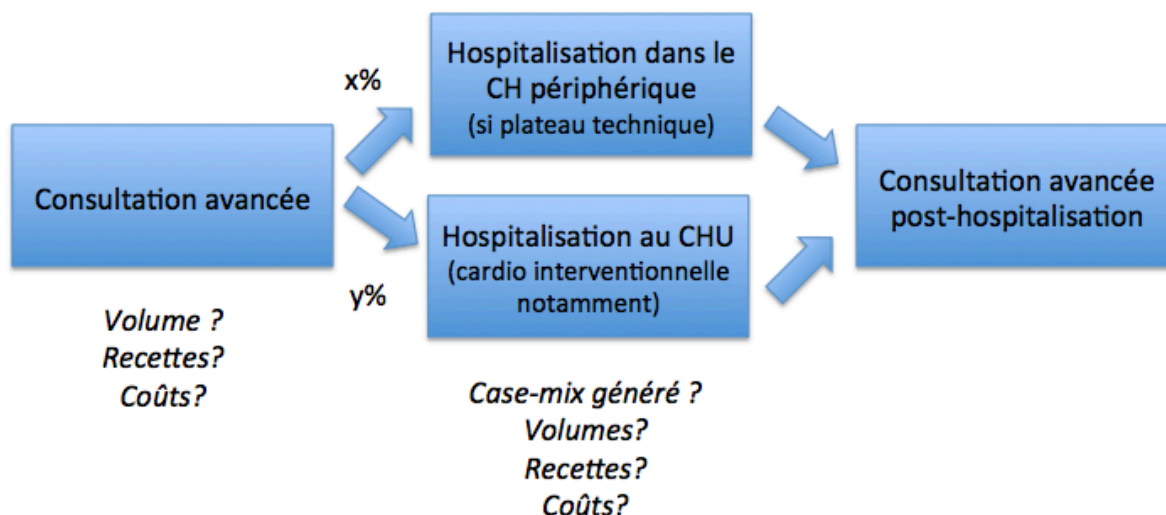


Figure 14 - Modélisation du parcours "insuffisant cardiaque"

En italique : données à recueillir ou à estimer.

x% et y% : taux d'adressage

○ Parcours « cancer digestif »

Le deuxième parcours modélisé est à dominante chirurgicale : il s'agit du parcours « cancer digestif » (Figure 15). Il est composé d'une coloscopie diagnostique, pratiquée par un gastro-entérologue du CHU à la suite d'un test positif de dépistage du cancer colorectal. Cette endoscopie est éventuellement suivie d'une prise en charge chirurgicale au CHU ou dans l'établissement périphérique, puis d'une chimiothérapie⁵⁵. Ce dispositif, qui pourrait être déployé avec le CH de Semur-en-Auxois, représente un enjeu majeur pour les établissements du GHT car les établissements périphériques offrent actuellement des délais de prise en charge très longs pour les endoscopies digestives, en raison de manque de gastro-entérologues, ce qui pousse certains patients à se tourner vers des établissements privés. Ces endoscopies sont par ailleurs stratégiques pour les établissements du GHT car elles constituent la porte d'entrée d'un parcours composé de multiples interventions (chirurgie et chimiothérapie notamment).

⁵⁵ Remarque : il s'agit d'un parcours simplifié pour permettre une modélisation chiffrée. Il est possible d'envisager d'autres formes de parcours (avec un acte d'endoscopie thérapeutique par exemple), ou avec une prise en charge de chimiothérapie sans intervention chirurgicale.

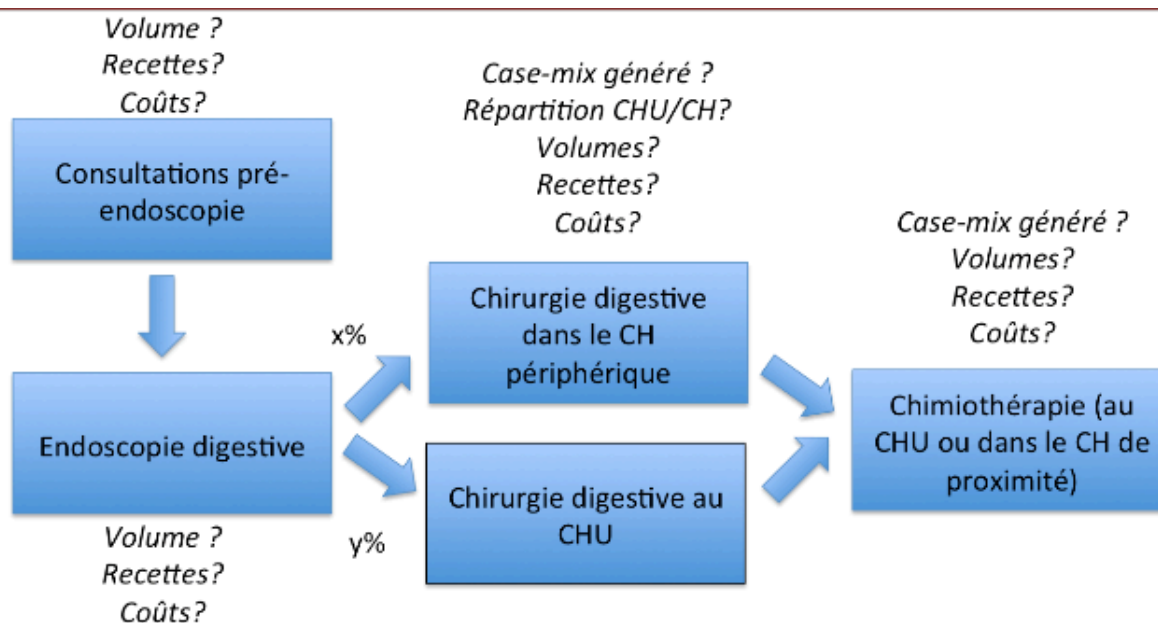


Figure 15 - Modélisation du parcours "cancer digestif"

En italique : données à recueillir ou à modéliser.

x% et y% : taux d'adressage

Les principales données à recueillir pour la modélisation sont les suivantes⁵⁶ :

- ✓ Le volume, les recettes et les coûts correspondant aux activités de consultation pré-endoscopie et à l'endoscopie ;
- ✓ Le taux d'adressage x ou y respectivement en interne au CH périphérique (s'il dispose du plateau technique adéquat) ou vers le CHU ;
- ✓ Le case-mix généré par cet adressage, avec les recettes et les coûts correspondants ;
- ✓ Idem pour les activités de chimiothérapie en aval de la prise en charge chirurgicale.

▪ **Etape 3 - Recueil des données : chiffrage des flux d'activité**

Le chiffrage des flux d'activité a été particulièrement complexe à mener. Nous avons dû mobiliser le DIM, la direction du contrôle de gestion, la DAM, les DG des établissements périphériques, ainsi que les médecins eux-mêmes pour obtenir certaines informations nécessaires à notre modélisation.

La modélisation chiffrée posait deux grandes difficultés :

⁵⁶ Le guide d'utilisation du modèle économique (Annexe 7) précise la marche à suivre pour recueillir ou estimer ces données.

- L'estimation d'un **manque à gagner** pour le CHU : il est en effet difficile d'appréhender la somme qui peut être perdue par le CHU quand il met à disposition un médecin pendant une journée à un autre établissement. En effet, le flux d'activité habituel pourrait éventuellement être absorbé partiellement voire totalement par son service. Tout dépend également de l'activité que ledit médecin aurait pratiquée s'il était resté au CHU. En première approximation, on retiendra *la productivité quotidienne du médecin*⁵⁷ comme valeur du manque à gagner correspondant à une journée de mise à disposition.
- **La modélisation des filières d'adressages** : en l'état actuel des systèmes d'information hospitaliers, il est complexe de chaîner de façon précise les parcours des patients entre plusieurs établissements, par exemple entre une consultation avancée et une prise en charge en hospitalisation au CHU. Plusieurs approches existent cependant pour appréhender cette question et estimer de manière approximative un "taux d'adressage", en procédant par tâtonnements et en croisant plusieurs sources d'information :
 - En se fondant sur des expériences de consultations avancées déjà existantes sur le GHT⁵⁸ ;
 - A défaut, en exploitant des données épidémiologiques⁵⁹ ;
 - Enfin, en l'absence de données quantitatives fiables, une « solution de repli » acceptable peut être d'exploiter un ordre de grandeur fourni par les médecins interrogés⁶⁰.

⁵⁷ Ce ratio peut être calculé à partir des tableaux de bord par service du CHU. Il suffit de diviser les recettes générées sur une période considérée par le nombre d'ETP affecté à l'unité. On retranchera ensuite de la valeur obtenue les dépenses médicales directes associées, qui contiennent parfois des dispositifs médicaux coûteux dont le coût est pris en charge dans le GHS (exemple des défibrillateurs cardiaques).

⁵⁸ Par exemple : A partir des listes de consultations avancées, nous avons essayé de mesurer la part de patients hospitalisés ensuite au CHU. Outre le problème majeur de l'accès aux données (données nominatives particulièrement délicates à transférer entre deux établissements), se pose le problème du lien de cause à effet entre les deux événements, qui n'est pas toujours attesté. Un tri fin par un médecin du DIM est alors nécessaire pour éliminer les séjours d'hospitalisation qui ne semblent pas correspondre à la consultation avancée (décalage temporel trop important entre les deux, ou pathologies traitées sans lien). Ce travail a été envisagé sur le parcours « insuffisant cardiaque », puisque des praticiens du CHU effectuent depuis plusieurs mois des consultations avancées dans les hôpitaux de Chaumont et de Langres. Le partage des données entre les établissements n'a cependant pas pu être réalisé.

⁵⁹ Pour la modélisation du parcours cancer digestif, les données épidémiologiques indiquent que, à la suite d'un test de dépistage du cancer colorectal positif, 10% des coloscopies aboutissent à la détection d'une tumeur nécessitant une prise en charge chirurgicale.

En raison de toutes ces approximations nécessaires pour avancer dans la modélisation, il nous semblait judicieux de pouvoir raisonner par hypothèses que l'on ferait varier entre des bornes hautes et basses. C'est la raison pour laquelle l'outil produit prend la forme d'un classeur Excel dynamique, dans lequel il est possible de renseigner et de tester différents paramètres, afin de voir d'éventuelles variations dans l'équilibre économique entre les deux établissements partenaires.

▪ **Etape 4 – Test de différents scénarios de partage de la valeur ajoutée**

○ **Différents scénarios testés**

Différents scénarios ont pu être testés. Il s'agissait par exemple pour le parcours « insuffisant cardiaque » des quatre scénarios présentés ci-après. Cette liste ne prétendait pas à l'exhaustivité, d'autres pistes pouvant également être envisagées.

- ✓ **Scénario n°1** : Remboursement classique *prorata temporis* du temps médical. Il s'agissait du scénario de référence, car il est largement utilisé aujourd'hui dans les établissements. Nous souhaitions vérifier s'il est systématiquement déséquilibré, comme la plupart des acteurs interrogés l'affirmaient.
- ✓ **Scénario n°2** : Opération neutre pour le CH : Le CHU encaisserait les recettes des consultations, financerait la prime du médecin et reverserait une redevance au CH périphérique afin de couvrir les coûts d'organisations des consultations avancées.
- ✓ **Scénario n°3** : Reversement d'une partie des recettes générées par l'adressage du CHU au CH périphérique.
- ✓ **Scénario n°4** : Remboursement par le CH périphérique au CHU du manque à gagner lié à la mise à disposition du médecin.

○ **Simulation des différents scénarios**

A partir des données recueillies et des hypothèses faites, des simulations de compte de résultat sur une année complète ont été menées. Ces résultats précis ont été présentés le 04 octobre 2016 à l'équipe du CHU et à plusieurs directeurs de CH périphériques. Un exemple de ces simulations, correspondant au scénario n°4, pour une série de paramètres donnés, est présenté ci-dessous (Figure 16).

⁶⁰ Par exemple, plusieurs cardiologues interrogés ont indiqué un ordre de grandeur de taux d'adressage : 5% des consultations avancées pratiquées dans un établissement périphérique seraient suivies d'une prise en charge sur le plateau de cardiologie interventionnelle du CHU.

	CHU		CH périphérique	
COUTS	Manque à gagner	281 690 €	Remboursement manque à gagner CHU	88 389 €
	(-) dépenses médicales directes	- 193 301 €	Frais déplacement	3 960 €
			Prime	17 520 €
			Coût organisation des consultations (en	5 697 €
RECETTES	Remboursement manque à gagner CHU	88 389 €	Recettes consultations	35 604 €
MARGE		- €		- 79 962 €
Avec hypothèse adressage				
RECETTES adressage	Recettes GHS adressage recours CHU	159 599 €	Recettes GHS adressage interne CH	- €
COUTS adressage	Coût (marginal) production séjours	78 845 €	Coût (marginal) production séjours	- €
MARGE / adressage	Bénéfice marginal de production des séj	80 754 €	Bénéfice marginal de production des séj	- €
MARGE TOTALE avec hypothèse adressage		80 754 €		- 79 962 €

Figure 16 - Un exemple de simulation de compte de résultat pour le CHU et le CH périphérique, dans le cas du scénario de facturation n°4.

▪ Etape 5 – Identification du scénario de refacturation le plus pertinent

Ces scénarios ont donc fait l'objet de simulations puis ont été évalués suivant deux critères :

- Leur *caractère opérationnel* : est-il facilement envisageable de les mettre en œuvre dans un délai assez court ? Le scénario est-il acceptable par les acteurs ou bien les orientations retenues sont-elles susceptibles de générer des conflits ?
- L'*équilibre économique* « gagnant-gagnant » potentiellement permis par ce scénario dans les exemples étudiés, en fonction des paramètres testés.

Les tableaux suivants résument les principaux avantages et inconvénients des scénarios testés, dans les deux cas de figure étudiés. Ils ont permis, à l'occasion de la présentation des résultats aux acteurs, d'aboutir à une décision concernant le mode de facturation « gagnant-gagnant » à retenir.

Cas du parcours « insuffisant cardiaque »			
Hypothèse testée : 1 praticien hospitalier rémunéré sur AIG réalise une journée de consultations avancées par semaine			
Sc.n°	Principe	Avantages	Inconvénients
1	Remboursement classique prorata temporis du temps médical	Simplicité Relativement équilibré avec les valeurs des paramètres testées	Ne tient pas compte de l'activité produite.
2	Opération neutre pour le CH : Le CHU encaisse les recettes des CS, finance la prime du médecin et reverse une redevance au CH	Simplicité Le CH est sûr de ne pas être perdant par construction	Facturation des consultations à transférer du CH au CHU
3	Reversement d'une partie des recettes générées par l'adressage du CHU au CH	Equilibré dans l'estimation par construction, grâce à l'identification d'un taux de reversement pertinent	Difficulté à mesurer précisément l'adressage généré et donc à définir ex-ante ce taux de reversement
4	Remboursement du manque à gagner par le CH au CHU	...	Largement déséquilibré Acceptabilité : estimation du manque à gagner peut être source de tensions entre les acteurs

Tableau 9 - Avantages et inconvénients des quatre scénarios testés pour le parcours "Insuffisant cardiaque"

Analyse : les simulations menées nous permettent d'écarter les scénarios 3 et 4, difficiles à mettre en place en raison des difficultés de modélisation et des conflits que cela pourrait entraîner lors des négociations entre les acteurs. Les scénarios 1 et 2 sont acceptables car ils semblent opérationnels et relativement équitables. Le scénario 2 présente toutefois probablement quelques difficultés pratiques de transfert de facturation vers le CHU.

Décision retenue par les acteurs : La solution retenue dans le PMP est de conserver le scénario de facturation n°1, en ajustant l'organisation de manière à permettre une succession de séjours courts⁶¹, entre prise en charge aiguë au CHU et séjour d'aval dans l'hôpital périphérique. On pourrait également réfléchir au développement d'actes plus techniques dans les hôpitaux de proximité, ce qui permettrait d'augmenter leurs recettes externes.

⁶¹ Ces séjours doivent tout de même durer plus de 48h pour ne pas tomber dans le cadre particulier des prestations inter-établissements (PIE), qui correspondent à une autre logique de facturation.

Cas du parcours « cancer digestif »			
Hypothèse testée : 1 praticien hospitalier rémunéré par AIG réalise chaque semaine une demi-journée de consultations avancées puis une demi-journée d'endoscopies digestives diagnostiques dans un établissement périphérique.			
Sc.n°	Principe	Avantages	Inconvénients
1	Remboursement classique prorata temporis du temps médical	Simplicité	Ne tient pas compte de l'activité produite. Relativement déséquilibré mais aucun établissement n'est perdant.
2	Reversement d'une partie des GHS d'endoscopie du CH au CHU	Equilibré dans l'estimation par construction, grâce à l'identification d'un taux de reversement pertinent	Taux de reversement délicat à définir ex-ante, dépend des projections d'activités
3	Remboursement du manque à gagner par le CH au CHU	Le CHU est sûr de ne pas perdre. Le CH périph. est gagnant si l'activité générée est suffisante.	Acceptabilité : estimation du manque à gagner peut être source de tensions entre les acteurs

Tableau 10 - Avantages et inconvénients des trois scénarios testés pour le parcours "cancer digestif"

Analyse : A la différence du cas des consultations avancées, les trois scénarios semblent tous plus ou moins équilibrés en raison de l'hypothèse du double adressage de patients : la valeur ajoutée générée est ici plus importante. Ce tableau nous permet cependant d'écarter le scénario 3, complexe à mettre en place en raison des difficultés de modélisation et des conflits que cela pourrait entraîner lors des négociations entre les acteurs. Les scénarios 1 et 2 sont acceptables car ils semblent opérationnels et relativement équitables. Le scénario 2 pose cependant le problème de la définition du taux de reversement vers le CHU, délicat à calculer *ex-ante* en l'absence de retours d'expériences. Il pourrait cependant être appliqué dans un second temps, après avoir été testé ponctuellement.

Décision retenue par les acteurs : La solution finalement retenue de façon immédiate dans le PMP est de conserver le scénario de facturation n°1. Le scénario n°2 pourrait être testé ultérieurement sur une petite échelle.

D. Limites de la modélisation

Ce travail de modélisation présente plusieurs limites. Comme nous l'avons évoqué, il s'agit d'une démarche prospective, marquée par un manque d'expériences sur lesquelles capitaliser et par ailleurs difficiles à exploiter. Le raisonnement est fondé sur des hypothèses parfois discutables, de nombreuses approximations et simplifications⁶² ayant dû être effectuées. Il faut d'ailleurs garder à l'esprit que les équilibres économiques observés dans les simulations peuvent varier en fonction des activités précises concernées et des hypothèses et paramètres testés. Les orientations retenues en termes de facturation, si l'on s'intéresse uniquement au critère de l'équilibre économique « gagnant-gagnant », sont donc difficilement généralisables.

E. Conclusion de la modélisation médico-économique

Ainsi, il est particulièrement difficile de proposer un outil « clé en main » qui réponde à toutes les situations. La modélisation s'est avérée délicate car elle repose sur des objets intrinsèquement complexes (PMSI, T2A, ENCC), auxquels on ajoute une dimension territoriale avec un raisonnement orienté *parcours inter-établissements* et non *séjours* internes à un hôpital.

De manière étonnante, les simulations réalisées ont montré que pour certaines valeurs testées des paramètres, il était possible d'aboutir à un équilibre « gagnant-gagnant » avec le modèle actuel du remboursement *prorata temporis*. Ce résultat va à l'encontre des impressions formulées par de multiples acteurs, et montre l'intérêt de ce doter d'outils de modélisation médico-économique pour simuler ex-ante ou évaluer ex-post les effets d'une stratégie de coopération.

Si certains acteurs ont remis en question la validité des hypothèses testées, ou le degré de simplification du modèle qui ne permet pas de prendre en compte la totalité des coûts induits, la réception de ce travail a été dans l'ensemble positive. En effet, l'outil construit est imparfait (comme tous les outils de gestion!), mais il peut tout de même s'avérer utile pour donner des orientations (identification des variables clés, tentative d'objectivation des flux) et servir de support aux négociations entre les acteurs. Il est pour cela désormais nécessaire que les acteurs concernés s'approprient cet outil et soient en mesure de le prendre en main. Quant aux différents scénarios de partage de la valeur créée, ils pourront être testés et modifiés

⁶² Par exemple, en ce qui concerne les coûts de production, une hypothèse de fonctionnement à iso-ressources au CHU a été retenue (pas de coûts fixes supplémentaires pour absorber l'activité générée par l'adressage), ce qui n'est vrai qu'en deçà d'un certain palier d'activité. Par ailleurs, la question du coût de remplacement des médecins dans les services du CHU, particulièrement complexe, n'a pas été résolue.

suivant différentes hypothèses, par le biais de boucles de rétroaction : expérimentation à échelle réduite, évaluation puis correction.

4. Conclusion de la section 4 - Les effets de ces nouveaux outils

Ainsi, les établissements doivent se « débrouiller » avec un appui limité des tutelles pour répondre à des enjeux récurrents dans le cadre de la mise en œuvre des GHT. L'encadrement économique et organisationnel du partage de ressources médicales est un de ces enjeux majeurs, dans un contexte où le mode de financement est perçu comme étant a priori défavorable.

Face à ces enjeux, les acteurs hospitaliers doivent poursuivre le développement d'une culture médico-économique étendue à l'échelle du territoire, et adaptée aux nouveaux objets de gouvernement que sont le parcours, le territoire ou le GHT en lui-même. Ceci passe par la constitution d'outils mobilisant des savoirs variés. Ces outils sont parfois complexes à élaborer, comme nous l'avons vu grâce au travail de recherche-intervention mené sur le GHT 21-52. Toutefois, ils ont trois effets majeurs.

Premièrement, ces outils servent de **support davantage objectivé aux discussions et aux négociations entre les acteurs**. Malgré leurs limites, ils offrent une base de réflexion chiffrée permettant de résoudre certains conflits dus à des impressions parfois inexacts. Ces outils sont ainsi susceptibles de renforcer la cohésion du collectif. L'élaboration de stratégies « gagnant-gagnant » rend indispensable la formalisation de tels outils, afin de sortir d'un pilotage à l'aveugle des coopérations.

Deuxièmement, ces outils de **stimuler des processus d'apprentissages par exploration** dans les établissements. En effet, la construction et l'appropriation de ces outils forment une démarche qui favorise l'investigation et le dialogue entre les acteurs, permet aux partenaires de mieux connaître les préoccupations et les attentes de chacun, et de mieux maîtriser des objets de gouvernement jusque là difficilement saisissables, comme les parcours des patients.

Enfin, grâce à ces nouveaux outils, les établissements acquièrent progressivement de nouveaux savoirs sur le territoire et les besoins de la population. A l'aide de ces connaissances, ils sont de plus en plus susceptibles d'être **force de proposition en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins**. On passe ainsi d'un hôpital-opérateur, exécutant les injonctions de la tutelle, à un GHT plus "stratège", outillé pour proposer des stratégies ascendantes. L'exemple du GHT Nord Essonne est en ce sens particulièrement frappant.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 6

Dans ce chapitre, nous avons décrit le processus d'élaboration et le contenu des projets médicaux partagés, qui sont un support permettant d'explorer et de se saisir de nouveaux objets de coopération et de gouvernement.

Dans la **section 1**, nous avons montré que l'élaboration du projet médical partagé permet de définir les objets de l'action collective entre les acteurs, et ainsi de préciser les modalités de coordination leur permettant de mieux prendre en charge les patients du territoire. Plusieurs enseignements peuvent en être tirés. D'une part, on constate la progression de nouveaux objets de gouvernement comme les parcours. D'autre part, les établissements se saisissent désormais eux-mêmes de la question de la transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins, alors que cette problématique était auparavant davantage du ressort des tutelles.

La **section 2** avait pour objectif d'illustrer la progression de ce paradigme de parcours. Les enjeux associés sont de taille, aussi bien pour améliorer la prise en charge des patients que pour constituer un levier de performance pour les établissements. Nous avons présenté plusieurs initiatives concrètes allant dans le sens d'une meilleure intégration des soins, en tout cas à l'échelle des établissements GHT, ce qui constitue le début d'un processus d'apprentissage collectif. Toutefois, les obstacles susceptibles de freiner cette dynamique sont nombreux. Le mode de financement à l'activité est jugé inadapté, et les outils de gestion pour appréhender ce nouvel objet de gouvernement encore mal maîtrisé font défaut.

Nous nous sommes attardés dans la **section 3** sur un des effets de cette progression de la logique de parcours sur les professionnels hospitaliers. De nombreuses investigations sont en effet menées par les acteurs afin de mettre en place une vision territorialisée de la GRH médicale, qui répond à une double finalité : pallier la pénurie de médecins spécialistes dans les établissements peu attractifs, tout en venant en appui à la structuration de filières de soins. En raison du manque d'accompagnement des tutelles sur cette question, les établissements doivent tâtonner, explorer et innover pour organiser ces nouvelles pratiques. Nous sommes alors revenus sur le travail de recherche-intervention mené sur un des terrains d'études, qui avait pour but de proposer un modèle économique et organisationnel pour encadrer l'exercice multi-sites des médecins. Des préconisations managériales ont été formulées pour accompagner le déploiement de cette pratique.

Enfin, dans la **section 4**, nous avons montré que l'élaboration du projet médical partagé requiert la mobilisation de nouveaux savoirs sur le territoire et les parcours. Un travail de modélisation et de construction d'outils de pilotage commence ainsi à progresser sur les terrains étudiés. Nous avons présenté plusieurs exemples de ces outils, sur la base de nos travaux de recherche-intervention. La constitution de ces outils a plusieurs effets. Tout d'abord, ils servent de support davantage objectivé lors des discussions entre acteurs, afin d'éviter ou de résoudre certains conflits, ce qui permet ainsi de renforcer la cohésion du

groupe. L'élaboration de stratégies « gagnant-gagnant » rend ainsi indispensable la formalisation de tels outils, afin de sortir d'un pilotage à l'aveugle des coopérations. D'autre part, ces outils permettent de stimuler chez les acteurs des dynamiques d'apprentissages par exploration. Enfin, la construction de ces nouveaux savoirs et outils permet aux établissements d'être force de proposition en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins. On passe ainsi d'un hôpital-opérateur, exécutant les injonctions de la tutelle, à un GHT-stratège, outillé pour proposer des stratégies ascendantes.

CHAPITRE 7

DISCUSSION : UN NOUVEAU RÉGIME DE GOUVERNEMENTALITÉ, LA STIMULATION DE L'EXPLORATION COLLECTIVE

INTRODUCTION

Ainsi, nous avons montré dans le chapitre 4 que la réforme des GHT, en dépit de ces objectifs en apparence relativement vagues, marque une volonté forte du législateur d'amorcer ou d'accélérer des dynamiques de regroupement permettant d'explorer de nouvelles modalités d'organisation territoriale de l'offre de soins. En réaction à cette réforme, nous avons observé dans le chapitre 5 que des collectifs se forment de manière hétérogène, parfois avec de grandes difficultés, aboutissant à des modèles différenciés de GHT. Toutefois, dans le cadre de l'élaboration des PMP, les acteurs explorent et s'approprient de nouveaux objets de coopération et de gouvernement, comme les parcours, ce que nous avons évoqué dans le chapitre 6. Ceci nécessite la mise en place de nouveaux modèles de GRH, ainsi que la constitution d'un outillage de gestion adéquat, permettant la mise en œuvre de partenariats « gagnant-gagnant ».

Ce détour par la mise en œuvre des GHT sur le terrain nous a permis d'étudier les dynamiques locales de coopération déclenchées par la réforme. A la lumière de cet éclairage, revenons à présent au problème de la transformation de l'action publique hospitalière, afin de réanalyser notre question de recherche. Dans ce chapitre, nous essayons de faire dialoguer ces résultats empiriques avec notre cadre théorique afin de mieux caractériser le régime de gouvernementalité dans lequel s'inscrit la réforme des GHT.

Nous montrons tout d'abord dans la **section 1** que la réforme des GHT est marquée par une triple rupture, en consacrant de nouveaux objets de gouvernement, en permettant la création d'espaces d'exploration, et en induisant une modification des rapports gouverné/gouvernant qui s'inscrit dans une dynamique de gouvernance territorialisée. Nous soulignons que cette triple rupture révèle l'émergence d'un régime que nous qualifions de *stimulation de l'exploration collective*.

Face à ces ruptures, on peut toutefois identifier au moins trois grandes incohérences dans l'action de l'Etat, que nous détaillons dans la **section 2** : le hiatus entre ces nouveaux objets de gouvernement et le caractère hospitalo-centré des GHT, la coexistence de régimes de gouvernementalité en partie orthogonaux, ainsi que le manque d'accompagnement et de capitalisation de l'Etat à propos de cette réforme.

En réponse à ces incohérences, nous proposons dans la **section 3** quelques préconisations pour piloter (au niveau du management des établissements) et gouverner (au niveau des tutelles) ces dynamiques d'exploration collective.

SECTION 1 UNE RÉFORME MARQUÉE PAR UNE TRIPLE RUPTURE ...

1. L'émergence de nouveaux objets de gouvernement

Tout d'abord, nous avons vu dans le chapitre 6 que la constitution des GHT, et plus précisément l'élaboration des projets médicaux partagés, marque l'émergence d'une classe de nouveaux objets de gouvernement du paysage hospitalier, à la fois pour les tutelles et les établissements : les GHT en eux-mêmes⁶³, mais également les parcours et le territoire. Ces objets sont encore relativement mal maîtrisés par les acteurs, dont les savoirs en la matière sont incomplets, faute d'outils de gestion adéquats. Dans cette section, nous revenons sur la littérature en management de la santé afin de redéfinir les objets *parcours* et *territoire*, et de préciser le contexte de leur apparition dans les politiques hospitalières.

A. Les parcours : nouvel objet ou enjeu déjà ancien ?

▪ **Des réseaux aux parcours, l'histoire de l'émergence d'un nouvel objet de gouvernement**

Comme le montrent Bloch et Hénaut (2014), la logique de parcours constitue un changement de paradigme récent dans la manière de prendre en charge les patients. La progression des savoirs techniques ces dernières décennies a entraîné une forte spécialisation des acteurs de santé, et donc une plus grande division des tâches, rendant le travail de coordination entre acteurs à la fois nécessaire et complexe. D'autre part, le développement des maladies chroniques rend nécessaire une vision plus large de la prise en charge des patients, ne se limitant pas uniquement aux séjours hospitaliers. Ces problèmes de coordination existaient déjà à l'échelle de l'hôpital, entre différents services (De Kervasdoué, 2015). Il s'agit désormais de réfléchir à une meilleure articulation entre différentes institutions au sein d'un secteur sanitaire, social ou médico-social, voire entre plusieurs de ces secteurs.

Pour Bloch et Hénaut (2014), ce besoin de coordination renvoie plus précisément à deux problèmes distincts. Premièrement, il s'agit de mieux relier les différents acteurs d'un système existant, qui ont a priori des difficultés à s'entendre, ou bien qui se connaissent mal. Deuxièmement, il convient de réfléchir à l'évolution du système de santé en tant que tel, afin de mieux anticiper des transformations qui induisent mécaniquement une complexification de la prise en charge et un renforcement des cloisonnements entre acteurs. En un mot, il faut articuler les entités déjà existantes tout en cherchant à les repenser, à supprimer ou à inventer de nouvelles organisations.

⁶³ On peut considérer les GHT comme un objet de gouvernement du paysage hospitalier pour les tutelles.

Plusieurs concepts et paradigmes ont été associés au fil des années à cet enjeu de coordination, qui n'est pas nouveau.

- La « **gestion des cas** » (ou case management) a été déployée à partir des années 80 dans les pays anglo-saxons (Miller, 1983). La stratégie de coordination est alors centrée sur un « client », et non pas sur les organisations qui le prennent en charge. Un gestionnaire de cas oriente le patient et assure l'articulation entre les différents services qui participent à sa prise en charge.
- Dans les années 1990, ce concept est critiqué par des auteurs qui estiment que ce modèle de gestion de cas ne répond pas aux problématiques liées au contexte économique et organisationnel global. En effet, les enjeux de coordination ne concernent pas uniquement des professionnels en tant qu'individus, mais aussi en tant que membres d'une organisation appartenant à un secteur (sanitaire, social ou médico-social) bien identifié, avec ses propres logiques de financement et d'organisation. Le concept « d'**intégration** » est alors mis en avant par Leutz (1999). Leutz distingue plusieurs modèles d'intégration plus ou moins forte, allant jusqu'à l'intégration complète, quand un service gère les soins de manière globale, en maîtrisant complètement les informations et le budget des autres entités.
- Au début des années 2000, le modèle plus souple de « **réseaux** » (de soins ou de santé) fait son apparition en réaction au modèle précédent, parfois jugé trop intégrateur. Un réseau est composé de multiples ramifications qui lient les acteurs les uns aux autres, mais ceux-ci n'appartiennent pas à une structure unique. Le terme de réseaux de soins apparaît pour la première fois dans les années 90 pour la prise en charge des malades atteints du SIDA. Plusieurs expériences ont ensuite été déployées en France sur la base de cette logique, comme les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer), créées en 2008. Grenier (2006) étudie un réseau de santé « Mémoire », soulignant que sa constitution correspond à un processus lent et complexe : les acteurs élaborent progressivement l'objet de leur regroupement et les premières orientations concrètes de leur travail de coordination. Le réseau est d'après elle susceptible d'entraîner une modification des territoires professionnels, nécessitant donc le développement d'une réflexion gestionnaire que les professionnels de santé n'ont pas toujours l'habitude de mener, afin de conduire un apprentissage de nouveaux modes de coordination.
- Enfin, la logique de « **parcours** » apparaît dans la littérature américaine à partir des années 90 (H. Campbell, Hotchkiss, Bradshaw & Porteous, 1998). Elle met l'accent sur le besoin d'appréhender la prise en charge de manière dynamique et globale, c'est-à-dire en associant tous les acteurs participant à la prise en charge du patient, en ne se limitant pas au secteur sanitaire. Il s'agit également de promouvoir la participation du patient à la construction de son parcours, par le biais d'une logique

de prévention et d'éducation thérapeutique. Ce concept de parcours est au cœur du discours des pouvoirs publics français depuis quelques années seulement. On considère souvent que la loi de 2004 relative à l'Assurance Maladie est la première à avoir établi cette notion de parcours de soins. La mise en place d'un parcours de soins coordonné correspondait au fait de confier au "médecin-traitant" l'orientation de ses patients vers différents professionnels de santé spécialisés. L'ambition était ici de rationaliser l'organisation des soins et de réduire les dépenses de santé en limitant les interventions non pertinentes. Ceci ne correspondait pas encore réellement à une perspective centrée sur les besoins des individus, mais davantage à une responsabilisation du patient et à un renforcement du rôle de « gatekeeper » des médecins généralistes (Bras, 2006). La notion de parcours apparaît ensuite explicitement dans la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009.

Ce concept de parcours correspond selon Bloch et Hénaut (2014) à un nouveau paradigme dans la mesure où on ne cherche plus uniquement à créer du lien entre différentes structures existantes du système de santé, comme c'était le cas avec la logique de réseaux, mais il s'agit dorénavant de partir des besoins des personnes pour faire évoluer cette offre, en appréhendant la prise en charge de manière personnalisée. La logique de parcours entraîne alors trois implications majeures : la personnalisation des prises en charge, la prise en compte des différentes dimensions de la vie des patients, et l'accompagnement à long terme, ce qui comprend également la prévention.

La mise en place de cette logique de parcours nécessite le déploiement de dispositifs particuliers dédiés à la coordination (Bloch et al., 2011; Hénaut et Sardas, 2012) : nouvelles formes organisationnelles, modes de rémunération, méthodes de travail et procédures (méthode du patient-traceur, technologies et systèmes d'information partagés), ainsi que de nouveaux rôles pour les professionnels, comme celui de gestionnaire de cas (Bloch, Sardas, Gand et Hénaut, 2011).

▪ **GHT et parcours : une dynamique engagée**

Le GHT, bien qu'il se cantonne pour le moment par construction aux acteurs hospitaliers, s'inscrit dans cette optique de parcours inter-établissements. Le PMP du GHT 21-52 montre bien une volonté d'organiser l'offre de soins en partant des besoins du patient, en retraçant la trajectoire qu'un patient suit entre les différents offreurs de soins, et en proposant des solutions pour corriger les « points de rupture ». La progression de cette logique de parcours entraîne un impact sur les professionnels, notamment les médecins, qui sont désormais amenés à se déplacer à l'échelle du territoire pour répondre aux besoins des patients. On observe également une transformation potentiellement importante en ce qui concerne les structures de proximité, qui offriront probablement à l'avenir moins d'activités techniques, mais davantage de consultations de premier recours, sur des spécialités plus variées. Cette progression du paradigme de parcours nécessite alors un outillage de gestion adapté, afin de répondre à de multiples enjeux.

B. La longue émergence de la préoccupation territoriale

▪ **L'hôpital et le territoire**

Un deuxième objet de gouvernement, en partie lié à la question des parcours, est au cœur de la réforme des GHT : il s'agit du territoire.

Sur la base d'un travail retraçant l'histoire du lien entre hôpital et territoire, le géographe et historien de la santé Vigneron (2017) estime que cet enjeu territorial est en réalité loin d'être une nouveauté. L'histoire hospitalière a en effet été marquée par une alternance de périodes pendant lesquelles cette perspective territoriale a été mise en avant puis un peu plus en retrait dans la gestion du paysage hospitalier français.

Plus critique, Delas (2011) estime quant à lui que « *pendant longtemps, les hôpitaux publics en France ont négligé toute véritable approche territoriale de l'offre de soins qu'ils proposaient à leur environnement local* » (p. 89), aussi bien pour des raisons historiques (le monde hospitalier ayant selon lui pour habitude de fonctionner en relative autarcie) qu'économiques (le mode de financement longtemps décorrélé de l'activité produite ne l'aurait pas incité à développer des liens avec les autres acteurs du territoire). Cet auteur évoque même un hôpital longtemps resté « bunker », c'est-à-dire fonctionnant de manière cloisonnée des secteurs libéraux ou médico-sociaux par exemple. Il estime toutefois qu'en raison des nombreux défis auxquels il fait désormais face (démographie médicale, évolution épidémiologique, réforme du financement, concurrence des établissements privés), le développement d'une stratégie territoriale est devenue un impératif pour les établissements hospitaliers. Quant aux politiques de santé, elles cherchent selon Delas à faire évoluer la planification hospitalière vers une vision davantage graduée de l'offre de soins, sous-entendant une meilleure articulation entre les différents acteurs sanitaires.

Comme le souligne Amat-Roze (2011), ou encore Gand, Hénaut et Sardas (2014), depuis la loi HPST, l'Etat met désormais en avant la notion de « Territoire » pour promouvoir un réaménagement territorial de l'offre de soins. Pour Grenier et Rimbert-Pirot (2015), les CHT, un des dispositifs de la loi HPST, étaient ainsi un outil de territorialisation des politiques publiques de santé, dans la mesure où ce dispositif visait à réorganiser l'offre de soins sur la base de découpages géographiques. Il s'agissait pour les établissements de développer des stratégies répondant à la concurrence des établissements privés, et pour les tutelles de réfléchir à une organisation spatiale plus pertinente des activités.

▪ **Quelle place pour le T de GHT ?**

La réforme des GHT, qui s'inscrit dans la continuité des CHT en rendant obligatoire cette démarche de regroupements, confirme donc la progression de l'enjeu de territorialisation des politiques de santé. Les membres du GHT s'intéressent désormais collectivement à l'organisation territoriale de l'offre de soins, alors que cette question relevait davantage des ARS auparavant. Ils sont ainsi dorénavant en mesure de proposer de nouvelles conceptions

d'un maillage territorial de l'offre de soins, comme nous l'avons vu avec l'exemple du GHT Nord Essonne.

Toutefois, force est de constater que cet objet "territoire" reste encore mal maîtrisé par les établissements comme par l'Etat, et que la constitution de nouveaux outils et savoirs est nécessaire pour mieux l'appréhender. Cette dynamique d'apprentissage est d'ores et déjà amorcée, comme en témoigne le regain d'intérêt que connaissent actuellement les bases de données issues du PMSI, qui regorgent d'informations riches et précises sur l'activité d'un établissement commune par commune.

▪ Le territoire dans la littérature en management public

Au delà de la thématique hospitalière, la question du territoire fait l'objet de plus en plus de travaux en management public. De nombreux auteurs indiquent que l'action publique semble de plus en plus « territorialisée » (Faure, 2010), prenant davantage la forme d'une action collective multi-acteurs et multi-niveaux. Le territoire est alors un lieu d'articulation mais aussi de tensions entre régulation descendante (application d'une politique ou d'un outil, adapté(e) aux spécificités du territoire) et régulation ascendante (définition par les acteurs du territoire pertinent, et appropriation d'une politique publique).

Pour Raulet-Croset (2014), le territoire, à travers la question de sa délimitation, est devenu un objet de gouvernement majeur pour la puissance publique, puisque cela permet de mettre en relation des ressources dispersées en suscitant des dynamiques coopératives : *« L'action publique, en jouant sur la délimitation des territoires d'action, mobilise la ressource spatiale, mais cette dernière s'articule également avec d'autres ressources : acteurs, réseaux, connaissances, infrastructures, dispositifs... Le territoire joue alors un rôle d'agrégateur, de facteur de cohésion pour ces différentes ressources. Il devient un « agencement territorial » et, par la qualité des liens existants entre les différentes ressources, il suscite des coopérations et une dynamique dans l'espace ainsi partagé. »*

2. La création d'espaces d'exploration

Outre la progression de cette classe de nouveaux objets de gouvernement, la réforme des GHT marque une deuxième rupture. Plutôt que de dicter dans le détail les normes de fonctionnement du nouveau dispositif qu'il déploie, l'Etat offre aux établissements des espaces d'apprentissages leur permettant de conduire des partenariats d'exploration (Segrestin, 2003). Les objectifs relativement vagues de la réforme laissent ainsi une marge de manœuvre aux acteurs de terrain pour qu'ils définissent la manière de s'approprier ces nouveaux objets, par le biais d'expérimentations locales.

Touati, Denis, Contandriopoulos et Béland (2005) ont ainsi souligné l'intérêt de développer des "stratégies de changement décentralisées et participatives", fondées sur des expérimentations locales susceptible de constituer des espaces d'apprentissages, afin de conduire des réformes intégratives parfois complexes dans le milieu de la santé. L'expérimentation serait un moyen de rallier progressivement des acteurs parfois réticents à ces dynamiques d'intégration du système sanitaire. A l'inverse, des projets de réforme imposés

de haut en bas n'entraînent pas toujours les effets attendus, dans la mesure où elles se heurtent souvent aux résistances locales que l'on peut rencontrer dans des organisations de type "bureaucraties professionnelles"⁶⁴ (Mintzberg, 1979).

3. Une dynamique de gouvernance territorialisée

La troisième forme de rupture associée à la réforme des GHT est directement liée à l'évolution évoquée précédemment. Il s'agit d'une transformation des rapports tutelles-établissements, qui correspond à un mouvement de *gouvernance territoriale* (Rey-Valette et al., 2014).

A. La gouvernance territorialisée : un nouveau modèle d'action publique

Revenons tout d'abord sur les travaux relatifs au concept de gouvernance territorialisée. La littérature en management public distingue au moins trois grandes périodes et conceptions de l'action publique.

▪ Public Administration, NPM puis NGP, trois grands paradigmes de l'action publique

Le modèle traditionnel de l'action publique au XX^{ème} siècle était celui de la bureaucratie wébérienne (Weber, 1921), qui reposait sur une ligne hiérarchique unique et sur l'obéissance à des règles impersonnelles dont la légitimité était issue du droit, laissant ainsi peu de place aux initiatives des acteurs de terrain. Toutefois, les effets pervers de cette organisation hiérarchisée ont été pointés dans des travaux de sociologie (Crozier, 1963; Merton, 1940).

A partir des années 80, sous les mandats de Thatcher au Royaume-Uni et de Reagan aux Etats-Unis, apparaît un nouveau modèle de l'action public, le *New Public Management*. Il s'agit en réalité d'un ensemble doctrinal assez complexe (Bezes & Musselin, 2015; Hood, 1991), qui repose sur l'idée que l'organisation des services publics peut être améliorée en important certains concepts, outils et techniques du secteur privé (D. Osborne & Gaebler, 1992). Le recours à la concurrence et aux mécanismes de marché est un des leviers de cette conception de l'action publique.

Ces orientations sont elles aussi peu à peu critiquées, en raison de la complexification de certains objets des politiques publiques, comme l'environnement, et afin de mettre en place davantage de démocratie participative. A partir des années 2000, on assiste donc à l'émergence de nouveaux modèles autour du concept de *gouvernance* (Rhodes, 2007). S. Osborne (2006) définit ainsi la "Nouvelle Gouvernance Publique" (NGP) par opposition à la

⁶⁴ Pour Mintzberg, l'hôpital est une organisation correspondant au modèle de la « bureaucratie professionnelle », qui se distingue par l'existence d'une base opérationnelle dotée d'un haut niveau de compétences (i.e. le corps médical) conférant aux professionnels une large autonomie et un pouvoir important sur la réalisation de leur travail.

"Public Administration" et au NPM. La principale différence est la forme et le rôle de l'Etat, qui n'est désormais plus considéré que comme un acteur parmi d'autres. Notons que la Nouvelle Gouvernance Publique se superpose aux deux premières conceptions de l'action publique, plutôt qu'elle ne les remplace. Ce fonctionnement hybride pose d'ailleurs un certain nombre de problématiques concrètes en raison des tensions que cela soulève (Periac, 2015).

▪ Territoire et gouvernance

Le Galès (2010) indique que la notion de *gouvernance* peut être définie comme un « *processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux et d'institutions, en vue d'atteindre des objectifs définis et discutés collectivement* » (p. 301). Cela renvoie à une remise en cause des conceptions traditionnelles de l'autorité et du rôle de l'Etat – la gouvernance étant définie en opposition au concept de « gouvernement ».

Cette notion de gouvernance a été mise en relation avec la tendance à la territorialisation des politiques publiques. Ainsi, le concept de gouvernance territoriale (ou territorialisée) est apparu dans la littérature à partir de la fin des années 2000. Rey-Valette et al. (2014) le définissent ainsi : la **gouvernance territoriale** est « *un processus dynamique de coordination (hiérarchie, conflits, concertation) entre des acteurs publics et privés aux identités multiples et aux ressources asymétriques autour d'enjeux territorialisés. Elle vise la construction collective d'objectifs et d'actions en mettant en œuvre des dispositifs multiples qui reposent sur des apprentissages collectifs et participent des reconfigurations/innovations institutionnelles et organisationnelles au sein des territoires* » (Rey-Valette et al., 2011)

Pour Gand et Periac (2015), la gouvernance territoriale est un « *espace d'action dans lequel différents acteurs sont constitués autour d'un objet d'action publique territorialisée dans le but d'en construire les modalités de pilotage et de déploiement* »

La montée en puissance de ce concept de gouvernance territorialisée soulève un certain nombre d'enjeux sur lesquels la recherche en management public se penche depuis quelques années, parmi lesquels :

- la compréhension des processus de coordination, d'apprentissage et de régulation que ce concept de gouvernance induit,
- l'accompagnement des acteurs locaux dans la constitution de ces dispositifs de coopération ;
- le fonctionnement hybride de l'action publique, avec la coexistence des différents paradigmes cités plus haut (Public Administration, NPM et NGP).

B. La réforme des GHT, un déplacement des frontières de la « boîte noire » ?

Comme nous l'avons vu, la réforme des GHT se caractérise par une volonté de l'Etat de déléguer une partie de ses prérogatives aux acteurs de terrain, afin qu'ils explorent collectivement de nouveaux modèles d'organisation territoriale. Ainsi, la planification pourrait désormais s'effectuer entre l'ARS et le GHT, et non plus individuellement avec

chaque établissement. Le GHT se substituerait en partie à sa tutelle dans la définition et l'organisation de l'offre de soins sur son territoire. On passerait alors d'un hôpital-opérateur qui subit et exécute, à un GHT-stratège qui est force de proposition et qui organise lui-même en partie l'offre de soins sur le territoire. Il s'agirait donc en quelque sorte de la fin du mouvement de reprise en main de l'organisation du paysage hospitalier par l'Etat, tendance dans laquelle s'inscrivaient la plupart des grandes réformes des dernières décennies (T2A, HPST, etc.).

Cette idée de prise de recul de la tutelle n'est pas totalement nouvelle. Ainsi, Moisdon (2012) identifie ce qu'il qualifie de « paradoxe de la boîte noire » dans la régulation du système hospitalier. Selon lui, l'hôpital ne s'est que modérément transformé au fil des réformes, en raison du caractère *incitatif* de ces réformes, qui permettait au régulateur de rester en retrait d'organisations qu'il juge trop complexes. Ce principe de délégation, que l'on pourrait trouver judicieux, pose toutefois problème dans la mesure où les outils que le régulateur élabore ne guident pas réellement les acteurs internes vers une reconfiguration de leur organisation.

La réforme des GHT pourrait selon nous marquer un déplacement de cette *boîte noire* des murs de l'hôpital aux frontières des groupements. Se pose alors la question de l'ampleur des transformations qui pourraient s'opérer dans les GHT, en raison des capacités parfois variées des acteurs à s'approprier ces dynamiques, et de l'accompagnement encore limité des tutelles.

4. Dans quel régime de gouvernamentalité s'inscrit la réforme des GHT?

Tentons à présent de caractériser le régime de gouvernamentalité dans lequel semble s'inscrire la réforme des GHT. La triple rupture présentée plus haut renvoie à un nouveau paradigme de l'action publique, qui rappelle le régime de « coopération exploratoire » défini par Aggeri (2005) dans le domaine environnemental. Nous qualifions cette forme d'action de l'Etat de *stimulation de l'exploration collective*.

A. Un régime de « stimulation de l'exploration collective »

Synthétisons les différentes caractéristiques du régime de gouvernamentalité dans lequel pourrait s'inscrire la réforme des GHT. Ce régime correspondrait à une classe d'objets relativement nouveaux et encore flous, comme le territoire, les parcours et les GHT en eux-mêmes. La cible, ou définition de la performance serait « l'égalité d'accès aux soins sur le territoire », ce qui ne renvoie pas pour le moment à des objectifs et priorités tangibles. Ce régime de gouvernamentalité aurait pour outils les GHT et les Projets Médicaux Partagés. Enfin, la relation gouverné/gouvernant est « hybride », puisqu'à la fois teintée de prescription et de liberté d'action, marquant tout de même la volonté d'engager une dynamique de gouvernance territoriale.

Ces caractéristiques rappellent le régime de « *coopération exploratoire* » défini dans les politiques environnementales par Aggeri (2005), dont l'objet reste flou, qui correspond à de nouvelles frontières de l'action collective, mais dont les objectifs et moyens d'action précis restent à définir. Il s'agit davantage pour les acteurs d'explorer collectivement de nouvelles solutions à un problème mal défini, voire d'explorer de nouvelles formulations à ce problème en contribuant ainsi à la définition de la politique publique.

Précisons les spécificités de ce régime de coopération exploratoire tel qu'existant dans les politiques environnementales. Aggeri (2005) cherche à décrire la généalogie des formes de gouvernamentalité dans ce domaine de l'action publique. Il distingue au cours du temps trois grands registres d'action de l'Etat⁶⁵:

- 1/ le régime des pollutions confinées et de la régulation ;
- 2/ le régime des pollutions diffuses et de la traçabilité ;
- et 3/ le régime des pollutions globales et de la *coopération exploratoire*.

Dans cet article, il s'intéresse surtout aux transformations associées au régime de la *coopération exploratoire*. L'émergence de ce régime correspond à une nouvelle problématisation de l'environnement, avec l'irruption de pollutions répandues à l'échelle de la planète. Cette problématique s'appuie sur une nouvelle raison gouvernementale s'adressant désormais à une multitude d'acteurs en mobilisant des tactiques et technologies de gouvernement variées. La forme de gouvernamentalité correspondante est associée à une nouvelle classe d'objets de gouvernement, progressivement constitués à partir des années 80 (l'ozone, le changement climatique, les déchets, la politique intégrée des produits,...), ce qui entraîne plusieurs des conséquences suivantes.

Tout d'abord, ces objets de gouvernement sont relativement flous, leur définition et leurs effets prévisibles évoluent au fil du temps en fonction des progrès scientifiques et des apprentissages collectifs.

Deuxièmement, le périmètre de l'action collective dépasse largement les frontières traditionnelles qui structuraient auparavant l'action collective.

Troisièmement, la concrétisation de ces « objets » en objectifs et priorités tangibles est complexe et se fait sur des durées longues. Ces nouveaux objets de gouvernement nécessitent en effet d'amorcer des processus d'innovation et d'apprentissages collectifs, à l'occasion desquels des objectifs et moyens précis de l'action collective seront progressivement définis. Toutefois, ces processus sont délicats à conduire en raison des connaissances (scientifiques, techniques, managériales) encore faibles et dispersées sur ces nouveaux objets. L'évaluation de ces politiques publiques ne peut donc se faire que sur le temps long.

Avec l'émergence de cette forme de gouvernamentalité, on observe également la promotion de formes de gouvernance participatives multi-acteurs, dans lesquelles l'Etat n'est

⁶⁵ Au fur et à mesure de la progression de la préoccupation environnementale dans les politiques publiques, on assiste à l'émergence successive de ces différents régimes de gouvernamentalité, qui s'adressent à des acteurs de plus en plus variés, en mobilisant une instrumentation plus complexe.

plus qu'un acteur parmi d'autres, entre industriels, citoyens, etc. L'enjeu ici n'est donc pas d'apporter une solution adaptée à un problème clairement identifié, mais plutôt d'encourager ces multiples acteurs à explorer collectivement de nouvelles solutions à un problème mal défini, pour lequel les voies d'exploration possibles sont multiples.

La forme de gouvernementalité dans laquelle s'inscrit la réforme des GHT se rapproche selon nous de ce régime de coopération exploratoire. Nous nous distinguons cependant quelque peu des conclusions tirées par Aggeri en qualifiant le régime de gouvernementalité étudié dans cette thèse de *stimulation de l'exploration collective*.

En effet, il s'agit d'un nouveau modèle de l'action publique, plus incitatif que directif, dans lequel la définition claire des objectifs à atteindre passe au second plan par rapport au déclenchement d'une dynamique de rapprochement entre acteurs. L'Etat traditionnellement jacobin et rationalisateur abandonnerait alors une partie de ses prérogatives aux acteurs locaux. Il devient un acteur parmi d'autres, suivant une logique de gouvernance territoriale, adoptant et promouvant des postures d'exploration. A la différence du cas des politiques environnementales étudiées par Aggeri, l'Etat reste ici davantage en retrait, adoptant un rôle de stimulation d'une dynamique à laquelle il ne participe que peu, comme nous le soulignerons plus loin.

Les GHT et les PMP sont alors des instruments censés encourager la génération de partenariats d'exploration entre établissements hospitaliers, pour explorer de nouvelles modalités d'organisation territoriales de l'offre des soins et constituer de nouveaux savoirs autour d'objets encore mal maîtrisés comme les parcours.

B. Généralisation à d'autres domaines de l'action publique

On peut à présent s'interroger sur l'existence de ce nouveau mode d'action de l'Etat dans d'autres domaines de la sphère publique. Comme on vient de le montrer à travers les travaux de Aggeri (2005), cette promotion de l'exploration collective existe également dans le domaine de l'environnement, entre des acteurs multiples et autour d'objets de gouvernement relativement nouveaux et encore flous. La distinction que l'on peut faire avec le cas des politiques hospitalières réside dans le degré de participation et de capitalisation de l'Etat vis-à-vis de ces dynamiques exploratoires, probablement plus avancé dans le cas environnemental.

▪ La promotion de "*l'innovation territoriale*"

Dans un tout autre registre, en 2005, un rapport⁶⁶ du Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) évoquait le concept "d'innovation territoriale"

⁶⁶ « *L'innovation au pouvoir ! Pour une action publique réinventée au service des territoires* », Rapport établi par Akim Oural avec l'appui du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, avril 2015.

sur la base de plusieurs exemples de dynamiques locales d'innovations dans des domaines très variés, et tirait plusieurs préconisations pour « *libérer les énergies créatrices au service des territoires et de leurs habitants.* » Ce rapport définissait ainsi ce concept d'innovation territoriale (page 14):

« L'innovation territoriale consiste en une réponse nouvelle (ou transférée dans un contexte nouveau) à une problématique et/ou à un besoin identifiés collectivement sur un territoire, en vue d'apporter une amélioration du bien-être et un développement local durable. Son caractère proprement « innovant » repose notamment sur :

- *Une adaptation fine de la réponse à un contexte territorial donné*
- *Une mobilisation des ressources et atouts locaux*
- *Un modèle économique durable*
- *Une capacité à mobiliser les acteurs locaux et notamment les citoyens dans une logique de coconstruction / coproduction : « l'innovation se fait ainsi par tous les acteurs du territoire » »*

Ainsi, ce concept d'innovation territoriale met en avant le caractère ascendant des dynamiques innovantes, qui doivent émaner des acteurs de terrain – la puissance publique venant uniquement jouer un rôle de stimulation et d'appui.

▪ **Des similitudes avec les dynamiques de regroupement des communes et des universités**

Enfin, nous avons évoqué dans l'introduction générale de la thèse différents types d'organisations publiques touchées par des regroupements, comme les communes et les universités.

Dans le cas des **intercommunalités**, pour Delannoy et al. (2004), la réforme Chevènement de 1999, dont les objectifs étaient relativement flous (« restructurer nos villes, sauver nos communes rurales et réduire les inégalités sociales »), correspondait à « *un nouveau modèle de l'action de l'Etat, dans lequel celui-ci est plus incitatif que directif, et où la vision claire des objectifs à atteindre passe au second plan par rapport au lancement d'une dynamique* » (p. 76). Il s'agissait ainsi d'amorcer une dynamique qui pourrait à terme entraîner une quasi-disparition des communes au profit des intercommunalités, en encourageant le développement de nouveaux modèles de gestion des déchets, ou encore de l'aménagement de l'espace. Cette réforme avait également pour but de distribuer les responsabilités⁶⁷ entre communes et intercommunalités suivant un principe relativement vague de « subsidiarité », qui évoque la « gradation de soins » dans le cadre des GHT. Elle semblait avoir des effets hétérogènes, aboutissant à deux types d'entités : des territoires où la

⁶⁷ Cette répartition de compétences entre les collectivités territoriales a depuis été précisée, notamment par la loi NOTRe (Nouvelle organisation territoriale de la République) de 2015.

commune demeure l'échelon essentiel, et des territoires ou les intercommunalités ont pris l'ascendant. Ceci rappelle les différents modèles de GHT que nous avons identifiés dans le chapitre 5 (coquilles vides, groupements intégrés où les CH cèdent leur autonomie au groupement, ainsi qu'un modèle intermédiaire, le GHT fédératif). Pour Delannoy et al. (2004), avec cette réforme, l'Etat devient « *un acteur parmi d'autres dans le système de gouvernance locale, adoptant de facto une posture d'exploration" en partenariat avec les acteurs locaux* » (p.91)

Plusieurs travaux de recherche ont tenté d'identifier les effets de ces collectifs. Gallez (2014) en dresse un bilan en demi-teinte. Selon elle, les intercommunalités permettent de mieux assurer la représentation et la défense des intérêts locaux lors des discussions avec l'Etat ou d'autres collectivités territoriales. Ces intérêts seraient en effet moins visibles si les communes se présentaient en ordre dispersé à ces discussions. Toutefois, en ce qui concerne certains domaines d'expertises des intercommunalités, comme l'aménagement urbain, la capacité des services techniques communautaires à construire une vision collective, qui dépasserait les logiques communales, est encore limitée. Gallez plaide donc pour une analyse plus fine des leviers d'actions des intercommunalités à ce sujet.

Alors que l'on peine parfois à mesurer les effets concrets de ces coopérations intercommunales, le développement récent des *communes nouvelles*⁶⁸ pose la question du devenir même des intercommunalités. Albert (2015) estime ainsi que le paysage territorial français pourrait être profondément transformé dans les prochaines années. Après plusieurs décennies marquées par une volonté de mailler le territoire de manière complète grâce à ces intercommunalités, en raison d'un nombre jugé trop important de communes disposant parfois de peu de moyens, la dimension intercommunale pourrait être réduite à la gestion de certains services publics (déchets, eau, etc.), en étant en partie supplantée par ces communes nouvelles.

En ce qui concerne les **universités**, les différentes dynamiques de regroupements mises en œuvre ces dernières années (PRES⁶⁹ puis COMUE⁷⁰ notamment) étaient fondées sur plusieurs finalités. Musselin (2017) indique ainsi que ces rapprochements parfois imposés "à marche forcée" par l'Etat avaient pour objectifs de constituer des structures de plus grande

⁶⁸ Le statut de « commune nouvelle » a été créé par la loi du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales. Il s'agit d'une collectivité territoriale résultant de la fusion entre différentes communes, et se substituant à ces communes. Les communes fusionnées deviennent des « communes déléguées » ne disposant pas de la personnalité morale. Ainsi, par exemple, au 1^{er} janvier 2017, Annecy et 5 communes voisines ont fusionné pour former une commune nouvelle de plus de 120 000 habitants (source : site internet de la mairie d'Annecy).

⁶⁹ Les PRES (Pôle de recherche et d'enseignement supérieur) ont été instaurés par la loi de programme pour la recherche de 2006 : « Les PRES permettent aux universités, grandes écoles et organismes de recherche, de mettre en cohérence leurs différents dispositifs, de mutualiser leurs activités et leurs moyens. L'objectif est de proposer une offre de recherche et de formation plus cohérente, plus lisible et mieux adaptée aux besoins des territoires. » (Source : site internet du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche).

⁷⁰ Les COMUE (Communautés d'universités et d'établissements) ont été créés en remplacement des PRES par la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche.

taille pour gagner en visibilité à l'international, mais également pour optimiser la répartition des ressources à l'échelle territoriale et donc de rationaliser les coûts. Le discours qui entoure ces transformations semble à première vue moins mettre en avant une volonté de promouvoir l'exploration suivant une logique bottom-up. Toutefois, on retrouve certaines similitudes avec la réforme des GHT, dans la mesure où il s'agit d'une volonté de l'Etat d'intégrer davantage le maillage universitaire qu'il juge trop fragmenté, diminuant ainsi le nombre d'interlocuteurs avec lesquels il interagit.

A l'instar des regroupements d'hôpitaux et de communes, on se trouve ici dans une dynamique en cours, bien que déjà amorcée par plusieurs réformes au cours des dernières années. L'analyse comparative de ces trois cas gagnerait à être approfondie, mais le manque de recul temporel sur ces politiques rend difficile l'identification d'enseignements généralisables. Toutefois, ce qui est frappant dans les trois situations à ce stade est la faiblesse des dispositifs d'évaluation et de capitalisation envisagés par l'Etat.

SECTION 2 ... ET UNE TRIPLE INCOHÉRENCE

La réforme des GHT porte donc selon nous les ferments d'une nouvelle forme d'action publique. Elle marque un tournant dans les politiques publiques hospitalières, en se distinguant de la plupart des réformes précédentes, qui relevaient d'une volonté de reprise en main par l'Etat. Toutefois, l'analyse de la mise en œuvre de la réforme sur nos trois terrains d'étude révèle au moins trois grandes incohérences.

1. Parcours, territoires : une réforme "au milieu du gué" ?

Premièrement, en ce qui concerne les nouveaux objets de gouvernement offerts par l'Etat, force est de constater le hiatus qui existe entre la volonté de constituer des parcours plus intégrés associant l'ensemble des acteurs d'un territoire, et la constitution de GHT qui restent hospitalo-centrés par nature.

Comme nous l'avons montré dans le chapitre 6, cette notion de « parcours » est au cœur de la plupart des PMP des GHT étudiés. La définition de ce concept n'est toutefois pas toujours bien maîtrisée : certains des acteurs rencontrés sur le terrain s'interrogeant sur la distinction entre parcours, filières et disciplines, et sur ce que le législateur attendait de la constitution des PMP à ce sujet.

On pourrait considérer qu'il s'agit là d'une première étape permettant de renforcer les filières de soins inter-établissements, avant d'étendre la réflexion aux acteurs libéraux et

médico-sociaux par exemple. Toutefois, on observe que certains des périmètres retenus pour les GHT ne sont pas forcément adaptés à cette logique de parcours, dans la mesure où ils ne correspondent pas aux flux de population naturels. Certains acteurs déplorent ainsi que le « T » du GHT se limite en réalité davantage à une liste d'établissements qu'à un véritable territoire. L'articulation des GHT avec d'autres dispositifs de coordination des parcours déjà existants, comme les CLIC⁷¹, les MAIA⁷² et les PTA⁷³, reste à penser.

2. Une articulation encore ambiguë entre différents régimes de gouvernamentalité

Dans le chapitre 2, nous avons présenté la cartographie des régimes de gouvernamentalité dans les politiques hospitalières proposée par Lenay au début des années 2000 (Tableau 2). En raison des réformes de grande ampleur ayant eu lieu depuis, avec notamment la T2A et les GHT, il nous semblait nécessaire de mettre à jour cette classification, afin de :

- Préciser la place de la réforme des GHT dans ces différents modèles d'action de l'Etat ;
- Confirmer l'émergence d'une nouvelle forme de gouvernamentalité centrée autour des trajectoires de patients, en précisant ses caractéristiques ;
- Se demander dans quelle mesure ces différents régimes de gouvernamentalité sont toujours en partie antinomiques.

Notre actualisation de la classification de Lenay est présentée ci-après (*Tableau 11*). Les principales modifications que nous apportons sont les suivantes :

- Nous inversons les deux premières colonnes pour faire figurer ces différents régimes dans l'ordre chronologique de leur apparition, adoptant ainsi une perspective généalogique.
- Nous ajoutons une ligne « relation gouverné-gouvernant » afin de décrire l'évolution des rapports entre tutelles et établissements de santé, suivant différentes logiques (marché, planification descendante ou délégation).
- Nous relient les trois régimes identifiés aux trois grands paradigmes de l'action publique identifiés plus haut (Public Administration, New Public Management et Nouvelle Gouvernance Publique), bien que ces doctrines soient en réalité assez complexes et que la classification que nous proposons puisse être discutée.

A propos du régime de **planification**, nous précisons que les instruments correspondants sont les SROS et les Projet régionaux de Santé définis par les ARS. Nous indiquons que ce régime semble s'inscrire dans la mouvance traditionnelle de la « Public

⁷¹ CLIC = Centres Locaux d'Information et de Coordination

⁷² MAIA = Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

⁷³ PTA = Plateforme Territoriale d'Appui

administration » : il s'agit d'un mode d'action hiérarchisé et descendant, dans lequel les acteurs de terrains ont peu de marge de manœuvre.

Au sujet du régime de **régulation** : la T2A (basée sur une description de l'activité médicale d'un établissement par le biais du PMSI) est désormais l'outil qui remplace les points ISA. Nous indiquons que cette forme de gouvernamentalité s'inscrit – comme l'avaient déjà écrit certains auteurs comme Pierru et Weber (2013) ou Moisdon (2012) – dans une inspiration « New Public Management ». Cette logique de régulation a en effet progressivement émergé à partir des années 80 sur la base d'un recours à une logique de marché, mettant les différents acteurs de soins en concurrence les uns avec les autres.

Enfin, nous remplaçons le terme d'organisation proposé par Lenay par celui de « **stimulation de l'exploration collective** », dont les caractéristiques ont été précisées plus haut. Nous confirmons ainsi l'émergence d'une forme de gouvernamentalité poussant à la coopération autour des parcours de patients. Notre travail permet de préciser une classe d'objets de gouvernement et d'instruments d'action publique donnant corps à ce mode d'action de l'Etat. Nous caractérisons également les rapports gouverné-gouvernant, qui relèvent d'une forme de délégation aux acteurs de terrain. Toutefois, force est de constater qu'un certain nombre des spécificités de ce régime de gouvernamentalité demeurent floues. Ce régime, qui s'inscrit selon nous dans une optique « Nouvelle Gouvernance Publique », marque la crise de légitimité des deux conceptions précédentes des politiques publiques hospitalières, en particulier parce que celles-ci seraient inadaptées au déploiement d'une logique coopérative autour de parcours de soins intégrés.

Ainsi, cette actualisation de la cartographie établie par Lenay (2005) constitue une contribution à la littérature sur les politiques publiques hospitalières.

	Planification (« Public administration »)	Régulation (« New Public Management »)	Stimulation de l'exploration collective (« New Public Governance »)
Objets de gouvernement	Discipline, spécialité médicale (cardiologie, urologie, etc.), service Objets homogènes en termes d'activité et dominés par des logiques professionnelles	Hôpital, clinique, etc. Institutions considérées comme des systèmes de production autonomes	GHT, territoires, parcours des patients
Définition de la performance	Qualité mesurée sous formes de seuils d'activité, de masse critique, de niveaux d'équipements et de qualification	Productivité (Rapport des flux exprimés dans une unité d'activité commune sur les moyens engagés)	Egalité d'accès aux soins grâce à un maillage exhaustif du territoire
Manière de définir les sujets	Compétence	Responsabilité économique	Sujets coopérants à une prise en charge
Relation gouvernant-gouverné	Planification descendante (hiérarchie)	Marché organisé par l'Etat	Délégation aux acteurs de terrain
Outillage	Traduction des objectifs de santé publique en activités et structures. Seuils d'activité, indices d'équipements, niveau d'activité => SROS/PRS	Allocation des financements en fonction de l'activité => T2A et PMSI	Définition de la prise en charge des patients de manière locale dans les PMP des GHT
Limites	Faibles incitations à se coordonner. Définition locale de la qualité, normes locales. Pas d'évaluation de la performance globale des opérations de traduction locales.	Les structures évaluées ne correspondent pas nécessairement aux formes de l'action collective (coopération inter-institutions). Difficulté à responsabiliser les professionnels, à décliner l'évaluation globale sur les professionnels	Pilotage de la coopération en contexte d'incertitude Redistribution des financements entre les différentes institutions coproduisant la prise en charge. Définition du périmètre de la prise en charge.

Tableau 11 - Proposition d'actualisation de la cartographie de Lenay 05 des différentes formes de gouvernementalité dans les politiques hospitalières

3. La faiblesse de l'accompagnement et de la capitalisation par l'Etat

Enfin, notre étude met en évidence un troisième dysfonctionnement. La réforme des GHT offre un "terrain de jeu" inédit aux établissements, à travers les objets parcours et territoires. Toutefois, l'intervention de l'Etat est à ce stade très limitée, laissant les acteurs locaux inventer le *modus operandi* de ces dynamiques coopératives. Or, cet espace d'apprentissage que peut constituer le GHT nécessite d'être piloté, cadré, évalué et capitalisé par la puissance publique. Les orientations prises restent à ce jour embryonnaires sur tous ces sujets.

Ceci entraîne le risque de rester dans une conception « balistique » des réformes hospitalières, c'est-à-dire sans analyse approfondie de leurs effets et sans procéder à de réels ajustements dans l'action de l'Etat. Ainsi, la « boîte à outils » proposée par la DGOS pour accompagner la mise en œuvre des GHT ne propose pas de dispositif structuré de suivi des effets de la réforme, et elle n'apporte pas de réponse à certaines questions récurrentes, comme celle des modèles économiques permettant de coopérer en composant avec la T2A, la problématique de la GRH des médecins à l'échelle territoriale, ou encore la question du partage des données médicales entre établissements.

Ce manque d'accompagnement et ces incohérences dans l'action de l'Etat sont en partie responsables de l'hétérogénéité observée dans la constitution des GHT, ainsi que des difficultés à construire des partenariats « gagnant-gagnant ». Toutes ces lacunes risquent ainsi de limiter la fécondité des dynamiques novatrices contenues dans la réforme.

4. Face à ces ruptures et incohérences, les défis de l'exploration collective

A. Des défis liés aux limites intrinsèques de la coopération exploratoire

Tout d'abord, l'émergence de ce régime de coopération exploratoire pose un certain nombre de défis liés aux limites intrinsèques de cette forme de gouvernamentalité.

Pour la puissance publique, cette évolution soulève un problème d'homogénéité de mise en œuvre sur le territoire, ou plutôt d'hétérogénéité non contrôlée, comme on a pu le voir à propos des trois modèles identifiés de GHT. Se pose également la question de l'évaluation de cette réforme ainsi que de la capacité réflexive des tutelles.

Du côté des établissements, cette délégation de pouvoir aux acteurs de terrain pose la question du pilotage collectif de ces partenariats d'exploration, alors que le cadre de cohésion et que les modalités concrètes de coordination ne sont pas prédéfinies.

B. Des défis liés à l'articulation ambiguë entre différents régimes de gouvernamentalité

Par ailleurs, outre les problématiques intrinsèques à cette forme de gouvernamentalité, la difficulté du management des coopérations repose également sur l'articulation ambiguë entre trois registres d'action de l'Etat en partie antinomiques.

La logique de stimulation de l'exploration collective associée aux GHT tend à se substituer à celle de *planification*, réduisant le pouvoir des tutelles à celui de régulateur économique et de modérateur des coopérations. Toutefois, nous sommes actuellement dans une phase de transition où se pose encore la question de la définition de la distribution géographique des activités, autrement dit de l'articulation entre les PMP construits sur le terrain et le PRS défini par la tutelle.

Par ailleurs, la logique de *régulation* semble orthogonale à la nouvelle forme de gouvernamentalité identifiée. En effet, la régulation économique autour de l'instrument T2A actuellement en vigueur, est plus adaptée à une vision concurrentielle centrée sur des séjours hospitaliers, qu'à une dynamique collaborative orientée parcours. Le conflit entre ces deux formes de gouvernamentalité pourrait être résolu soit par la mise en place de fusions budgétaires (ce qui apparaît d'ores et déjà, comme sur le GHT Nord Essonne⁷⁴), soit à plus long terme par la mise en place d'un financement au parcours. Nous avons toutefois essayé de réfléchir à une troisième voie permettant de concilier régulation économique et coopération exploratoire. Est-il possible de constituer un dispositif de coopération qui pourrait atténuer l'effet concurrentiel de la T2A ? Tel était l'objet du travail de recherche-intervention mené sur le GHT 21-52. Nous nous proposons de formuler quelques préconisations à partir des travaux effectués.

SECTION 3

PILOTER ET GOUVERNER L'EXPLORATION COLLECTIVE: ENTRE PRÉCONISATIONS MANAGÉRIALES ET INGÉNIERIE DE L'ACTION PUBLIQUE

Dans cette section, nous présentons plusieurs préconisations managériales et appelons à une ingénierie de l'action publique plus cohérente, pour respectivement piloter et gouverner ces dynamiques d'exploration collective.

1. Des instruments de gestion comme support d'expérimentations, pour un couplage cohésion-coordination

A la lumière des travaux de recherche-intervention effectués sur le terrain, nous proposons des principes managériaux tangibles pour piloter la coopération entre établissements hospitaliers. Nous nous appuyons pour ce faire sur les travaux de Segrestin

⁷⁴ On pourrait d'ailleurs se demander si l'Etat, en conservant ces deux modes de gouvernement orthogonaux, ne chercherait pas délibérément à pousser certains GHT à la fusion, comme c'est le cas pour le GHT Nord Essonne. La fusion permet en effet de contourner le problème lié au maintien de l'autonomie budgétaire des membres d'un groupement.

(2006), qui préconise de construire une ingénierie du couplage cohésion-coordination. Une des orientations que nous retenons est de promouvoir l'utilisation d'instruments de modélisation médico-économique comme supports formels d'expérimentations.

A. Rappel : la nécessité du couplage cohésion – coordination

La littérature mobilisée dans le chapitre 1 nous permet de rappeler en quoi les GHT sont des coopérations complexes à piloter, dans lesquelles le cadre de cohésion est fragile.

Premièrement, il s'agit par construction de coopérations asymétriques (Chabault & Hulin, 2016), puisqu'un établissement est désigné comme étant support, se voyant ainsi conférer un certain nombre de prérogatives sur les établissements « périphériques ». On l'a vu, cette asymétrie dans les relations a déclenché dans la construction des groupements de nombreuses réticences de la part d'établissements périphériques, qui redoutaient de perdre une partie de leurs activités et recettes au profit des CH support. Dans certains cas, ces tensions ont entraîné une scission du collectif, dans d'autres, la création de coquilles vides dans l'incapacité de concrétiser les dynamiques coopératives. La littérature suggérait, pour piloter ces coopérations asymétriques, de générer et de capitaliser des apprentissages permettant d'adapter et *d'équilibrer les relations* par le biais d'itérations successives (apprentissage – évaluation – ajustements).

Deuxièmement, la coopération inter-organisationnelle au sein d'un GHT est également complexe à piloter dans la mesure où il s'agit de partenariats d'exploration (Segrestin, 2003), pour lesquels les objectifs de la coopération ne sont pas définis clairement à l'origine, mais sont progressivement caractérisés. Il s'agit dans ce cas de construire de manière simultanée un cadre de cohésion et des modalités de coordination, ou en d'autres termes de qualifier les objets de l'action collective tout en réunissant les conditions nécessaires à sa conduite. Des techniques managériales particulières sont alors nécessaires pour assurer ce *couplage entre cohésion et coordination*, par exemple en circonscrivant les espaces d'explorations et en gérant les transitions entre ces différents sous-espaces par le biais de la capitalisation d'apprentissages.

B. Des outils de gestion comme supports de l'exploration collective

▪ Des outils pour stimuler et encadrer l'exploration du nouveau

L'étude de la mise en œuvre des GHT présentée dans ce travail montre que les établissements doivent se « débrouiller » avec un appui limité des tutelles pour contourner ces difficultés et répondre à des enjeux récurrents dans le cadre de la mise en œuvre des GHT, comme l'encadrement économique et organisationnel du partage de ressources humaines médicales.

Le principal enseignement tiré de nos travaux de recherche-intervention est que la constitution d'outils de gestion formalisés est nécessaire pour mieux saisir ces objets de

gouvernement mal maîtrisés et gérer l'incertitude liée au caractère asymétrique des coopérations, en tentant de construire des partenariats « gagnant-gagnant ».

Comme le précise la littérature sur les outils de gestion évoquée dans le chapitre 2, ces outils, instruments et dispositifs peuvent permettre de stimuler l'exploration du nouveau, orientant les acteurs vers des « transformations de leurs savoirs de base », c'est-à-dire les savoirs techniques grâce auxquels ils maîtrisent leur activité propre. Ainsi, dans le cas des GHT, la constitution d'outils est nécessaire pour renforcer des savoirs incomplets autour des objets de gouvernement mis en avant par la réforme. Les outils déployés sont alors susceptibles d'avoir les trois effets suivants.

Premièrement, ces outils servent de **support davantage objectivé aux discussions et aux négociations entre les acteurs**. Malgré leurs limites, ils offrent une base de réflexion chiffrée permettant de résoudre certains conflits dus à des impressions parfois inexacts. Ces outils sont ainsi susceptibles de renforcer la cohésion du collectif. L'élaboration de stratégies « gagnant-gagnant » rend indispensable la formalisation de tels outils, afin de sortir d'un pilotage à l'aveugle des coopérations.

Deuxièmement, ces outils permettent de **stimuler des processus d'apprentissages par exploration** dans les établissements. En effet, la construction et l'appropriation de ces outils forment une démarche qui favorise l'investigation et le dialogue entre les acteurs, permet aux partenaires de mieux connaître les préoccupations et les attentes de chacun, et de mieux maîtriser des objets de gouvernement jusque là difficilement saisissables, comme les parcours des patients.

Enfin, grâce à ces nouveaux outils, les établissements acquièrent progressivement de nouveaux savoirs sur le territoire et les besoins de la population. A l'aide de ces connaissances, ils sont de plus en plus susceptibles d'être **force de proposition en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins**. On passe ainsi d'un hôpital-opérateur, exécutant les injonctions de la tutelle, à un GHT-stratège, outillé pour proposer des stratégies ascendantes.

▪ Des outils qui s'inscrivent dans une stratégie managériale plus large

Comme nous l'avons vu, ces outils sont parfois complexes à élaborer et à exploiter. Afin que les acteurs puissent se les approprier, nous plaçons pour une construction conjointe de ces outils entre les membres du collectif, et pour leur déploiement progressif par le biais d'expérimentations et de boucles de rétroaction (expérimentation sur une échelle réduite, évaluation, correction, etc.).

Cela s'inscrit alors dans une stratégie managériale plus globale, proche de celle que nous avons pu observer sur le GHT 21-52. L'adhésion des acteurs peut être construite par le biais d'une approche souple visant à progresser par tâtonnements, en cherchant à démontrer la valeur ajoutée de chaque pas effectué. Il s'agit donc de mener des explorations ponctuelles et progressives, afin de conduire des apprentissages croisés entre les acteurs pour favoriser la construction de représentations partagées et d'un objectif commun. L'engagement des acteurs

est alors « souple », les acteurs pouvant choisir de quitter le collectif s'ils ne sont pas convaincus de leur intérêt à coopérer.

En ce sens, cette stratégie évoque celle décrite par Segrestin (2003), dans la mesure où cette progression par tâtonnements rappelle la technique de division de l'espace d'exploration en sous-espaces réduits, en veillant à adapter et équilibrer les relations à chaque phase de transition entre ces sous-espaces. Cette stratégie managériale est synthétisée dans le schéma suivant (Figure 17).

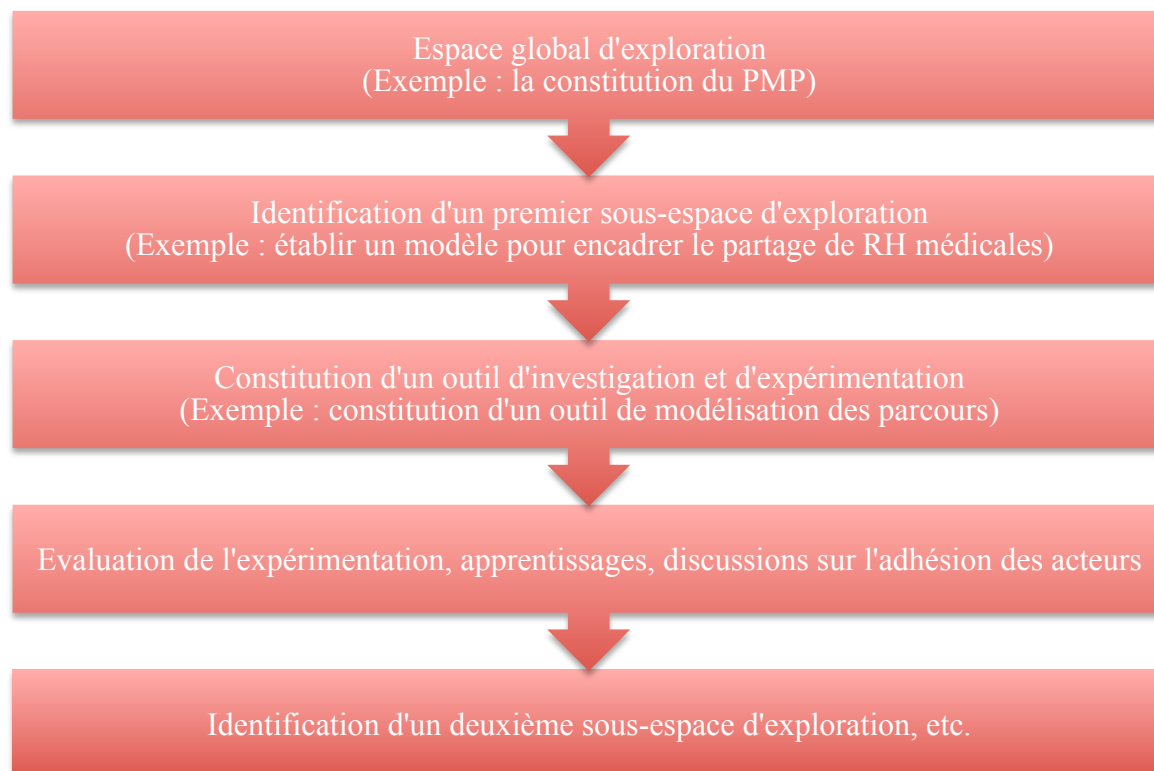


Figure 17 - Une stratégie managériale pour piloter l'exploration par le biais d'outils de gestion

2. Pour une ingénierie du gouvernement de l'exploration collective par l'Etat

Plusieurs expériences sont ainsi menées localement, par tâtonnements, sans pour le moment bénéficier de réel accompagnement des tutelles. Si la mise en place de techniques managériales à l'échelle des établissements est nécessaire pour piloter ces partenariats d'exploration, il nous semble également important de réfléchir à la construction d'une ingénierie de cadrage de l'exploration collective par l'Etat. Nous précisons ici quelques évolutions à promouvoir afin d'encourager le changement de paradigme autour des nouveaux objets de gouvernement que sont le parcours, le territoire, ou encore le GHT.

A. Davantage d'accompagnement et de capitalisation

Le changement de posture de l'Etat, promouvant des dynamiques d'exploration inter-organisationnelle sur le territoire, rend désormais nécessaire une évolution en conséquence de son instrumentation.

Nous souhaitons souligner l'importance de se doter d'une nouvelle grille d'évaluation de ce type de réforme, afin de mieux mesurer les effets de ces dynamiques exploratoires et de permettre l'amélioration de la capacité réflexive des tutelles. En effet, le caractère relativement vague des objectifs de la réforme pose la question des critères d'évaluation de sa mise en œuvre. Les acteurs interrogés dans les ARS nous ont indiqué y travailler, sans néanmoins nous fournir d'indications précises sur les formes que pourrait prendre cette grille d'évaluation. Il nous semble toutefois important d'améliorer la capacité réflexive de la puissance publique sur sa propre action, afin de guider les prochaines réformes qui pourraient s'inscrire dans la continuité des GHT. Ainsi, le problème de la mauvaise articulation entre les trois formes de gouvernementalité qu'elle déploie devra être tranché pour favoriser la poursuite du déploiement des dynamiques coopératives sur le territoire.

En ce sens, la constitution d'espaces de dialogue ou d'autres dispositifs pourrait permettre de faire remonter des interrogations du terrain, afin de mieux identifier les incohérences dans l'action de l'Etat. Cette remontée d'information pourrait s'organiser à travers différents niveaux de dispositifs de capitalisation :

- Au niveau du GHT, en renforçant la place des ARS dans les discussions relatives au PMP, grâce à une participation plus fréquente aux comités stratégiques des GHT par exemple ;
- Au niveau régional, en organisant des espaces d'échanges entre les représentants de différents GHT. Ces espaces pourraient être co-pilotés par l'ARS et la délégation régionale de la FHF ;
- Enfin, au niveau national, une meilleure capitalisation des expériences locales pourrait être organisée par le ministère de la Santé, en relation avec la FHF. L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui a encore relativement peu investi la question des GHT, pourrait être davantage mobilisée afin de répondre aux interrogations des acteurs de terrain.

B. Des réformes à promouvoir pour une meilleure articulation des différentes formes de gouvernementalité des politiques hospitalières

Au delà de la mise en place de ces dispositifs de capitalisation, plusieurs évolutions de plus grande ampleur sont appelées de leurs vœux par de nombreux acteurs que nous avons pu interroger sur le terrain, afin de corriger la mauvaise articulation entre les différentes formes de gouvernementalité dans les politiques hospitalières.

▪ Vers un financement au parcours ?

La première évolution concernerait une refonte du modèle de financement, afin qu'il soit plus adapté au déploiement de cette logique de parcours.

Ainsi, Angelé-Halgand et Garrot (2014) pointent les limites de la T2A, qui entraîne selon eux une fragmentation de l'offre de soins ainsi que de nombreux comportements opportunistes, remettant en question l'efficacité de notre système de santé. Ils proposent d'engager une réflexion sur une « tarification au cycle de soins », afin de permettre davantage de transversalité en favorisant les relations inter-organisationnelles autour de la prise en charge des patients. Couty (2013) estime également qu'il est « *important d'inciter fortement à la qualité et à la pertinence des soins plutôt qu'à la quantité d'activité produite* » (p. 34). Selon lui, afin de répondre à ce sujet complexe, il est nécessaire de procéder à des expérimentations de modèles de financement permettant de favoriser les dynamiques de coopérations entre acteurs de santé. Il s'agirait de passer « *d'un système fondé sur le mode d'exercice des professionnels à un système fondé sur le suivi du patient tout au long de son parcours en établissement ou à domicile* » (p. 35).

De nombreuses interrogations existent quant aux modalités concrètes que cette refonte du mode de financement pourrait entraîner : quel acteur assurerait alors la répartition des financements entre les différentes entités participant à la prise en charge ? Quels outils permettraient de définir les règles précises de redistribution ? Quel périmètre pourrait-on retenir pour la définition des parcours en question ? Pour quel type de pathologie la mise en place d'un financement au parcours est-elle pertinente ?

Le rapport Véran de 2016⁷⁵ suggère de faire cohabiter trois modèles de financement :

- La T2A serait maintenue pour financer des séjours "ponctuels" ou "simples";
- Un financement à l'épisode de soins serait mis en place pour certains actes chirurgicaux lourds nécessitant une prise en charge en amont et/ou en aval par des professionnels libéraux;
- Un financement au parcours serait créé pour la prise en charge de maladies chroniques impliquant médecine de ville et professionnels hospitaliers.

Des expériences allant dans le sens d'un financement au parcours sont toutefois d'ores et déjà engagées à l'étranger⁷⁶. Ces expériences ont permis d'identifier plusieurs écueils importants, comme la complexité des circuits financiers, qui nécessite le déploiement d'un système d'information permettant de suivre toutes les prestations effectuées par les différents acteurs participant à la prise en charge d'un patient; ou encore le besoin de mettre en place des indicateurs de qualité dans le cadre de protocoles de prise en charge précisément définis.

⁷⁵ *L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur*, Dr Olivier Véran, 2016

⁷⁶ Voir par exemple, pour le cas du financement à l'épisode de soins, le dispositif de « bundled payment » déployé aux Pays-Bas (Struijs et al., 2011)

▪ Une refonte du régime des autorisations d'activité

La deuxième évolution correspondrait à une refonte du régime des autorisations d'activités. Le modèle actuel des autorisations présente un certain nombre de limites : les autorisations de soins sont en effet accordées par établissement et non pas par praticien. Le développement de l'exercice multi-sites des médecins pourrait pourtant, dans le cas inverse, permettre de développer ou de maintenir certaines activités techniques dans les établissements de proximité.

Le rapport intermédiaire de la mission Hubert-Martineau évoque ainsi la nécessité d'envisager « *une réforme du régime des autorisations pour intégrer la territorialisation des pratiques et prises en charge. Plusieurs propositions nous ont été formulées : l'autorisation d'équipes qui pourraient être territorialisées, en lieu et place de l'autorisation de sites comme c'est actuellement le cas ; l'introduction d'une variable relative au degré de recours pour chaque autorisation d'activité de soins ; la concentration de toutes les autorisations sur l'établissement support pour une mise en œuvre dans l'ensemble du GHT ; etc.* » (pp. 38-39). Ces propositions, approuvées par la plupart des acteurs que nous avons pu interroger, pourraient permettre une meilleure couverture territoriale, par exemple en autorisant la pratique de certains actes (en cancérologie par exemple) réalisés par les praticiens des établissements supports dans les établissements périphériques.

▪ Une ouverture des GHT

Enfin, les GHT pourraient quant à eux davantage s'ouvrir aux acteurs libéraux et médico-sociaux, pour réellement permettre le déploiement d'une logique de parcours sur un territoire. Certaines expériences locales vont d'ores et déjà dans ce sens. Ainsi, un « Groupement de Santé de Territoire » a été constitué autour de l'hôpital de Niort⁷⁷, afin de dépasser la logique encore hospitalo-centrée des GHT. L'expérience des CSSS (Centres de Santé et de Services Sociaux) puis des CISSS (Centres Intégrés de Santé et de Services Sociaux), respectivement créés en 2004 et 2015 au Québec, pourrait à ce titre être riche d'enseignements. Ces structures sont en effet issues de la fusion de centres hospitaliers, de centres de soins de longue durée, de centres de réadaptation et de centres locaux de services communautaires. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, une évaluation plus approfondie de ces regroupements reste toutefois à mener par les pouvoirs publics.

⁷⁷ Cette expérience a été présentée aux universités d'été de la FHF le 5 septembre 2017.

CONCLUSION ET RÉSUMÉ DU CHAPITRE 7

Pour rappel, notre question de recherche principale était la suivante : *Dans quelle mesure la réforme des GHT s'inscrit-elle dans un nouveau régime de gouvernamentalité dans les politiques publiques de santé, permettant de faire émerger et d'encadrer des partenariats d'exploration entre établissements hospitaliers ?*

Nous y répondons ainsi, à travers les trois contributions suivantes :

Contribution n°1 : Caractérisation d'un nouveau régime de gouvernamentalité, la stimulation de l'exploration collective

Notre travail de thèse a permis de confirmer et de préciser l'émergence d'un nouveau mode d'action de l'Etat dans les politiques hospitalières, qui avait déjà été évoqué par Lenay (2005). Avec la réforme des GHT, la puissance publique ne cherche plus *directement* à réguler ou à planifier l'organisation du maillage hospitalier. On est ici davantage dans un registre de promotion de l'exploration collective, autour d'orientations définies uniquement de façon globale et avec une certaine autonomie laissée aux acteurs de terrain, après que ceux-ci aient été contraints à se regrouper pour amorcer cette dynamique. Pour répondre à notre question de recherche principale, la réforme des GHT s'inscrit donc bien dans un nouveau régime de gouvernamentalité favorisant l'émergence de partenariats d'exploration entre hôpitaux. Nous avons caractérisé cette forme de gouvernamentalité, la « *stimulation de l'exploration collective* », grâce à l'identification d'une triple rupture : l'émergence d'une classe de nouveaux objets de gouvernement, la création d'espaces d'exploration ainsi que la transformation des rapports entre tutelles et établissements.

La progression de cette nouvelle classe d'objets de gouvernement pourrait entraîner une transformation importante du tissu hospitalier, qui sera à évaluer dans quelques années. En effet, la réforme pourrait induire des redistributions importantes d'activités et de ressources entre établissements, avec une mutation du modèle actuel de l'hôpital de proximité (plus connecté, mieux relié à l'établissement de recours, mais sans doute moins technicisé). Le mode d'exercice des médecins devrait également connaître une évolution importante avec le développement massif de la pratique territoriale.

Contribution n°2 : Mise en évidence d'une triple incohérence dans l'action de l'Etat

Face à ces ruptures, on peut toutefois identifier au moins trois grandes incohérences dans l'action de l'Etat. Premièrement, le hiatus entre ces nouveaux objets de gouvernement et le caractère hospitalo-centré des GHT empêche parfois la conduite d'une réelle réflexion sur une prise en charge intégrée des parcours des patients. Deuxièmement, la coexistence de régimes de gouvernamentalité en partie orthogonaux rend complexe la construction de

dynamiques coopératives, la planification descendante et la régulation économique s'articulant mal avec la volonté de promotion de l'exploration collective. Enfin, le manque d'accompagnement et de capitalisation de l'Etat à propos de cette réforme risque d'en limiter la fécondité.

Ces différentes lacunes dans l'action de l'Etat sont en partie responsables de l'hétérogénéité observée dans la constitution des GHT, ainsi que des difficultés à construire des partenariats « gagnant-gagnant ». L'exploration collective présente ainsi un certain nombre de défis que nous avons présentés, liés au caractère "souple" de la réforme et aux incohérences qui l'accompagnent. Comment donc conduire des dynamiques coopératives dans ce contexte ?

Contribution n°3 : Formulation de préconisations pour le management de l'exploration collective au sein des GHT, et pour une meilleure ingénierie de l'action publique

Pour conclure, nous avons formulé une série de préconisations pour le management de l'exploration et pour une meilleure ingénierie de l'action publique, apportant ainsi des contributions managériales concrètes.

Au cours de nos travaux de recherche-intervention, nous avons co-construit avec les acteurs de terrain des outils permettant de mieux appréhender les nouveaux objets qu'ils sont amenés à manipuler dans le cadre des coopérations, et en particulier les parcours. La constitution de ces outils a plusieurs effets. Premièrement, elle sert de support davantage objectivé lors des discussions entre acteurs, afin d'éviter ou de résoudre certains conflits, ce qui permet ainsi de renforcer la cohésion du groupe. L'élaboration de stratégies « gagnant-gagnant » rend indispensable la formalisation de tels outils, afin de sortir d'un pilotage à l'aveugle des coopérations. Deuxièmement, elle permet de stimuler chez les acteurs des dynamiques d'apprentissages par exploration. Les acteurs apprennent ainsi à mieux se connaître mutuellement, mais également à mieux comprendre ce qu'est un parcours, quels sont les besoins du territoire, etc. Enfin, la construction de ces nouveaux savoirs et outils permet aux établissements d'être force de proposition en matière d'organisation territoriale de l'offre de soins. On passe ainsi d'un hôpital-opérateur, exécutant les injonctions de la tutelle, à un GHT-stratège, outillé pour proposer des stratégies ascendantes. Nous préconisons donc l'utilisation d'outils comme supports formalisés d'expérimentations, afin d'assurer un meilleur couplage cohésion-coordination.

Plusieurs expériences sont ainsi menées localement, par tâtonnements, sans pour le moment bénéficier de réel accompagnement des tutelles. Le changement de posture de l'Etat, promouvant des dynamiques d'exploration inter-organisationnelle sur le territoire, rend désormais nécessaire une adaptation en conséquence de son instrumentation, afin de permettre une meilleure capitalisation de ce type de démarches. L'amélioration de la capacité réflexive de la puissance publique pourrait passer par la constitution de dispositifs de partage de ce type d'expérimentations locales.

Par ailleurs, d'autres évolutions sont selon nous à promouvoir dans l'action de l'Etat, afin d'atténuer les incohérences identifiées plus haut, et de favoriser le changement de

paradigme autour des nouveaux objets de gouvernement mis en avant, comme les parcours. Un mode de financement au parcours (et non plus au séjour) pourrait ainsi être étudié puis progressivement mis en œuvre. Les GHT pourraient quant à eux davantage s'ouvrir aux acteurs libéraux et médico-sociaux, pour réellement permettre le déploiement d'une logique de parcours sur le territoire.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le point de départ de notre étude était de répondre à une demande de la FHF concernant la constitution de modèles de coopération « gagnant-gagnant » dans les GHT, alors que la réforme correspondante était sur le point d'être promulguée. Cette problématique, que nous avons étudiée à travers plusieurs études de cas, nous a en réalité conduits à nous interroger plus globalement sur l'articulation complexe entre les différentes formes de gouvernementalité dans les politiques publiques hospitalières.

La réforme des GHT peut évoquer une volonté de « *mieux gouverner* » le paysage hospitalier en procédant à ces dynamiques de regroupements, comme le titre de cette thèse le suggère, et en laissant davantage de marges de manœuvre aux acteurs de terrain pour explorer de nouvelles organisations territoriales de l'offre de soins et se saisir de nouveaux objets de coopération et de gouvernement.

Toutefois, de nombreuses interrogations persistent tant les acteurs ont le sentiment d'avancer dans l'inconnu, de devoir construire des collectifs souvent fragiles, et de s'approprier de nouveaux objets qu'ils ne maîtrisent guère, comme les parcours des patients. La thèse avait entre autres pour objectifs de mieux caractériser ces difficultés en identifiant leurs causes, de distinguer les différents modèles de GHT qui semblent se dessiner, et de proposer des orientations managériales concrètes permettant de mieux piloter les dynamiques d'exploration collective déclenchées par la réforme.

1. Rappel des principales contributions de la thèse

Les principales contributions apportées par ce travail de thèse ont été détaillées dans la conclusion du chapitre 7. Nous les rappelons ci-après.

La principale de ces contributions correspond à la caractérisation d'un nouveau régime de gouvernementalité dans les politiques hospitalières : la *stimulation de l'exploration collective*. Avec la réforme des GHT, la puissance publique ne cherche plus directement à réguler ou à planifier l'organisation du maillage hospitalier, mais à promouvoir des dynamiques d'exploration et d'apprentissages collectifs autour de nouveaux objets de gouvernement, et grâce à des rapports transformés entre tutelles et établissements. Notre démarche a ainsi permis de faire dialoguer deux champs de littérature, respectivement relatifs aux coopérations inter-organisationnelles et à l'action publique, afin d'identifier le rôle de la puissance publique dans la stimulation et l'encadrement de partenariats d'exploration, sujet peu étudié jusqu'à présent.

Deux autres contributions sont associées à ce résultat de recherche principal.

Nous avons en effet identifié plusieurs carences dans l'action de l'Etat, faisant face à ces ruptures dans la manière de gouverner le paysage hospitalier. Ainsi, le hiatus entre ces nouveaux objets de gouvernement et le caractère hospitalo-centré des GHT empêche parfois la conduite d'une réelle réflexion sur une prise en charge intégrée des parcours des patients. D'autre part, la coexistence de régimes de gouvernementalité en partie orthogonaux rend complexe la construction de dynamiques coopératives. Le manque d'accompagnement et de capitalisation de l'Etat à propos de cette réforme risque par ailleurs d'en limiter la fécondité.

Enfin, nous avons formulé quelques préconisations pour le management de l'exploration dans les établissements hospitaliers, à travers l'utilisation d'outils de gestion comme supports formalisés d'expérimentations, permettant d'assurer un meilleur couplage cohésion-coordination, ce que suggère la littérature sur les partenariats d'exploration. Nous avons également plaidé pour une stratégie d'encadrement de ces dynamiques plus cohérente de la part de la puissance publique. L'amélioration de la capacité réflexive de l'Etat pourrait passer par la constitution d'espaces de partage des expérimentations locales. D'autres évolutions sont selon nous à promouvoir afin d'atténuer les incohérences identifiées plus haut, et de favoriser le changement de paradigme autour des nouveaux objets de gouvernement mis en avant. Un mode de financement au parcours pourrait ainsi être étudié puis progressivement mis en œuvre. Les GHT pourraient quant à eux davantage s'ouvrir aux acteurs libéraux et médico-sociaux, pour réellement permettre le déploiement d'une logique de parcours sur le territoire.

▪ **L'apport du travail pour la Fédération Hospitalière de France**

Les enseignements de ce travail représentent un apport pour la FHF, qui souhaitait recueillir et diffuser des expériences positives de coopération inter-hôpitaux auprès de ses adhérents. A ce titre, la construction d'un outil de modélisation médico-économique des parcours, ainsi que la formulation de préconisations RH pour l'exercice territorial des médecins ouvrent des réflexions sur lesquelles elle pourra capitaliser.

Les conclusions de nos travaux ont en ce sens été présentées à l'occasion de plusieurs groupes de travail et conférences organisés par la FHF, comme les Universités d'Été de la FHF le 05 Septembre 2017.

2. Limites de l'étude

Notre travail de recherche présente plusieurs limites.

Tout d'abord, plusieurs de ces limites sont intrinsèques à la méthodologie de l'étude de cas (Yin 2004, p. 10). Notre nombre de cas (trois) étant relativement limité par rapport à l'ensemble des 136 GHT de France, la question de la généralisation de nos conclusions se pose. Toutefois, sans être représentatifs d'un point de vue quantitatif, les trois GHT étudiés

nous semblent suffisamment variés dans leurs configurations pour assurer une certaine robustesse à nos résultats.

D'autre part, une des limites de nos conclusions quant aux orientations des GHT est liée au manque de recul temporel par rapport à un processus en cours. Notre présence sur le terrain lors de la délimitation des périmètres des GHT et lors des premières étapes de la construction des PMP a permis de caractériser les logiques d'acteurs en jeu dans la phase d'amorce de la logique coopérative. Toutefois, il nous semble encore tôt pour se prononcer avec certitude sur les effets de cette réforme. Ainsi, si l'émergence d'une logique de parcours dans les PMP apparaît clairement au moment de notre étude, nous ne pouvons à ce stade pas mesurer l'ampleur des transformations que cette logique entraînera, notamment en raison des obstacles à sa mise en œuvre, que nous avons mentionnés à plusieurs reprises dans le corps de la thèse. De la même manière, l'hétérogénéité constatée dans la constitution des GHT sera peut-être moins prononcée dans quelques années. En ce sens, la poursuite de l'étude de nos trois cas par le biais d'analyses longitudinales pourrait permettre de confirmer ou de nuancer nos conclusions.

Enfin, une autre des limites de notre travail est liée à notre volonté de privilégier l'immersion dans les établissements hospitaliers pour étudier la mise en œuvre de la réforme, ce qui nous a laissé moins de temps pour interroger les concepteurs de la réforme, par exemple au ministère de la Santé. Plusieurs entretiens ont toutefois pu être menés, et nous avons assisté à plusieurs réunions-clés au moment de la genèse de la loi. Par ailleurs, l'analyse de multiples données secondaires sur l'élaboration du texte de loi nous a fourni de nombreux enseignements.

3. Pistes de recherche

Pour conclure, notre travail pourrait ouvrir plusieurs pistes de recherche.

Premièrement, l'étude de l'objet GHT mérite selon nous d'être poursuivie à plus long terme, par exemple par le biais d'études longitudinales. Avec plus de recul temporel sur ces dynamiques de coopérations, il pourrait être possible de confirmer ou de nuancer la typologie des GHT que nous avons proposée, ou encore de préciser les stratégies managériales déployées pour surmonter les défis de cette exploration collective. Une évaluation approfondie de la réforme, fondée sur un calendrier et des indicateurs qui restent à définir, pourrait alors être envisagée.

Deuxièmement, il nous semble intéressant d'étudier la poursuite de la transformation de l'action publique autour des parcours des patients. Assistes-t-on à une inflexion de l'action de l'Etat pour permettre un déploiement plus rapide de cette logique, notamment avec la mise en place d'un financement au parcours ? La réflexion autour de cette problématique est déjà

amorcée mais reste à poursuivre, sur la base d'expérimentations menées sur des pathologies ciblées, ou en exploitant les expériences étrangères.

Enfin, cette dynamique de regroupements dans le secteur hospitalier pourrait être confrontée à celles observées à l'étranger, voire dans d'autres domaines de l'action publique, en approfondissant les quelques pistes esquissées dans cette thèse. L'émergence d'un régime de stimulation de l'exploration collective dans d'autres environnements pourrait ainsi être étayée.

RÉFÉRENCES

- Aggeri, F. (2005). Les régimes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement. *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault*, 431-464.
- Aggeri, F., & Hatchuel, A. (1997). Les instruments de l'apprentissage *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris: Seli Arslan.
- Aggeri, F., & Labatut, J. (2010). La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion. *Finance Contrôle Stratégie*, 13(3), 5-37.
- Albert, J. L. (2015). Après l'intercommunalité, quoi?, *Revue française d'administration publique*, (4), 981-988.
- Amat-Roze, J.-M. (2011). La territorialisation de la santé: quand le territoire fait débat. *Hérodote*(4), 13-32.
- Angelé-Halgand, N., & Garrot, T. (2014). Les biens communs à l'hôpital: De la «T2A» à la tarification au cycle de soins. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 20(3), 15-41.
- Argyris, C., Putnam, R., & Smith, D. M. (1985). *Action science* (Vol. 13): Jossey-Bass Inc Pub.
- Assens, C., & Cherbib, J. (2010). L'Alliance asymétrique: une stratégie durable? *La Revue des Sciences de Gestion*(3), 111-119.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation.
- Auschra, C. (2016). *A conceptualization of impediments to inter-organizational collaboration in the field of health care and avenues for future research*. Paper presented at the 32nd EGOS Colloquium, Naples, Italy.
- Barnard, C. I. (1968). *The functions of the executive* (Vol. 11): Harvard university press.
- Bert, J.-F. (2011). *Introduction à Michel Foucault*: La Découverte.
- Bezes, P., & Musselin, C. (2015). Le new public management : entre rationalisation et marchandisation? In B. e. al. (Ed.), *Une French Touch dans l'analyse des politiques publiques* (pp. 125-152). Paris: Presses de Sciences Po.
- Bloch, M. A., Hénaut, L., Sardas, J. C., & Gand, S. (2011). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Fondation Paul Benetot.

- Bloch, M. A., Hénaut, L., Gand, S., & Sardas, J. C. (2011). *Les gestionnaires de cas: une nouvelle figure de tiers pour la coordination des parcours de santé des personnes âgées.* *Revue économique et sociale* 69 (3): 103-112.
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours.: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*: Dunod.
- Bolduc, F. (2014). L'évolution de la représentation qu'ont les gestionnaires de santé de leur travail: les impacts de la réforme québécoise de 2003. *Gestion et management public*, 2(2), 5-20.
- Boschma, R. (2005). Proximity and innovation: a critical assessment. *Regional studies*, 39(1), 61-74.
- Bras, P.-L. (2006). Le médecin traitant: raisons et déraison d'une politique publique. *Droit social*(1), 59-72.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1966). Experimental and quasi-experimental designs for research. *Handbook of research on teaching* (NL Gage, Ed.), 171-246.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N., & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7125), 133.
- Carrincazeaux, C., Grossetti, M., & Talbot, D. (2008). Clusters, proximities and networks. *European Planning Studies*, 16(5), 613-616.
- Chabault, D., & Hulin, A. (2016). Les relations interorganisationnelles déséquilibrées-Vices et vertus. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*.
- Charreire-Petit, S., & Durieux, F. (2003). Explorer et tester: deux voies pour la recherche. *Thiétart RA et coll.(éd.), Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod.
- Chauchat, A. (2013). Retour d'expérience. La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique. *GESTIONS HOSPITALIERES*(523), 123-125.
- Chrysostome, E., Beamish, P., Hebert, L., & Rosson, P. (2005). Les alliances asymétriques: réflexions sur une forme complexe de coopération. *Revue Management International*, 10(1), 1-5.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), 38-52.
- Coriat, P., & Pontone, S. (2013). Les hôpitaux face aux contraintes de la démographie des anesthésistes-réanimateurs. *Les Tribunes de la santé*(3), 37-44.

- Couty, É. (2009). 25. Les restructurations dans le secteur hospitalier. *Hors collection*, 247-254.
- Couty, É. (2010). Hôpital public: le grand virage. *Les Tribunes de la santé*(3), 39-48.
- Couty, É. (2013). Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient? *Les Tribunes de la santé*(3), 23-35.
- Crémieux, F., Saulpic, O., & Zarlowski, P. (2012). L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public: analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 30(7), 419-434.
- Crozier, M. (1963). Le phénomène bureaucratique.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système.
- Dameron, S. (2005). La dualité du travail coopératif. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*(5), 105-120.
- Das, T. K., & Teng, B.-S. (2000). Instabilities of strategic alliances: An internal tensions perspective. *Organization science*, 11(1), 77-101.
- David, A. (2000). La recherche-intervention, cadre général pour la recherche en management. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, 193-213.
- De Kervasdoué, J. (2015). *L'hôpital: «Que sais-je?» n° 795*: Presses universitaires de France.
- De Pourville, G., & Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*(5), 205-218.
- Delannoy, M.-A., Rieu, J., & Pallez, F. (2004). Intercommunalité: une réforme qui cherche ses objectifs. *Politiques et management public*, 22(2), 75-93.
- Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*(4), 89-119.
- Dikmen, L., & Cheriet, F. (2016). Asymétries partenariales et performance des co-entreprises. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*(3), 125-137.
- Doz, Y. L. (1996). The evolution of cooperation in strategic alliances: Initial conditions or learning processes? *Strategic management journal*, 17(S1), 55-83.
- DREES. (2017). *Panorama des établissements de santé*. Retrieved from
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative: les questions clés de la démarche compréhensive*: Vuibert.

- Engel, F., Cauterman, M., & Tajahmady, A. (2008). Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives. *Annales des Mines-Gérer et comprendre*(4), 14-24.
- Engel, F., Kletz, F., & Moisdon, J. (1997). L'instrument multiprise ou les métamorphoses des ICR. *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, 114-133.
- Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (2000). La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2. La régulation du système hospitalier. *Seli Arslan*.
- Faure, A. (2010). Territoires/territorialisation *Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 3, pp. 623-632): Presses de Sciences Po (PFNSP).
- Forgues, B., Fréchet, M., & Josserand, E. (2006). Relations interorganisationnelles. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*(5), 17-31.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*: Gallimard.
- Fulconis, F., & Joubert, J. (2017). Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire. *Management & Avenir*(93).
- Gallez, C. (2014). L'intercommunalité dans la régulation publique territoriale. *Géographie, économie, société*, 16(2), 183-206.
- Gand, S., Hénaut, L., & Sardas, J. C. (2014). *Aider les proches aidants: Comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires*. Collection Economie et gestion, Presses des Mines, Paris.
- Gand, S., & Periac, E. (2015). *Vers des écosystèmes de services gérontologiques?* Paper presented at the Congrès des IAE 2015.
- Gilly, J.-P., & Torre, A. (2000). *Dynamiques de proximité*: Editions L'Harmattan.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). Grounded theory: The discovery of grounded theory. *Sociology The Journal Of The British Sociological Association*, 12, 27-49.
- Grenier, C. (2006). Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels. Le cas d'un réseau. *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, 83, 25-35.
- Grenier, C., & Guitton-Philippe, S. (2012). La question des regroupements/mutualisations dans le champ sanitaire et social: l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique? *Management & Avenir*(7), 98-113.
- Grenier, C., & Rimbert-Pirot, A.-G. (2015). Outil de territorialisation de l'action publique et co-construction du territoire – cas de mise en place d'une communauté hospitalière de

- territoire. In J. M. Pontier, T. Alam, & M. Gurruchaga (Eds.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé* (pp. 249-275). Paris: L'Harmattan.
- Gros, F. (1996). Que sais-je? Michel Foucault. *Presses Universitaires de France, Paris*.
- Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2014). Introduction/L'instrumentation et ses effets débats et mises en perspective théoriques. *Académique*, 15-62.
- Hatchuel, A. (1994). Les savoirs de l'intervention en entreprise. *Entreprises et histoire*, 7, 59-75.
- Hatchuel, A., De Morais, A. N., & Pallez, F. (1997). Des autobus bien tempérés, une nouvelle partition pour les métiers. *Du mode d'existence des outils de gestion», sous la direction de JC. Moisdon, Editions Seli Arslan*.
- Hénaut, L. & Sardas, J.-C. (2012). Parcours de vie et aide à l'autonomie: Rapport pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Juven, P.-A. (2014). *Une santé qui compte?: Coûts et tarifs dans la politique hospitalière française*. Paris, ENMP.
- Juven, P.-A. (2016). Politique des coûts, politique des écarts. *Gouvernement et action publique*(1), 35-62.
- Kerleau, M. (2003). L'agence régionale de l'hospitalisation: un espace de négociation pour les restructurations hospitalières? *Revue française des Affaires sociales*(3), 27-53.
- Kletz, F., Moisdon, J., & Pallez, F. (1997). Zoom sur l'organisation. Les grilles de classification: un dispositif photographique problématique. *Du mode d'existence des outils de gestion, Paris, Seli Arslan*.
- Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2005). *Gouverner par les instruments*: Presses de Sciences po.
- Le Galès, P. (2010). Gouvernance *Dictionnaire des politiques publiques* (Vol. 3, pp. 299-308): Presses de Sciences Po (PFNSP).
- Le Masson, P., Weil, B., & Hatchuel, A. (2006). *Les processus d'innovation: Conception innovante et croissance des entreprises*: Lavoisier Paris.
- Lenay, O. (2005). L'ergonomie de la gouvernementalité. Le cas du système hospitalier français. *Gouvernement, organisation et gestion: l'héritage de Michel Foucault*.

- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Lewin, K. (1951). Field theory in social science.
- Martin, E. (2016). From CSSS to CISSS. *Perspective infirmiere: revue officielle de l'Ordre des infirmieres et infirmiers du Quebec*, 13(1), 26-27.
- Merton, R. K. (1940). Bureaucratic structure and personality. *Social forces*, 560-568.
- Miller, G. (1983). Case management: the essential service. *Case management in mental health services*, 3-15.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations* (Vol. 12): Prentice-Hall Englewood Cliffs, NJ.
- Moisdon, J.-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris: Seli Arslan.
- Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*(1), 91-115.
- Moisdon, J.-C. (2014). De l'incitatif économique à la machine de gestion: le cas des établissements de santé. *Quaderni*(3), 39-54.
- Moisdon, J.-C. (2015). Recherche en gestion et intervention. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*(8), 21-39.
- Moisdon, J.-C., & Tonneau, D. (2008). Le financement concurrentiel des hôpitaux: menace ou avantage pour le service public? *Politiques et management public*, 26(1), 111-126.
- Mossé, P. (2001). Une brève histoire du temps hospitalier-anthologie commentée des étapes de la construction du cadre formel des restructurations hospitalières en France. *Revue française des Affaires sociales*(2), 7-10.
- Mossé, P., & Paradeise, C. (2003). Restructurations de l'hôpital; recompositions des hôpitaux. *Revue française des Affaires sociales*(3), 141-155.
- Musselin, C. (2017). *La Grande course des universités*: Presses de Sciences Po.
- Musselin, C., & Dif-Pradalier, M. (2014). Quand la fusion s' impose: la (re) naissance de l'université de Strasbourg. *Revue française de sociologie*, 55(2), 285-318.
- Nalebuff, B., & Brandenburger, A. (1996). *Coopetition: a revolutionary mindset that combines competition and cooperation in the market place*. New York: Doubleday Press.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1992). Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming government. *Reading Mass. Adison Wesley Public Comp*.

- Osborne, S. (2006). *The new public governance? 1*: Taylor & Francis.
- Pascal, C., Capgras, J.-B., Guilhot, N., & Claveranne, J.-P. (2011). L'information médico-économique entre décision stratégique et action publique: tout savoir pour peu pouvoir! *Politiques et management public*, 28(1).
- Periac, E. (2015). *L'administration publique à l'épreuve de la gouvernance multi-acteurs*. Ecole nationale supérieure des mines de Paris.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence approach*. NY: Harper and Row Publishers.
- Pierru, F. (2012). Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. *Actes de la recherche en sciences sociales*(4), 32-51.
- Pierru, F., & Weber, L. (2013). L'hôpital entreprise n'est pas une solution. *Savoir/Agir*(3), 63-73.
- Porter, M. E. (1998). *Clusters and the new economics of competition* (Vol. 76): Harvard Business Review Boston.
- Raulet-Croset, N. (2014). *Le territoire comme objet de gestion*. Paper presented at the Annales des Mines-Responsabilité et environnement.
- Rey-Valette, H., Chia, E., Mathé, S., Michel, L., Nougarede, B., Soulard, C.-T., . . . Guiheneuf, P.-Y. (2014). Comment analyser la gouvernance territoriale? Mise à l'épreuve d'une grille de lecture. *Géographie, économie, société*, 16(1), 65-89.
- Rhodes, R. A. (2007). Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies*, 28(8), 1243-1264.
- Rochette, C., & Rodier, S. (2016). Parcours de santé versus soins de la personne âgée en Auvergne : proposition d'une définition organisationnelle *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*. Paris: Presses des Mines.
- Rolland, C., & Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade. *Santé publique*, 25(4), 411-419.
- Roy, B. (1992). Science de la décision ou science de l'aide à la décision?
- Royer, I., & Zarlowski, P. (2003). *Méthodes de recherche en Management*, chapitre 8: Dunod, Paris.
- Santo, V.-M., & Verrier, P.-E. (2007). *Le management public*. Paris: PUF.
- Schweyer, F.-X. (1998). La régulation régionale du système hospitalier: pilotage par l'état ou territorialisation? *Politiques et management public*, 16(3), 43-68.

- Segrestin, B. (2003). *La gestion des partenariats d'exploration: spécificités, crises et formes de rationalisation*.
- Segrestin, B. (2006). *Innovation et coopération interentreprises: comment gérer les partenariats d'exploration?* : CNRS Ed.
- Struijs, J. N., & Baan, C. A. (2011). Integrating care through bundled payments—lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 990-991.
- Touati, N., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec: comment tirer profit de l'expérimentation sociale? *Sciences sociales et santé*, 23(2), 75-102.
- Turgeon, J., Jacob, R., & Denis, J.-L. (2011). Québec: cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé*(1), 57-85.
- Vigueron, E. (2017). *L'Hôpital et le Territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent*. SPH Editions.
- Vigueron, E., & Haas, S. (2016). L'amélioration de l'accessibilité aux soins : la question du territoires du GHT. *GESTIONS HOSPITALIERES*(554).
- Weber, M. (1921). *Economie et société*, Plon. *Recherche en Sciences Humaines, Paris*.
- Williamson, O. E. (1979). Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *The journal of Law and Economics*, 22(2), 233-261.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*: Sage.
- Zimmermann, J.-B. (2008). Le territoire dans l'analyse économique. Proximité géographique et proximité organisée. *REVUE FRANCAISE DE GESTION*(184), 105-118.

INDEX DES FIGURES

Figure 1 - Le GHT 21-52	81
Figure 2 - La CHT Pays Provençal, ancêtre des GHT 13 et 04	83
Figure 3 - Les GHT 13 et 04	85
Figure 4 - Le GHT Nord Essonne	87
Figure 5 - Organisation de la partie 2 (chapitres 4 à 7).....	105
Figure 6 - Carte des 136 GHT de France (Source : FHF)	132
Figure 7 - Extrait du journal "Le Bien Public"	135
Figure 8 - Logo du GHT 21-52	150
Figure 9 - Cartographie des différents types de GHT étudiés, en fonction de leur taille et de leur degré d'intégration.....	152
Figure 10 - Quelques exemples d'évolutions possibles des différents modèles de GHT	155
Figure 11 - Exemple de modélisation et d'identification des points de rupture d'un parcours (Parcours "Insuffisant cardiaque, PMP du GHT 21-52)	169
Figure 12 - Exercice territorial des médecins et gradations des soins : l'organisation envisagée pour deux parcours (parcours insuffisant cardiaque en rouge et parcours cancer digestif en vert).....	179
Figure 13 - Schéma de la démarche adoptée pour la construction du modèle médico-économique et l'identification d'un scénario de facturation "gagnant-gagnant"	193
Figure 14 - Modélisation du parcours "insuffisant cardiaque"	195
Figure 15 - Modélisation du parcours "cancer digestif"	196
Figure 16 - Un exemple de simulation de compte de résultat pour le CHU et le CH périphérique, dans le cas du scénario de facturation n°4.	199
Figure 17 - Une stratégie managériale pour piloter l'exploration par le biais d'outils de gestion	229

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 - Panorama des établissements hospitaliers publics et privés de France en 2017. Nombre d'entités géographiques par catégorie d'établissements. Source : DREES (2017)	12
Tableau 2 - Les différentes formes de gouvernementalité dans les politiques hospitalières, d'après Lenay (2005)	59
Tableau 3 - Itinéraire de recherche.....	73
Tableau 4 - Trois exemples de démarches de recherche selon Royer et Zarlowski (2003)	75
Tableau 5 - Synthèse comparative des trois terrains étudiés.....	89
Tableau 6 - Répartition des acteurs interrogés par terrain et par profil.....	91

Tableau 7 - Récapitulatif des trois principaux travaux de recherche-intervention menés sur les terrains étudiés.....	98
Tableau 8 - Typologie des principaux modèles de GHT	154
Tableau 9 - Avantages et inconvénients des quatre scénarios testés pour le parcours "Insuffisant cardiaque"	200
Tableau 10 - Avantages et inconvénients des trois scénarios testés pour le parcours "cancer digestif"	201
Tableau 11 - Proposition d'actualisation de la cartographie de Lenay 05 des différentes formes de gouvernamentalité dans les politiques hospitalières	224

INDEX DES ENCADRÉS

Encadré 1 - Les leviers managériaux de l'exploration collective selon Segrestin (2003)	44
Encadré 2 - Modèle du guide d'entretien pour les managers hospitaliers	92
Encadré 3 - Modèle de guide d'entretien pour les médecins hospitaliers.....	93
Encadré 4 - Modèle de guide d'entretiens pour les représentants de tutelles	94
Encadré 5 - Extrait de la loi du 26 janvier 2016.....	109
Encadré 6 - Extrait du rapport intermédiaire de la mission ministérielle Hubert-Martineau (mai 2015)	111
Encadré 7 - Extrait du rapport intermédiaire de la mission Martineau-Hubert, mai 2015 (p.15)	113
Encadré 8 - Extrait du rapport intermédiaire de la mission Martineau-Hubert, mai 2015 (pp. 42-43)	115
Encadré 9 - Extrait d'un communiqué de presse de la FHF (19 février 2016).....	118
Encadré 10 - Extrait du rapport final de la mission Martineau-Hubert, mars 2016 (p.41)	119
Encadré 11 - Extrait du rapport final de la mission Hubert-Martineau, mars 2016 (p.4)	122
Encadré 12 - Extrait de la préface du PMP du GHT 21-52 : sept principes clés du PMP	163

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 - Liste exhaustive des entretiens effectués.....	255
Annexe 2 - Liste des principales réunions effectuées en tant qu'observateur-participant	258
Annexe 3 - Liste des principaux documents analysés.....	259
Annexe 4 - Extraits de la loi du 26 janvier 2016.....	261
Annexe 5 - Extraits du décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire	265
Annexe 6 - Extrait de la revue "Info en Santé" (Nov. 2014) présentant le travail de recherche-intervention mené sur la CHT Pays Provençal.....	271
Annexe 7 - Guide d'utilisation de l'outil médico-économique conçu pour le GHT 21-52.....	274
Annexe 8 - Publications et communications associées à la thèse	279

Annexe 1 - Liste exhaustive des entretiens effectués

Ter- rain⁷⁸	Etablissem ent	Fonction	Date	Durée (min)	Chapitres concernés
BFC	ARS BFC	Directeur de l'offre de soins	28/07/16	89	4,5
BFC	CH de Chaumont	Directeur Général	09/05/16	36	5
BFC	CH de Semur	Directeur Général	04/05/16	125	5
BFC	CHU de Dijon	Directrice chargée du projet GHT	12/01/16	57	5,6
BFC	CHU de Dijon	Directrice Générale	25/02/16	90	5,6
BFC	CHU de Dijon	Directeur Général Adjoint	24/03/16	41	5,6
BFC	CHU de Dijon	Directrice des Affaires Médicales	24/03/16	40	6
BFC	CHU de Dijon	Cardiologue	06/04/16	30	6
BFC	CHU de Dijon	Cardiologue	06/04/16	28	6
BFC	CHU de Dijon	Cardiologue	14/04/16	30	6
BFC	CHU de Dijon	Cardiologue	14/04/16	30	6
BFC	CHU de Dijon	Hépatogastro-entérologue, Endoscopiste	26/07/16	60	6
BFC	CHU de Dijon	Président de CME, Cardiologue	27/07/16	45	5,6
BFC	CHU de Dijon	Directeur des soins, coordonnateur général	29/07/16	68	5,6
BFC	CHU de Dijon	Hépatogastro-entérologue, Endoscopiste	17/08/16	120	5,6
BFC	CHU de Dijon	Chargée de mission - Coopérations territoriales	02/03/17	30	6
BFC	CHU de Dijon	Directrice chargée du projet GHT	30/03/17	30	5,6
IDF	ARS IDF	Responsable Département Stratégie territoriale des établissements de santé, Pôle	28/10/15	81	4,5,6

⁷⁸ BFC = Bourgogne-Franche-Comté (GHT 21-52) ; IDF = Ile de France (GHT Nord Essonne) ; NAT. = Niveau national ; PACA = Provence-Alpes-Côte d'Azur (GHT 13 et 04) ;

		Etablissements de santé			
IDF	ARS IDF	Responsable Département Gouvernance des établissements publics, pôle établissements de santé	02/12/15	57	4,5,6
IDF	CH de Juvisy	Ex Président de CME, Anesthésiste	12/10/15	72	5,6
IDF	CH de Longjum.	Ex Président de CME, Chirurgien	26/01/16	80	4,5,6
IDF	CHSF	Directeur Général Adjoint	30/10/15	76	4,5,6
IDF	FHF IDF	Délégué régional	13/03/15	60	4,5
IDF	FHF IDF	Délégué régional	21/07/16	52	4,5
IDF	GH NE	Directeur Général	19/01/15	45	5,6
IDF	GH NE	Directrice de la performance, directrice du pôle chirurgie	23/03/15	90	5,6
IDF	GH NE	Directrice des Affaires Médicales	30/09/15	60	6
IDF	GH NE	Directrice de la performance, directrice du pôle chirurgie	22/08/16	57	5,6
IDF	GH NE	Directeur Général	03/04/17	85	4,5,6
NAT.	CHU Besançon	Directeur Général Adjoint	07/05/15	60	4,5,6
NAT.	CHU Besançon	Directeur des Affaires Financières	07/05/15	60	4,5,6
NAT.	DGOS	Chef de projet GHT	19/07/16	48	4,5,6
NAT.	FHF	Délégué régional	07/05/15	60	4,6
NAT.	FHF	Chef du pôle Finances	24/03/17	60	4,6
PACA	ARS PACA	Responsable Département Offre Hospitalière	07/12/15	70	4,5
PACA	ARS PACA	Responsable contractualisation et coopération	09/05/17	60	4,5,6
PACA	CH d'Aix	Chef du pôle Chirurgie	26/01/15	30	5,6
PACA	CH d'Aix	Chirurgien ORL	14/04/15	40	6
PACA	CH d'Aix	PH Neurologue	15/04/15	45	6
PACA	CH d'Aix	Chef du service des urgences	17/04/15	90	6
PACA	CH d'Aix	Chef du service de cardiologie	17/04/15	30	6
PACA	CH d'Aix	Assistant-Hospitalier cardiologue	23/04/15	30	6
PACA	CH d'Aix	Directrice du Département des Affaires Médicales, des Projets, des Territoires et de la Contractualisation	09/12/15	96	4,5,6
PACA	CH d'Aix	Directrice du Département des Affaires Médicales, des Projets, des Territoires et de la	08/03/17	60	5,6

		Contractualisation			
PACA	CH de Digne	Directeur délégué	26/01/15	60	4,5
PACA	CH de Digne	Responsable du DIM	06/02/15	45	5,6
PACA	CH de Digne	Chef du pôle Médecine	21/04/15	35	5,6
PACA	CH de Digne	Chef du pôle Urgences-SAMU	21/04/15	60	5,6
PACA	CH de Digne	Chef du pôle Chirurgie	21/04/15	45	5,6
PACA	CH de Manosque	Directeur Général	11/12/15	69	4,5,6
PACA	CH de Pertuis	Ex Président de CME, Chef du pôle Gériatrie	08/12/15	48	5,6
PACA	CH de Pertuis	Chef du service des urgences	08/12/15	52	5,6
PACA	CH de Salon	Directeur Général	03/02/15	60	5,6
PACA	CH de Salon	Directeur des Affaires Financières	05/02/15	60	5,6
PACA	CH de Salon	Responsable du DIM	20/04/15	60	6
PACA	CH de Salon	Présidente de la CME	20/04/15	45	6

Annexe 2 - Liste des principales réunions effectuées en tant qu'observateur-participant

Terrain, lieu	Date	Nature de la réunion	Durée approx.	Chapitres concernés
Fédération Hospitalière de France	08/01/15	Audition de la FHF dans le cadre de la mission ministérielle Martineau-Hubert sur les GHT	2 h	4
DGOS	16/06/15	Comité de suivi de la mission d'évaluation des recompositions hospitalières	2 h	4
GHT Nord 91 CH de Longjumeau	02/03/15	Groupe de travail établissement unique	2 h	5, 6
GHT Nord 91 CH de Longjumeau	30/03/15	Groupe de travail établissement unique	2 h	5, 6
GHT Nord 91 CH de Longjumeau	01/06/15	Groupe de travail établissement unique	2 h	5, 6
GHT Nord 91 CH de Longjumeau	29/06/15	Groupe de travail établissement unique	2 h	5, 6
GHT 21-52 CH de Langres	08/03/16	Comité Stratégique du GHT	3 h	5, 6
GHT 21-52 CH de Dijon	18/05/16	Comité Stratégique du GHT	3 h	5, 6
GHT 21-52 CH Psychiatrique La Chartreuse (Dijon)	29/06/16	Comité Stratégique du GHT	3 h	5, 6
GHT 21-52 CH d'Auxonne	20/09/16	Comité Stratégique du GHT	3 h	5, 6
GHT 21-52 CHU de Dijon	04/10/16	Comité de pilotage – mission de recherche-intervention	1h30	6
GHT 21-52 CHU de Dijon	26/10/16	Comité Stratégique du GHT	3 h	5, 6
GHT 21-52 CHU de Dijon	14/12/16	Comité Stratégique du GHT	3 h	5, 6

Annexe 3 - Liste des principaux documents analysés

1 – Documents publics

Document / Source	Lien URL	Date de publicat.	Chapitres concernés
Texte Loi LMSS (Journal Officiel)	https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=BD01D72EDAC78B1F841BDE0EC242E81F.tplgfr27s_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id	Janv. 2016	4
Décret d'application GHT (Journal Officiel)	https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/4/27/AFSH1609031D/jo/texte	27 avril 2016	4
Vademecum GHT (DGOS)	http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum-2.pdf	Mai 2016	4
Fiche GHT (DGOS)	http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/	2016	4
Actes colloque GHT (Cabinet Grant-Thornton)	http://www.granthornton.fr/fr/	Mars 2016	4
Guide méthodologique « Projets médicaux partagés » (ANAP)	http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/	Octobre 2016	4
Rapport intermédiaire de la mission ministérielle Martineau-Hubert (DGOS)	http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2015/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf	Mai 2015	4
Rapport final de la mission ministérielle Martineau-Hubert (DGOS)	http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mission_hmdefmodifsddfv150316.pdf	Février 2016	4
Communiqués de presse FHF	https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse	2015-2016	4
Rapport au parlement Recompositions hospitalières (DGOS)	http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/les-recompositions-de-l-offre-de-soins	Juillet 2016	4

Plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT : Retours d'expériences (ANAP)	http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/plan-national-daccompagnement-a-la-mise-en-oeuvre-des-ght-retours-dexperiences/	Juillet 2017	4
--	---	--------------	---

2 – Documents internes recueillis sur les trois terrains d'étude

Source	Document	Nb de pages	Date de production	Chapitres concernés
GHT 21-52	Convention constitutive du GHT	16 p.	Juil. 2016	5
GHT 21-52	Projet médical partagé du GHT	Env. 400 pages	Juin 2017	6
GHT 21-52	Comptes rendus des réunions du comité stratégique du GHT	Env. 6 x 4 pages	2016	5,6
GHT 21-52	Comptes rendus de groupes de travail	Env. 100 p.	2016	6
GHT 13	Convention constitutive du GHT	34 p.	Juil. 2016	5
GHT 13	Projet médical partagé du GHT	40 p.	Juil. 2017	6
GHT 13	Projet médical de territoire de la CHT Pays Provençal	45 p.	Déc. 2013	5
GHT 13	Evaluation médico-économique de la CHT Pays Provençal	18 p.	Mars 2016	5
FHF PACA	Présentation des différents scénarios de constitution des GHT en PACA	37 p.	Sept. 2015	5
GHT NE	Rapport de prise de fonction du directeur général	22 p.	Déc. 2014	5
GHT NE	Convention constitutive du GHT	11 p.	Juil. 2016	5
GHT NE	Projet médical partagé du GHT (Synthèse, période 2016-2024)	12 p.	Sept. 2016	6
GHT NE	Projet médical partagé du GHT (Projet Saclay – Horizon 2024)	28 p.	Sept. 2016	5,6

Code de la Santé publique, chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie

Article L6132-1

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107](#)

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 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.

Article L6132-2

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 107](#)

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.

Article L6132-3

Modifié par [Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 - art. 2](#)

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 et de pharmacie.

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.

NOTA : Conformément au I l'article 3 de l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016, ces dispositions entrent en vigueur le 1er juillet 2017.

[...]

Article L6132-5

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

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.

[...]

Annexe 5 - Extraits du décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Article 1

Le chapitre II du titre III du livre Ier 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 :

« 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 télémedecine, 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.

[...]

« 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.

[...]

« **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 4**

« **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.

[...]

Article 2

La section 1 du chapitre III du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifiée : [...]

« 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 du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

« III.-Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.

« Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

« Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 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. »

Article 3

Le chapitre VI du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié : [...]

« 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. »

[...]

Article 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° A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R. 6132-3 ;

2° A compter du **1er janvier 2017**, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de cet article ;

3° A compter du **1er juillet 2017**, tous les éléments mentionnés à cet article.

II. - Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le **1er juillet 2016** la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition.

[...]

Comment mesurer les effets de la mise en place de temps médical partagé entre deux établissements ? Léo Cazin, Helen Micheaux, Frédéric Kletz (École des Mines de Paris).

Dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire, du temps médical partagé a été mis en place dès 2010 : l'hôpital référent de la CHT met à disposition d'un hôpital périphérique un chirurgien urologue à raison d'une journée par semaine, partagée entre une demi-journée de consultations, et une demi-journée d'interventions chirurgicales sur place. Cette stratégie a été élaborée dans une logique de partenariat « gagnant-gagnant » entre les deux établissements. En effet, l'hôpital périphérique, qui ne dispose pas de service de chirurgie urologique, peut à présent attirer quelques patients dans cette spécialité. L'hôpital référent, quant à lui, espère récupérer quelques patients qui ne peuvent être opérés sur place (p.ex. en cancérologie). Ces patients avaient auparavant souvent tendance à s'orienter vers les cliniques privées de la région.

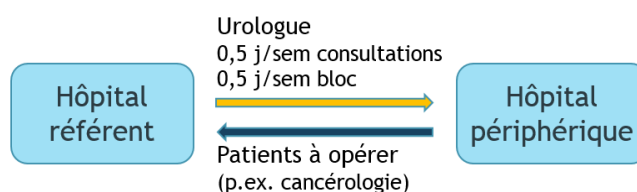


Figure 1. Fonctionnement du partenariat entre les deux établissements de la CHT.

Toutefois, depuis la mise en place de ce schéma stratégique, les deux hôpitaux ne disposent pas d'indicateurs chiffrés qui leur permettraient de savoir si ce partenariat porte ses fruits et s'il profite bien aux deux établissements, comme cela était escompté.

Ce type de questionnements est récurrent et est présent dans bon nombre d'établissements hospitaliers engagés dans une CHT, et désireux de suivre l'impact des actions menées dans ce cadre. Beaucoup de ces établissements se plaignent de ne pas trouver dans les outils existants la réponse à ces interrogations. Pourtant, des acteurs du monde hospitalier (FHF, ANAP, etc.) ont cherché à développer des bases de données de plus en plus riches pour justement aider les centres hospitaliers dans ces démarches. Comment expliquer un tel paradoxe ? C'est le sujet qui a préoccupé deux élèves-ingénieurs de 3^{ème} année de Mines ParisTech tout au long de l'année 2013-14. La FHF a en effet constitué un outil très élaboré, maintes fois enrichi depuis qu'il a été créé il y a de nombreuses années, la BDHF (Banque de Données Hospitalières de France), et cherchait à comprendre les raisons de son utilisation en deçà des attentes.

L'étude réalisée avait donc pour but de réfléchir à la mise en place d'outils qui apporteraient des éléments de réponse aux interrogations stratégiques d'évaluation des performances des centres hospitaliers engagés dans des coopérations.

- **Éléments de méthodologie**

Étant donné qu'il n'est pas possible de réaliser un chaînage des consultations réalisées à l'hôpital périphérique avec les opérations effectuées dans l'hôpital référent, l'étude a été menée en prenant appui sur les parts de marché des deux établissements, en chirurgie urologique, sur le bassin de recrutement de l'hôpital périphérique*. Ces données sont disponibles dans la BDHF, dans le module « Parts de marché », mais également dans le module « Coopération territoire », qui permet de sélectionner un territoire librement défini. La spécialité étudiée correspond au groupe de planification « chirurgie urologique »**.

- **Quelques résultats**

	Activité chirurgie urologique réalisée au profit de patients résidant sur le bassin de recrutement de l'hôp. périph	2009	2013
Hop. référent	Nombre de séjours	22	56
	Parts de marché sur le bassin	5,3%	12,1%
	Chiffre d'affaires réalisé sur le bassin	88 091 €	210 547 €
	Chiffre d'affaires moyen par séjour	4 004 €	3 760 €
Hôp. périph.	Nombre de séjours	38	69
	Parts de marché sur le bassin	9,1%	14,9%
	Chiffre d'affaires réalisé sur le bassin	110 571 €	191 401 €
	Chiffre d'affaires moyen par séjour	2 910 €	2 774 €

Figure 2. Quelques chiffres présentant l'activité de chirurgie urologique avant la mise en place du partenariat (le 1^{er} octobre 2010), et trois ans après.

Sources : bases PMSI 2009-2013 – ATIH – FHF – BDHF

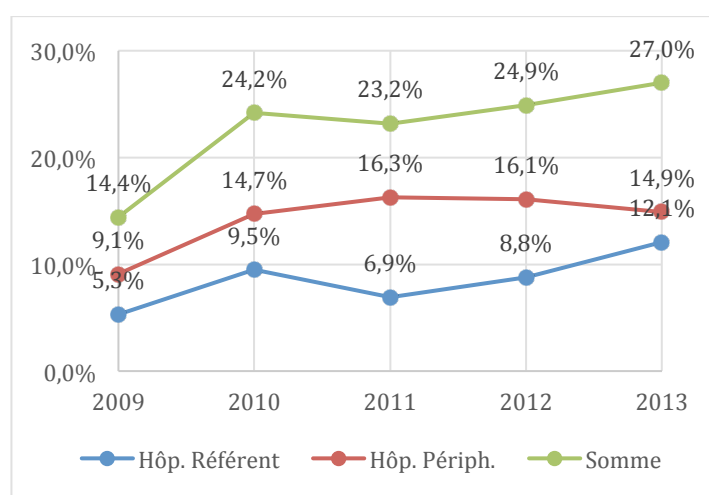


Figure 3. Evolution des parts de marchés des deux hôpitaux en chirurgie urologique, dans le bassin de recrutement de l'hôpital périphérique.

Sources : bases PMSI 2009-2013 – ATIH – FHF – BDHF

On assiste à une progression des deux hôpitaux publics, aussi bien en termes de parts de marché, qu'en recettes T2A. Par ailleurs, il est intéressant de noter que cette évolution se fait parallèlement à un recul de la part de certaines cliniques privées du secteur. Une réorientation des flux de patients vers les établissements publics aurait donc bien été amorcée, ce qui était un des principaux objectifs recherchés. De plus, le schéma stratégique semble profiter aussi bien à l'hôpital périphérique qu'à l'hôpital référent, qui voient tous deux leurs parts de marché et leurs recettes T2A augmenter sur la période étudiée. La prudence reste de mise concernant l'interprétation de ces données, car de nombreux autres facteurs, comme le départ à la retraite d'un praticien dans une clinique concurrente, pourraient aussi expliquer l'évolution observée. Le chef du service de chirurgie urologique de l'hôpital référent considère toutefois que la mise en place du partenariat stratégique était le seul événement de nature à justifier la progression constatée.

Conclusion :

On peut tirer deux principaux enseignements de cette étude ;

- 1) Des études approfondies, puisant dans les bases de données existantes telles que la BDHF, peuvent effectivement permettre d'évaluer l'impact de différentes actions menées dans le cadre de coopérations inter-hospitalières. Ces bases s'avèrent être des outils précieux pour explorer l'efficacité de démarches stratégiques. Le problème nous semble davantage se poser au niveau organisationnel : si les bases de données sont peu utilisées ou si les actions de coopérations restent peu évaluées, n'est-ce pas avant tout lié à une difficulté à organiser la mise en place de telles évaluations (réunir et coordonner les différents acteurs concernés, définir des objectifs clairs et partagés, se doter des indicateurs pertinents,...) ?
- 2) Des coopérations peuvent apporter une amélioration des performances pour les deux partis engagés. Le cas étudié ici montre que des actions de coopération ne sont pas forcément déséquilibrées et peuvent donner lieu à une stratégie « gagnant-gagnant ». On voit ainsi que ces innovations organisationnelles, vis-à-vis desquelles les établissements sont souvent hésitants et mal préparés, peuvent être une source de gains et d'efficacité. Leçon à méditer, à l'heure où les projets de réforme visant à encourager les coopérations s'intensifient.

*défini dans le module « Parts de marché » de la BDHF

**des ajustements ont été effectués pour s'assurer que le périmètre de la spécialité était bien constant sur la période analysée, à savoir la période 2009-2013.

Deux classeurs Excel ont été créés pour chaque cas de figure étudié (consultations avancées et réalisation d'actes T2A dans un site périphérique). Ce guide prend pour exemple le premier cas de figure, mais reste valable pour le second. Il a pour objectif de permettre une appropriation de l'outil par les acteurs concernés.

Consultations avancées de cardiologie	
PH AIG, 1 j par semaine	
Données	
Coût mensuel salaire brut chargé PH échelon 4	6 402 €
Frais de déplacement par mois	330 €
Productivité mensuelle cardiologue temps plein (source: TDB CHU)	117 917 €
Productivité quotidienne cardiologue temps plein (source : TDB CHU) - 18 j par mois	6 551 €
Dépenses médicales directes par cardiologue par mois (source : TDB CHU)	80 917 €
Dépenses médicales directes par cardiologue par mois (source : TDB CHU)	4 495 €
Hypothèses et paramètres	
Activité de consultation	
Nb de semaines travaillées par an (SCP + 4RTT)	43
Nb de demi-journées de CS avancées par semaine	2
Nb de consultations par demi-journée (3 heures, 15 min par CS)	12
Nb de consultations par an	1 032
Recettes moyennes par consultation	34,50 €
Activités générées par l'adressage	
Taux d'adressage vers CHU	5%
Taux d'adressage interne CH périphérique	0%
Case-mix type adressage CHU (tarif GHS moyen par séjour généré par l'adressage)	3 093 €
Coût (marginal) moyen de prod des séj générés par adressage vers CHU	1 528 €
Case-mix type adressage interne CH (tarif GHS moyen par séjour généré par l'adressage)	0 €
Coût (marginal) moyen de prod des séj générés par adressage interne CH	0 €
Valorisation exercice territorial	
Prime mensuelle médecin - brut chargé (hypothèse AIG 1000€ bruts mensuels)	1 460,00 €
Hypothèse/donnée fiable	
Hypothèse/donnée à affiner	

Figure 1. Capture d'écran de l'onglet « données et hypothèses »

Etape 1 : Renseigner les données recueillies et les paramètres à tester.

Ceci se fait dans l'onglet « **Données et hypothèses** ». Un code couleur (vert/orange/rouge) peut être utilisé lors du recueil des données afin d'identifier les chiffres qui peuvent être affinés par la suite.

Type de données ou de paramètres	Où trouver l'information ?
Salaire mensuel brut chargé PH	Grilles de rémunération des PH, en fonction de l'échelon considéré (Direction des Affaires Médicales)
Frais de déplacement par mois	Direction des Affaires Médicales : ce montant varie en fonction de la distance entre les établissements et de la fréquence d'intervention
Productivité mensuelle/quotidienne	Tableaux de bord par unité (Direction du contrôle de Gestion) : il est possible de calculer ce ratio en divisant les recettes (GHS et recettes externes) générées par l'unité identifiée par le nombre d'ETP affectés à cette unité
Dépenses médicales directes par ETP	Afin de calculer le manque à gagner lié à la mise à disposition d'un praticien, on retranche ce montant (dépenses médicales directes de l'unité / Nombre d'ETP affecté à l'unité) du ratio de productivité calculé précédemment. Source : Tableaux de bord (Direction du contrôle de Gestion)
Nombre de semaines travaillées par an, nombre de demi-journées de consultations par semaine	Ces hypothèses dépendent du scénario testé. Dans cet exemple, il s'agit d'un praticien qui effectuerait 2 demi-journées de consultations avancées pendant toute l'année, soit 43 semaines, une fois les congés payés et les RTT retirés.
Nombre de consultations par demi-journées	Pour déterminer ce chiffre, on pourra interroger le praticien concerné sur la durée moyenne d'une consultation, et en déduire le nombre moyen de consultations réalisables sur une plage d'une demi-journée. On suppose ici qu'aucun créneau de consultation n'est laissé vacant, en raison de la forte demande dans les établissements périphériques
Recettes moyennes par consultation	On pourra faire une moyenne des recettes générées par les consultations, en fonction des éventuels actes techniques qui peuvent être pratiqués
Taux d'adressage vers le CHU / en interne au CH périphérique	Ce pourcentage correspond à la proportion de consultations avancées qui sont suivies d'une prise en charge en hospitalisation au CHU (resp. dans le CH périphérique, si le plateau technique le permet). Ce chiffre peut être déterminé en réalisant un chaînage précis des parcours avec le DIM, ou à défaut, comme c'est le cas dans cet exemple, en exploitant un ordre de grandeur établi par un des médecins concernés.
Case-mix adressage CHU	Il s'agit des recettes GHS moyennes générées par un séjour d'hospitalisation adressé au CHU. En première

	approximation, on pourra considérer qu'il s'agit du même chiffre que pour l'activité globale de l'unité identifiée (ici : unité de cardiologie interventionnelle)
Coût marginal moyen de production des séjours générés par l'adressage	Source : ENCC Il s'agit des dépenses médicales directes associées à chaque GHM produit. On supposera en première approximation que l'activité générée par l'adressage peut être absorbée par le CHU sans coûts fixes supplémentaires.
Prime mensuelle du médecin – en brut chargé	Ce montant dépend du modèle de valorisation financière retenu. Dans cet exemple, on propose de rémunérer le médecin sur la base d'une AIG s'élevant à 1000€ bruts mensuels. Ce paramètre peut être testé et modifié dans les simulations, afin d'alimenter les négociations entre les acteurs concernés.

Etape 2 : Lecture des résultats

⇒ Onglets « *Scénario 1* », « *Scénario 2* », etc.

Ces quatre scénarios sont les suivants :

- ✓ **Scénario n°1** : Remboursement classique *prorata temporis* du temps médical. Il s'agira du scénario de référence, car il est largement utilisé aujourd'hui dans les établissements. On vérifiera s'il est systématiquement déséquilibré, comme on pourrait a priori le supposer.
- ✓ **Scénario n°2** : Opération neutre pour le CH : Le CHU encaisse les recettes des consultations, finance la prime du médecin et reverse une redevance au CH périphérique afin de couvrir les coûts d'organisations des consultations avancées.
- ✓ **Scénario n°3** : Reversement d'une partie des recettes générées par l'adressage du CHU au CH périphérique.
- ✓ **Scénario n°4** : Remboursement par le CH périphérique au CHU du manque à gagner lié à la mise à disposition du médecin.

	CHU		CH périphérique	
COUTS	Manque à gagner = productivité moyenne ...	281 690 €	20% salaire brut chargé + 5% de frais de gestion	16 133 €
	(-) dépenses médicales directes	- 193 301 €	Frais déplacement	3 960 €
			Prime	17 520 €
RECETTES			Coût organisation des consultations (environ 16% rec)	5 697 €
	20% salaire brut chargé + 5% de frais de gestion	16 133 €	Recettes consultations	35 604 €
MARGE		- 72 256 €		- 7 705 €
Avec hypothèse adressage				
RECETTES adressage	Recettes GHS adressage recours CHU	159 599 €	Recettes GHS adressage interne CH	- €
COUTS adressage	Coût (marginal) production séjours	78 845 €	Coût (marginal) production séjours	- €
MARGE / adressage	Bénéfice marginal de production des séjours	80 754 €	Bénéfice marginal de production des séjours	- €
MARGE TOTALE avec hypothèse adressage		8 498 €		- 7 705 €

Figure 2. Capture d'écran de l'onglet « scénario 1 »

■ Présentation des différentes lignes :

A partir des données recueillies et des hypothèses faites, des simulations de compte de résultat sur une année complète ont été menées. Elles font apparaître les éléments suivants :

- ✓ Première partie du tableau : coûts et recettes directement liés aux actes réalisés dans le site d'accueil, pour les deux établissements, ainsi que le manque à gagner pour le CHU, sans considérer l'activité induite dans la suite des parcours.
- ✓ Deuxième partie : recettes et coûts marginaux correspondant aux séjours générés par l'adressage
- ✓ Dernière ligne : marge totale en tenant compte des séjours générés par l'adressage.

■ Constantes dans les différents scénarios

- ✓ Manque à gagner = Productivité moyenne – dépenses médicales directes correspondantes
- ✓ Adressage => Recettes GHS générées par l'adressage, coût marginal de production de ces séjours

■ Ce qui varie d'un scénario à l'autre

- ✓ Remboursement salaire + 5% de frais de gestion : dans les scénarios 1 et 3, cette somme est reversée par le CH périphérique au CHU.
- ✓ Frais déplacement + prime : ces sommes sont prises en charge par le CH périphérique dans les scénarios 1, 3 et 4, et par le CHU dans le scénario 2.
- ✓ Coût organisation des consultations + redevance : Dans le scénario 2, une redevance de 16% est reversée par le CHU au CH périphérique, afin de couvrir les coûts d'organisation des consultations. On retiendra dans les quatre scénarios, en première

approximation, que ce coût d'organisation des consultations est égal à 16% des recettes générées par ces consultations externes.

- ✓ Dans le scénario 3, un « taux de rétrocession » peut être précisé pour indiquer la somme qui sera reversée par le CHU au CH périphérique. Ce pourcentage s'applique à l'ensemble des recettes GHS générées par l'adressage. Dans l'exemple présenté, il a été fixé par construction à 5% de manière à atteindre un équilibre économique entre les deux établissements.

Etape 3 : Interprétation et conclusion

On pourra comparer les résultats tirés des différentes simulations afin de choisir le scénario qui semble le plus approprié lors des négociations. Dans le corps du manuscrit, une évaluation des différents scénarios testés a été effectuée sur la base de deux critères :

- Leur *caractère opérationnel* : est-il facilement envisageable de les mettre en œuvre dans un délai assez court ? Le scénario est-il acceptable par les acteurs ou bien les orientations retenues sont-elles susceptibles de générer des conflits ?
- L'*équilibre économique* « gagnant-gagnant » potentiellement permis par ce scénario dans les exemples étudiés, avec les paramètres testés.

Annexe 8 - Publications et communications associées à la thèse

- Cazin, L. (2015). Coopérations inter-hospitalières: Comment mesurer les effets de la mise en place de temps médical partagé entre deux établissements? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(2), 123-125.
- Cazin, L. (2016). *La recomposition du tissu hospitalier à l'échelle territoriale: dessiner et jouer la carte de la confiance*. Papier présenté au 5ème colloque AIRMAP (Poitiers)
- Cazin, L. (2016). *Can French public hospitals make do with a dynamic and uncertain environment by developing inter-organizational restructuration strategies?* Papier présenté au 32^{ème} colloque EGOS (Naples, Italie)
- Baly, O., Cazin, L., Despatin, J., Kletz, F., & Periac, E. (2016). *Management hospitalier et territoires: les nouveaux défis*. Paris: Presses des Mines.
- Cazin, L. (2016). Coopérations territoriales : un nouvel outil stratégique au service de l'hôpital-entreprise ? *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis* (pp. 175-194). Paris: Presses des Mines.
- Cazin, L., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2016). Les groupements hospitaliers de territoire : nouveaux espaces d'apprentissage pour l'hôpital, *Revue Hospitalière de France* (571).
- Cazin, L., Kletz, F., & Sardas, J.-C. (2017). *Regrouper pour mieux gouverner ? Le cas des hôpitaux publics français*. Papier présenté au 6ème colloque AIRMAP (Nice).

Résumé

Comme dans la plupart des pays développés, l'hôpital public français fait face à de nombreux défis : démographie médicale défavorable, évolution des modes de prise en charge des patients, accumulation de réformes introduisant de nouvelles règles de financement ou de gouvernance, etc. L'organisation encore très éclatée du maillage hospitalier, qui compte près d'un millier d'établissements publics, rend difficile une transformation d'ampleur qui réponde à ces multiples contraintes.

Dans ce contexte, la loi de modernisation de notre système de Santé de 2016 impose désormais à tous les hôpitaux publics de France d'adhérer à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Le GHT s'inscrit à la suite de nombreux instruments d'action publique visant à réorganiser le paysage hospitalier, mais dont les effets ont été souvent modestes. De multiples interrogations entourent cette nouvelle réforme, aussi bien à propos de ses finalités que de ses conditions de mise en œuvre. En effet, elle tranche avec le mouvement de reprise en main par l'Etat qui prévalait jusqu'à présent, en laissant une large autonomie aux acteurs de terrain dans son application.

La thèse repose sur l'analyse de cette mesure, à travers l'étude de trois cas de construction de GHT. La principale ambition de notre travail est de s'interroger sur l'inscription de la réforme des GHT dans un nouveau paradigme de l'action publique.

Nous montrons que malgré ses objectifs en apparence relativement vagues, cette réforme marque une véritable rupture dans l'action de l'Etat, visant à amorcer des dynamiques locales d'exploration de nouvelles modalités d'organisation territoriale de l'offre de soins. Cette approche correspond à un nouveau régime de gouvernementalité, qui offre aux acteurs des objets de gouvernement, comme les parcours des patients, capables d'enclencher des apprentissages collectifs à travers la mise en place de partenariats d'exploration. Toutefois, en raison de plusieurs incohérences persistant dans l'action de l'Etat, les trajectoires de ces GHT s'annoncent hétérogène. Nous formulons donc quelques préconisations pour le management de ces dynamiques exploratoires, ainsi que pour une ingénierie de l'action publique plus cohérente, afin de mener à bien ces nouvelles orientations.

Mots-clés

Hôpital public, regroupements, gouvernementalité, partenariats d'exploration, parcours de soins, territoire

Abstract

As in most of developed countries, French public hospitals are facing several challenges: shortage of medical resources, development of new care practices, as well as recurrent reforms introducing new financing or governance rules. The fragmented organization of the hospital network, which is made up of nearly a thousand public institutions, makes it difficult to implement a large-scale transformation that would meet these multiple constraints.

In such a context, the latest healthcare law (2016) now requires all public hospitals in France to join a Territorial Hospital Group (THG). THGs come after a series of instruments that aimed at reorganizing the territorial hospital organisation, with mixed results up to now. This new reform has aroused many questions regarding its objectives and implementation conditions. Indeed, it contrasts with the strong state-control trend that had prevailed so far, by giving local actors a large amount of autonomy.

The thesis is based on the analysis of this reform through a multiple case study. The main ambition of this work is to question the inclusion of the THG law in a new public action paradigm.

Despite its apparently relatively vague objectives, I show that this reform is a real break in public action, as it aims at initiating local exploration dynamics around new territorial organizations. This approach corresponds to a new governmentality regime, providing actors with specific objects of government, such as care pathways, capable of triggering collective learning through the creation of exploration partnerships. However, due to remaining inconsistencies in the government's action, the trajectories of these THGs appear to be very heterogeneous. Therefore, I suggest several recommendations for the management of these exploration dynamics, as well as for consistent public action engineering, in order to carry out such new orientations.

Keywords

Public hospitals, inter-organisational reconfiguration, governmentality, exploration partnerships, care pathways, territory