

**Des « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT)  
aux « Groupements Hospitaliers de Territoire » (GHT) :  
une analyse en terme de réseau**

**François FULCONIS**

*Maître de conférences en Sciences de Gestion et du Management*

Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse

Laboratoire LBNC – UAPV

Laboratoire CRET-LOG - AMU



**Des « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT)  
aux « Groupements Hospitaliers de Territoire » (GHT) :  
une analyse en terme de réseau**

***Objectif de la communication***



**Présenter les résultats d'une étude  
effectuée, de 2014 à 2016, sur les  
caractéristiques organisationnelles des CHT et des GHT**

# 1. Contexte et objectif de l'étude (1/3)

## Loi HPST du 21 juillet 2009



**Projet d'organisation  
sanitaire** qui :

- accompagne la **réforme du financement** du système de santé
- favorise les **démarches coopératives inter-organisationnelles**



**CHT puis GHT**

## CHT (2009) et GHT (2016, 2017)

- **Nouveautés institutionnelles**
- **Objectif** : renforcer le secteur public de santé et la qualité de prise en charge du patient sur un territoire  
⇒ s'ajoutent aux dispositifs existants : GCS, GIP
- Fondées sur la **proximité territoriale** et la **coordination de l'offre publique** de soins entre **établissements publics autonomes**
- Rechercher une meilleure :
  - utilisation des **ressources / compétences**
  - **complémentarité** entre les acteurs⇒ *Ne se limite pas à la mise en commun de certaines fonctions !*

# 1. Contexte et objectif de l'étude (2/3)

## ↳ La CHT, un nouvel acteur de la santé publique

- **Evolution** : de l'*hospitalo-centrisme*... à l'apparition des *secteurs (1970')* et... à la logique de *territoire (2003)*
- **Pourquoi des CHT ?**
  - Trop d'hôpitaux pour un système de financement à l'activité (T2A)
  - Une forte concurrence du secteur privé
  - Solution à la contradiction apparente
    - ➡ trop d'hôpitaux et difficulté de supprimer les sites
- **La CHT : un réseau dans des réseaux ?**
  - ⇒ **Réseau d'offreurs publics** qui regroupe des **réseaux professionnels** aux logiques différentes (médecins, directeurs, élus locaux, groupes de santé, etc.)

# 1. Contexte et objectif de l'étude (3/3)

## Objectif de l'étude

Analyser :

- le **fonctionnement des CHT**
- la **mise en œuvre des GHT**, considérées comme des « **structures en réseau** », pour mieux comprendre :



**En quoi ces dispositifs sont susceptibles de renforcer la compétitivité de l'offre publique de soins en France ?**



**Autrement dit :**

- rationaliser davantage les moyens utilisés tout en améliorant la **qualité des soins**
- augmenter la **rentabilité financière** de ses membres
- accroître sa compétitivité en termes de « **parts de marché** »

## 2. Démarche de recherche (1/2)



*grille d'observation HPAC*



**H  
P  
A  
C**

C O N C E P T	<b>Structures en réseau vecteur de compétitivité</b>			
C O M P O S A N T E S				
I N D I C A T E U R S	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de structure en réseau</li> <li>- Nombre et taille des partenaires</li> <li>- Positionnement des partenaires sur la chaîne de valeur</li> <li>- Intégration verticale sur la chaîne de valeur ajoutée (parcours de soins)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'accord entre les partenaires</li> <li>- Mode d'organisation pour la réduction des coûts et l'efficacité</li> <li>- Mode de coordination des activités</li> <li>- Degré d'intégration et d'utilisation des TIC et pilotage des flux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'autonomie</li> <li>- Degré d'autonomie dans les prises de décisions</li> <li>- Mode d'expression de l'autonomie de décision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valeurs partagées et degré de confiance entre les partenaires</li> <li>- Modalités de contrôle et de résolution de conflits</li> <li>- Rôles des acteurs réticulaires</li> </ul>

## 2. Démarche de recherche (2/2)

↳ 4 propositions théoriques



H

P

A


C

- **PT 1** : par son Hétérogénéité, la CHT est susceptible de contribuer à une meilleure **maîtrise de la chaîne de valeur ajoutée** associée à un parcours complet de soins
- **PT 2** : par le Partenariat, la CHT est susceptible de faciliter, sur un même parcours de soins, la **coordination des activités entre ses membres**
- **PT 3** : par l'Autonomie, la CHT est susceptible de conjuguer **indépendance et interdépendance** de chacun de ses membres
- **PT 4** : par la Cohésion, la CHT est susceptible de **maintenir uni**, tout au long d'un processus de production de soins, chacun de ses membres

### 3. Principaux résultats (1/4)

H

#### Hétérogénéité : limitée vs augmentée


	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>LIMITÉE</b>	<b>AUGMENTÉE</b>
<b>Type de structure en réseau</b>	<u>Réseau maillé</u> avec égalité formelle des membres	<u>Réseau en étoile</u> de type centre périphérie avec reconnaissance de l'hôpital pivot
<b>Nombre et taille des partenaires</b>	Nombre de membres <u>réduit</u> Adhésion en principe <u>volontaire</u>	Nombre de membres <u>élevé</u> Adhésion <u>obligatoire</u> et découpage imposé par l'ARS
<b>Positionnement des partenaires</b>	Domaines MCO exclusivement avec duplications nombreuses. Absence aux deux extrémités de la chaîne de valeur. Redondance des activités	Les 4 champs (MCO, SSR, PSY et HAD) sont concernés. Les extrémités sont incluses (CHU et médico-sociale).
<b>Intégration verticale sur la chaîne de valeur</b>	Mouvement faible des patients à l'intérieur du réseau (entre les établissements lors d'un parcours de soins)	Prise en charge, au sein du GHT, de l'intégralité d'un parcours de soins favorisé par l'hétérogénéité et la spécialisation des membres



### 3. Principaux résultats (2/4)

P


#### Partenariats : désordonnés et facultatifs vs nombreux et cartographiés

	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>DÉSORDONNÉS ET FACULTATIFS</b>	<b>NOMBREUX ET CARTOGRAPHIÉS</b>
<b>Type d'accord entre les partenaires</b>	<p><u>Type confédératif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération <u>possible</u> et encouragée dans plusieurs domaines</li> <li>• Couverture <u>partielle</u> du territoire national</li> </ul>	<p><u>Type fédératif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération <u>imposée</u> dans des domaines précis</li> <li>• Couverture <u>totale</u> du territoire national</li> </ul>
<b>Mode d'organisation pour la réduction des coûts et l'efficience</b>	Assemblage <i>ex post</i> de projets d'établissements, coopération empirique selon la bonne volonté. Possibilités de fédération-médicales inter-hospitalières faiblement utilisées.	Impartition des activités basée sur le projet médical partagé (PMP). Mutualisation obligatoire des fonctions médico-techniques. Pôle inter-établissement avec délégation de gestion au niveau du GHT.
<b>Mode de coordination des activités</b>	Participation aux GIE et aux GCS, conventions multiples avec des établissements externes à la CHT. Lourdeur de la gouvernance. Équipes médicales communes.	Principe hiérarchique pour fonction support. Filières de soins et activités médico-techniques territorialisées. Équipes médicales communes.
<b>Degré d'intégration et d'utilisation TIC Pilotage des flux</b>	Difficulté d'interconnexion, <u>logiciels différents</u> , compétences numériques variables Pilotage au cas par cas des patients et fuites nombreuses au sein des CHT.	<u>Convergence des SI</u> Schéma directeur du GHT DSIO et DIM de territoires communs Suivis informationnels et DPI partagés

### 3. Principaux résultats (3/4)

A


#### Autonomie : forte vs partielle

	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>FORTE <u>MAIS</u>... CONTRARIÉE EN EXTERNE</b>	<b>PARTIELLE <u>ET</u>... NÉGOCIÉE EN INTERNE</b>
<b>Type d'autonomie</b>	<b><u>Large</u></b> : sur l'emploi, le dialogue social, les relations patients, les conventions et partenariats, les projets d'investissement, les activités	<b><u>Réduite</u></b> : sauf sur les emplois et les activités opérationnelles. En partie préservée du fait de l'absence de personnalité morale du GHT
<b>Degré d'autonomie dans les prises de décisions</b>	<b><u>Forte</u></b> mais encadrée par les acteurs externes à la CHT (ARS, HAS, DGOS, CRC, etc.)	<b><u>Faible</u></b> sur fonctions supports <b><u>Partagée</u></b> sur activités médicales <b><u>Encadrée</u></b> en interne par le GHT => <i>dépend de la <u>convention constitutive et de la gouvernance du GHT</u> (cf. J. Joubert)</i>
<b>Mode d'expression de l'autonomie de décision</b>	Via les assemblés de la CHT, décisions souveraines de l'ordonnateur de l'établissement (indépendance pour les décisions stratégiques de coopération hors CHT)	Via les instances communes du GHT et au sein du comité stratégique Via le domaine de compétences réservé des directeurs d'établissement Via le pouvoir conservé des CME locales

### 3. Principaux résultats (4/4)

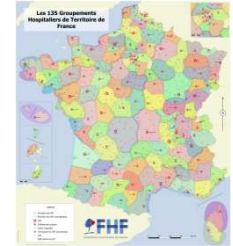
C

## Cohésion : nécessaire et fragile vs imposée mais utile

	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>NÉCESSAIRE ET FRAGILE</b>	<b>IMPOSÉE MAIS UTILE</b>
<b>Valeurs partagées et degré de confiance entre les partenaires</b>	Valeurs des personnels hospitaliers (qualité des soins, service public, respect des patients, altruisme) Confiance indispensable pour mener à bien des projets communs Importance du sentiment de réciprocité et d'utilité de la participation au réseau	Valeurs des personnels des établissements de santé Confiance utile pour le bon fonctionnement du groupement Importance du sentiment de réciprocité et d'utilité de la participation au réseau
<b>Modalités de contrôle et de résolution de conflits</b>	<b>Instance commune uniquement consultative</b> Décisions finales relevant des établissements (cf. J. Joubert) Négociation basée sur adhésion et consensus Contrôle externe individualisé	<b>Instance commune pouvant recevoir des délégations de pouvoir des instances locales</b> Rôle exécutif du comité stratégique et de son bureau Certification et validation conjointes des documents financiers Contrôle externe globalisé
<b>Rôles des acteurs réticulaires</b>	Directeurs et présidents de CME, élus locaux. Personnalités entreprenantes Chefs de pôle des établissements	<b>Augmentation du nombre d'acteurs :</b> Directeurs et présidents de CME, élus locaux, DIM de territoire, DSIO de GHT, chef de pôle inter-établissements, représentants syndicaux

## 4. Discussion et prolongements (1/2)

L'approche en terme de réseau *via* HPAC :



- valide les **4 propositions théoriques**
- met en évidence les **limites organisationnelles des CHT**
- donne à voir en quoi les **GHT** viennent pallier certaines insuffisances des **CHT**

**H**

- Élargissement (CHU, SSR, privé) et reconnaissance d'un **établissement support** gestionnaire des activités mutualisées pour le compte des membres

**P**

- Réalisation d'un **projet médical partagé** (et non plus commun) de territoire et de **partenariats imposés** (achats, formations, informations médicales)

**A**

- Maintien de l'**autonomie des structures** (refus de la personne morale pour le GHT)

**C**

- Suppression du volontariat, rôle accru des ARS, identification unique du patient et mise en place de filière inter-établissements comme facteur de **cohésion**

## 4. Discussion et prolongements (2/2)



### La CHT et GHT, des structures en réseau vecteur de compétitivité de l'offre publique de soins



#### Phase 1 en cours : un principe fondateur essentiel

diminuer la concurrence interne pour augmenter la capacité concurrentielle du groupe « **public / public** » (qui ne sert que 50 % de la demande)

#### Cela nécessite (stratégie de groupe) :

- **rationalisation de l'offre** par l'identification et la valorisation des avantages comparatifs des membres => rôle du DIM de territoire et du PMP
- **réduction des coûts** par mutualisation des fonctions et recherche d'effet d'échelle et de gamme (d'envergure)
- **maintien des capacités concurrentielles** de tous les membres du réseau par un partage des compétences clés pour attirer et canaliser la demande



#### Phase 2 à venir : une incomplétude essentielle

la territorialisation doit associer **public** et **privé** et **médecine de ville...**

## Publications en lien avec la présentation

FULCONIS François et JOUBERT Jérôme, 2015, « La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) : une structure en réseau pour renforcer l'efficacité et l'efficacité de l'offre publique de soins », **XXIV<sup>e</sup> Congrès IAE-France : Coopération et Réseaux**, IGR-IAE de Rennes, Université de Rennes I, Rennes, 10-12 Juin, pp. 1-28.



JOUBERT Jérôme, FULCONIS François et LALA Jean-Pierre, 2016, « Entre égalité réelle et inégalité formelle - Comment mesurer la structure d'un Groupement Hospitalier de Territoire ? », **RHF - Revue Hospitalière de France**, N° 573, Novembre-Décembre, pp. 14-18.



**NB** : publication faisant suite à une communication en 2016 au 3<sup>e</sup> Colloque de la Chaire Management des Établissements de Santé : innovations organisationnelles, organisé par l'EHESP, 11 octobre, Paris, pp. 1-8.

FULCONIS François et JOUBERT Jérôme, 2017, « Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) », **RMA - Revue Management & Avenir**, N° 93, Mai, pp. 37-63 [À paraître].



# Des « *Communautés Hospitalières de Territoire* » (CHT) aux « *Groupements Hospitaliers de Territoire* » (GHT) : une analyse en terme de réseau

**François FULCONIS**

*Maître de conférences en Sciences de Gestion et du Management*

**Contact : [francois.fulconis@univ-avignon.fr](mailto:francois.fulconis@univ-avignon.fr)**

Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse

Laboratoire LBNC – UAPV

Laboratoire CRET-LOG - AMU

