

COMMUNICATION

Histoire et Préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

MOTS-CLÉS : ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. PLANIFICATION HOSPITALIÈRE. ORGANISATIONS ET ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ. LÉGISLATION SUR LES HÔPITAUX/HISTOIRE. ÉQUITÉ EN SANTÉ

History and Prehistory of Hospital Cooperation and Territorial Hospitals Group (GHT)

KEY-WORDS : HEALTH FACILITIES. HOSPITAL PLANNING. HEALTH CARE ECONOMICS AND ORGANIZATIONS. LEGISLATION, HOSPITAL/HISTORY. HEALTH EQUITY

Emmanuel VIGNERON *

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt privé en relation avec le contenu de cet article.

RÉSUMÉ

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) constituent l'une des dispositions les plus importantes de la loi du 21 janvier 2016 qui vise notamment à réformer l'organisation territoriale de l'offre de santé.

Au nombre de 135, ils s'enracinent dans la longue marche de la prise de contrôle de l'organisation hospitalière par l'État. Celle-ci date en réalité des débuts même de l'État, avec Charlemagne, se renforce à la Renaissance sous l'influence des idées Réformées, s'affirme avec les Lumières et la Révolution de 1789 dont elle est à la fois un fleuron et un échec et s'impose vraiment à partir de la III^e République.

Le but commun est d'abord celui du nécessaire contrôle par une autorité supérieure du bon usage de la dépense. Avec la médecine moderne, il devient celui d'instituer un réseau de soins gradué, coordonné, offrant davantage de qualité et de sécurité.

* Professeur, Université de Montpellier ; email : Emmanuel-Vigneron@nft.fr

Tirés à part : Professeur Emmanuel VIGNERON, même adresse mail

Article reçu le 19 novembre 2018 et accepté le 10 janvier 2019

SUMMARY

The Territorial Hospitals Group [GHT] constitutes one of the most important clauses with regards to the law of 21 January 2016, which aims, in particular, to reform the organisation of territorial health care.

Now numbering 135, they are well rooted on the long road to taking control over hospital organisation from the State. This actually dates from the very beginnings of the State, with Charlemagne, is strengthened during the Renaissance under the influence of the Reformation, asserts itself with the Age of Enlightenment and the Revolution of 1789 of which it is at the same time, a jewel and a failure and really imposes itself from the Third Republic.

The common goal is, first of all, the necessary control by a superior authority regarding good use of spending. With modern medicine, it becomes that of creating a graduated, coordinated care network, offering better quality and safety.

INTRODUCTION

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été créés par la « loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ». L'article 107 de cette loi modifie les articles L.6132-1 à 7 du code de la santé publique relatifs aux Communautés hospitalières de territoire (CHT) instaurées par la loi de 2009. Les GHT, qui se substituent donc aux CHT, constituent l'une des mesures phares de la loi de 2016.

Présentés comme une « innovation majeure » par le ministre d'alors ¹, les GHT sont en réalité issus d'un long cheminement visant à organiser rationnellement, pour le bien du patient, un système hospitalier historiquement très atomisé. Ils s'inscrivent dans la continuité d'un mouvement successif qui part du difficile inventaire de l'offre hospitalière, qui passe par des efforts de coordination et de coopération des établissements, puis de graduation des soins et enfin d'intégration des différents établissements dans un service territorial de santé publique. Ce sont cette histoire et même cette préhistoire d'idées et de dispositions, qui conduisent tout droit aux GHT d'aujourd'hui, que nous retracerons ici en distinguant trois périodes : préhistorique d'abord, de la révolution française aux débuts de la III^e république, médiévale, pour ainsi dire, sous la Troisième et la Quatrième république, contemporaine enfin, sous la V^e République.

1543-1886 — La grandiose préhistoire de l'organisation hospitalière

Jusqu'à l'affirmation de la Réforme au xvi^e siècle, une lecture littérale des Évangiles prévalait. L'évangile est ici celui de Matthieu (XXV, 31). Comment, au jour de la parousie, espérer être placé à la droite du Christ sinon en ayant de son vivant donné aux petits, aux malades, aux faibles et aux étrangers ? C'est le même évangile que

¹ Publication du décret sur les groupements hospitaliers de territoire : « Une innovation majeure dans le renforcement du service public hospitalier » Communiqué de presse de Marisol Touraine publié le : 29/04/2016 (ministre des Affaires sociales et de la Santé).

rejoie le représentant de Dieu sur terre, Charles le Grand ², plus grand même que l'Évêque de Rome, quand il s'adresse aux clercs et à tous au chapitre 75 de l'*admonitio generalis* prise lors de l'Assemblée d'Aix-la-Chapelle le 23 mars 789 ³ sans se rendre compte qu'il ouvre ainsi pour plus de 1000 ans le tonneau sans fond de la pléthore hospitalière en recommandant que soient établis des hôpitaux partout dans le royaume.

De cette lecture de l'Évangile a résulté la multiplication des fondations d'hospices et d'hôpitaux. De la perpétuité d'institution de l'œuvre, de l'insuffisance des dotations initiales mais aussi de la prévarication résulta très souvent la ruine des fondations au fil du temps. La Réforme marque ici aussi une rupture profonde de laquelle sortent encore bien des institutions contemporaines ⁴.

Sept siècles plus tard, face au désordre extrême des fondations, face au nombre grandissant des pauvres et des mendiants dans le royaume, poussé par les idées nouvelles de la Réforme, François 1^{er} affirme, par l'édit pris à Fontainebleau le 19 décembre 1543, la responsabilité laïque dans les affaires d'assistance et en conséquence la légitimité d'un pouvoir royal sur tous les hôpitaux du royaume ⁵. Cet édit est complété par l'édit de Rochefort du 26 février 1546 ⁶. D'œuvre pie, l'hôpital y devient lieu de pitié et déjà d'ordre public. On est encore loin du GHT mais déjà, l'État se dote des moyens de coordination des établissements.

S'il faut voir au travers de cette sécularisation l'influence nette de la Réforme, on peut voir à l'inverse celle de la Contre-Réforme catholique dans la multiplication des fondations hospitalières au siècle suivant. Elle s'apparente alors à un véritable « *revival* » dans certaines régions de France. Aussi, à la fin de l'Ancien Régime, Turgot peut-il noter dans l'Encyclopédie, que « *la volonté des fondateurs est restée toute puissante* » et « *capricieuse* ». Il ne s'agit pas encore d'organiser une carte hospitalière en contrôlant les implantations mais déjà d'ordonner les initiatives individuelles. L'article 73 de l'Ordonnance de Moulins en février 1566 constitue en ce sens la première disposition majeure. On sait l'importance du rôle de Michel de L'Hospital dans la rédaction de cette ordonnance et donc, ici encore, l'influence de la Réforme. Avec cette Ordonnance, on passe très clairement du devoir sacré individuel au devoir social et au rôle d'impulsion de l'État. Son article 73 ⁷ invente ainsi la notion de domicile de secours hospitalier, qui correspond à notre notion actuelle de territoire de desserte.

² Nous savons peu de choses certaines de Charlemagne. L'ouvrage de Georges Tessier, *Charlemagne*, paru en 1967 (rééditions au format poche) dans le Mémorial des Siècles aux Éditions Albin Michel demeure le classique de référence.

³ *Capitularia regum Francorum* / denuo ediderunt Alfredus Boretius et Victor Krause. 1883-1897. Tome 1, p. 60 disponible sur Gallica.

⁴ Collectif. *Discipline ecclésiastique des Églises réformées de France d'après les synodes de 1559 à 1669*. La Haye, 1760. p. 197 — Pour une vision d'ensemble : voir Jean Delumeau, *Naissance et Affirmation de la Réforme*, Paris, PUF, 1965, collection « Nouvelle Cléo ».

⁵ Isambert, et al. *Recueil général des anciennes lois françaises*. Paris : Belin ; 1828. t. XII, 1514-1546, p. 841.

⁶ *Ibid.*, p. 920.

⁷ Isambert, et al. *Recueil général des anciennes lois françaises*. Tome XIV., p. 209.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) : composition au 01/11/2017



Carte 1

Cependant, cet objectif de rationalisation des implantations par l'invention de la notion de domicile de secours dans l'ordonnance de Moulins ne porte pas davantage ses fruits que les objectifs précédents de bonne gestion des ordonnance ainsi que le révèlent en creux, et par leur existence même, l'ordonnance de Blois signée d'Henri III, en mai 1579, avec ses articles 65 et 66⁸, et plusieurs édits royaux de Louis XIII et de la Régence qui reviennent constamment sur ces sujets.

L'édit de Saint Germain-en-Laye en juin 1662 est manifeste de cette volonté ancienne de l'Etat d'organiser l'offre hospitalière. Cet édit porte « *qu'il sera établi un hôpital dans chaque ville et bourg du royaume...* »⁹ Peut-on accuser Louis XIV de vouloir de tout partout dans une France qui ne compte pas plus de vingt millions d'habitants ? Non pas : l'édit dispose qu'il sera établi un hôpital seulement en chaque « *ville et bourg de royaume* ». Or, la France de la deuxième moitié du xvii^e siècle ne compte pas plus de 50 villes (communes) de plus de 10 000 habitants (contre presque 1000 en 2015). Le nombre de « bourgs » c'est-à-dire de places de marché, n'excède pas 7 à 800. Louis XIV prévoyait donc l'établissement d'un hôpital dans environ 700 lieux du territoire, ce qui de manière surprenante n'est pas très éloigné de la situation contemporaine quand on inclut dans le décompte les hôpitaux locaux.

Survient, en 1789, la Révolution. En matière de santé comme en bien d'autres domaines, sa pensée s'abreuve aux Encyclopédistes¹⁰. Les articles « Fondation »¹¹, « Hôpital »¹², « Hospices »¹³ et « Hôtel-Dieu »¹⁴ sont autant de vives dénonciations de l'État de la France. En 1789, les pauvres, représentent les 9/10^{ème} de la population du pays^{15 16}. C'est pour eux que la Constituante crée, le 18 janvier 1790 un comité pour l'extinction de la mendicité. Ce Comité présidé par le Duc de La Rochefoucault-Liancourt, publia de nombreux rapports qui n'aboutirent qu'en partie tant d'autres sujets prirent rapidement le premier plan qu'il avait pourtant occupé aux premiers temps généreux de la Révolution. Dans le domaine qui nous intéresse ici, c'est dans le troisième rapport que l'on retrouve la trace de l'idée d'un système territorialisé de soins gradué repris dans un projet de décret en janvier 1791 présenté par Jacques Tenon devenu président du Comité. Ce projet de décret prévoyait la création d'établissements spécialisés de compétence départementale

⁸ Isambert, et al. *Recueil général des anciennes lois françaises*. Tome XIV., p. 380 et suiv...

⁹ Isambert, et al. *Recueil général des anciennes lois françaises*. Paris : Belin ; 1829 ; TXVIII,-1661-1671, p. 18.

¹⁰ Diderot D, Le Rond D'Alembert J. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. 1751-1772.

¹¹ Turgot J. Fondation. In : Diderot D, le Rond D'Alembert J., *Encycl., op. cit...*

¹² Diderot D. Hôtel-Dieu. In : Diderot D, le Rond D'Alembert J., *Encycl., op. cit...*

¹³ Boucher d'Argis, Hospice. In : Diderot D, le Rond D'Alembert J., *Encycl., op. cit...*

¹⁴ Diderot D. Hôtel-Dieu. In : Diderot D, le Rond D'Alembert J., *Encycl., op. cit...*

¹⁵ Bloch C, Tuetey A. *Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante 1790-1791*. Paris : Impr. nat. ; 1911. p. 3. adresse du citoyen Lambert.

¹⁶ On a peine à croire aujourd'hui à l'état de misère et de sous alimentation des habitants des campagnes françaises jusqu'en 1930 parfois. Cf. Les très nombreuses topographies médicales du xix^e siècle mais aussi et surtout la somme d'Eugen Weber — La fin des terroirs. Paris, Fayard, 1983, 839 p.

(article 28). Il prévoyait en outre la création d'hôpitaux ou d'hospices dans les seules villes de plus de 50 000 habitants (article 29), avec de fait dans chaque canton un médecin ayant à exercer une responsabilité territoriale (article 30).

Après des péripéties significatives mais qu'on ne peut évoquer ici faute de place, un décret vient signifier l'échec de la nationalisation et de la maîtrise étatique de l'offre hospitalière. En effet, le décret du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796¹⁷ rétrocède les établissements hospitaliers aux administrations municipales pour éviter la catastrophe financière générale. L'État républicain échoue ainsi dans sa volonté de recomposer l'offre hospitalière au niveau national en réunissant les établissements dans une « *même main* ». Il en résulte d'une part un ressentiment ancré parmi les fonctionnaires de l'État qui n'auront de cesse, jusqu'à nos jours, de tenter de reprendre le contrôle et d'autre part un attachement farouche des élus locaux et de leurs administrés à l'autonomie de leurs établissements.

Après trois quarts de siècle de mise à l'écart et même de bannissement, l'héritage révolutionnaire revint au premier plan de l'action politique avec l'effacement des monarchistes dans les années 1880. Dans l'intervalle il n'y eut plus de politique hospitalière digne de ce nom sinon dans la brève parenthèse idéaliste de 1848. Voici ce que sur ce XIX^e siècle écrivait Henri Monod¹⁸, en 1888 ; « *Si les hommes de la Révolution avaient trop étendu la part de l'Etat dans l'organisation de l'assistance, les régimes qui suivirent adoptèrent une ligne de conduite contraire, non moins fâcheuse à certains égards. Regardant l'intervention de l'Etat sur ce terrain comme dangereuse, ils s'abstinrent de toute initiative et abandonnèrent soit aux autorités communales et départementales, soit à la charité privée, le soin d'organiser ou de diriger les services de secours publics.* »¹⁹

1887-1958 — Un Moyen-Âge entre brillantes élites et résistances des fiefs

Henri Monod s'affirme comme un jacobin soucieux du rôle de l'État. Il s'oppose à des projets de régionalisation portés par les régions et le ministère du Commerce²⁰. Dès 1891, un projet de loi pour la protection de la santé publique est présenté et discuté au sein du Comité Consultatif de l'Hygiène Publique (CCHP). Il distingue, dans l'administration sanitaire de la France, trois échelons : l'État, les Départements — avec les Préfets et les Conseils d'Hygiène, les Communes. Il n'est plus question de région. Les articles 19 et suivants de la Loi du 15 février 1902 confirment cette

¹⁷ Barrot et al. — *Recueil Général des Lois, Décrets et Ordonnances depuis le mois de juin 1789 jusqu'au mois d'août 1830*. Paris, 1835, Journal des Notaires et des Avocats, t.VII, p. 5.

¹⁸ Il fut de 1887 à 1905 le directeur de l'Assistance Publique au Ministère de l'Intérieur qui est l'ancêtre du ministère de la santé créée seulement en 1920. Le premier et le plus long en somme car le vrai premier Emile Cazelles, également protestant et préfet, Nimois comme Monod était Arlésien par sa femme, ne resta à ce poste que deux mois.

¹⁹ Monod H, Dreyfus-Brisac L. *Assistance médicale dans les campagnes*. Rapports de M. H. Monod et du Dr Dreyfus-Brisac. Paris : Conseil supérieur de l'Assistance publique ; 1888. fascicule n° 22.

²⁰ Vignerot E et al. — *Les coopérations interrégionales des CHU* (rapport public consultable sur www.diact.gouv.fr), février 2007. (avec la participation du Pr Bernard Charpentier, Président de la Conférence des Doyens).

architecture pyramidale : État, Départements, Secteurs. Cette organisation s'appuie sur le remarquable travail de typologie des établissements hospitaliers, conduit par le Dr Gustave Drouineau, collaborateur de Monod et qu'il convient de citer ²¹.

Cependant, malgré les efforts d'Henri Monod, nulle part l'autorité de l'État qui est clairement affirmée sur l'enseignement ne le sera sur la bienfaisance avant la Première Guerre mondiale. Il n'y a rien de cela dans la loi de 1893. Inlassablement pourtant, le but poursuivi ici par Henri Monod est de mettre en place une **coordination** entre établissements, dans l'objectif de l'efficacité de la dépense commune.

La volonté de coordination et d'organisation par l'État de l'offre hospitalière dans un cadre régional se précise avec les travaux de révision de la loi de 1902 engagés en 1921 sous la présidence de Léon Bernard et dont les principales réunions eurent lieu à l'Académie Nationale de Médecine. Tout ceci aboutit le 26 avril à un vote solennel de l'Académie sur des recommandations dont certaines sont très instructives pour le temps présent. Ainsi celle-ci, la deuxième : « *Le territoire de la France sera subdivisé en circonscriptions sanitaires à la tête desquelles seront placés des médecins sanitaires de circonscription ; ces circonscriptions seront assez petites pour que les médecins puissent entrer en contact intime et permanent avec la population, le corps médical et les autorités administratives* » ²².

Finalement, la Seconde Guerre mondiale viendra sans que la loi de 1902 n'ait été réformée ni qu'une organisation régionale permette au ministère de la santé publique « *d'imposer à l'hygiène nationale une doctrine, une méthode et une direction* » comme l'espérait encore à l'été 1937 le Dr Triollet ²³. Pas davantage, le décret du 28 juillet 1939, tout axé sur la définition des catégories de malades et sur la réforme des commissions administratives des hôpitaux, n'évoquera le besoin d'une organisation régionale de l'administration alors qu'il vise pourtant un plan d'armement sanitaire du pays.

Dans les années 1930 et à la Libération, les véritables penseurs d'une organisation hospitalière sont cependant les Dr Robert-Henri Hazemann et Robert-Frédéric Bridgman, respectivement Inspecteur départemental de la santé du département de la Seine et Adjoint au même directeur. Dès 1936, Hazemann écrit ainsi :

— « *Les principes de cette conception [...] reposent essentiellement sur cette idée, que l'hôpital, autrefois simple refuge pour les malades pauvres, [...], doit être un véritable centre de protection du malade, et le gardien de la santé de toute la population située dans sa sphère d'influence [...]* » ²⁴.

²¹ Drouineau Gustave, 1889 — *Du classement des établissements hospitaliers*, G. Masson éditeur, Paris, 1889, 142 p.

²² Sur le projet de révision de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, par M.le professeur Léon Bernard. Texte adopté par la commission. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. 1921 ; 43.

²³ Triollet, — La réorganisation des services d'hygiène, quelques remarques. in *Le Mouvement Sanitaire*, 1937, n^o pp. 594-599.

²⁴ Hazemann Robert-Henri, (n.s.) — L'organisation hospitalière en France et la conception moderne du rôle des hôpitaux, in *Le Mouvement sanitaire*, 1933, pp. 406-407 ; voir aussi Sellier

On trouve là déjà les projets d'organisation complète du système de santé exprimés par Robert Debré en 1944²⁵ ou portés par l'inspecteur général Jules Deprun en 1937-39²⁶. On les retrouve dans le Règlement d'Administration Public (RAP) du 17 avril 1943 relatif à la loi du 21 décembre 1941 elle-même relative aux hôpitaux et hospices civils qui instaurait un classement des établissements sur la base des travaux conduit avant la guerre. Comme ces derniers le recommandaient, la loi et son RAP distinguaient clairement les hôpitaux de malades et proposaient une graduation des soins dans le cadre d'un système public ainsi qu'une coopération des établissements entre eux.

À la Libération, R.F. Bridgman est chargé de la conception technique du Plan français de Réorganisation Hospitalière. Ce Plan avortera faute de moyens financiers mais débouchera sur des expressions remarquables qui constituent encore autant de références²⁷ au milieu des années 60 quand il publie, en 1963, en hors-série de Techniques Hospitalières, son maître-ouvrage, *L'Hôpital et la Cité*. Dans cet ouvrage Bridgman reprend son plan de 1945²⁸ et propose une réorganisation d'ensemble du système hospitalier avec le renforcement des CHR et des CH de 400 à 600 lits assurant l'essentiel du besoin mais pas les spécialités non usuelles, la modernisation des hôpitaux de taille moyenne, et la transformation des plus petits en centre d'hygiène et en maternités cantonales qu'il propose d'appeler « *le centre de santé cantonal* », sorte de Maison Pluridisciplinaire de Santé avant la lettre associée à un hôpital local.

R.F. Bridgman souligne aussi l'importance de la démographie et de la sociologie médicale dans la réalisation du Plan pour affirmer que la concentration est la seule parade possible. « *La spécialisation toujours plus poussée des techniques médico-chirurgicales oblige les spécialistes à se concentrer dans les grandes villes. [...] Si, en méconnaissant cette répartition des médecins et des spécialistes, on ne prévoyait pas une modification radicale de la distribution des services hospitaliers, on ne posséderait plus d'hommes suffisamment qualifiés pour faire fonctionner d'une façon satisfaisante des hôpitaux modernes* »²⁹ Songeons que nous sommes là en 1946, il y a près de 70 ans ! Et songeons peut-être au temps perdu...

(Henri) et Hazemann (Robert-Henri), 1937 — *La santé publique et la collectivité. Hygiène et Service Social, Coordination*. Paris, Maretheux et Pactat, 1937, 75 p.

Pour plus de détail sur les conceptions d'Hazemann en matière de ce que nous appelons aujourd'hui le premier recours cf. Vigneron E. — *Les Centres de Santé, une géographie rétro-prospective*. Paris, FEHAP, 2015, 248 p.

²⁵ Debré (Robert) — *Médecine, Santé Publique, Population. Rapports présentés au Comité National des Médecins français*. Transmis au Comité Français de la Libération Nationale à Alger en Janvier 1944. Paris, Éditions du Médecin Français. 102 p.

²⁶ Dr Jules Deprun — *Les Établissements Hospitaliers*. Paris, 1955, hors-série de Techniques Hospitalières... 102 p.

²⁷ Dr R.F. Bridgman — *L'hôpital et la cité*. Paris, Techniques Hospitalières — Éditions du Cosmos, grand in-8, 356p.

²⁸ R.F. Bridgman, 1946 — Un plan français de réorganisation hospitalière. in *Techniques Hospitalières*, n^o 10 & 11, juillet-août 1946.

²⁹ Id.

Pour autant, R.F. Bridgman souligne qu'il va de soi qu'une telle organisation comportera des exceptions. Il y a, dit-il, « *des régions montagneuses ou peu peuplées dans lesquelles, exceptionnellement, il faudra entretenir un hôpital cantonal, en raison de l'éloignement d'établissements plus importants* ». Et il précise un point de méthode qui a sans doute encore son importance : « *De même, il serait maladroit de commencer la réforme en supprimant les lits d'hospitalisation des hôpitaux cantonaux avant d'avoir accru ceux des hôpitaux hiérarchiquement supérieurs. La réforme hospitalière doit se faire par la tête car si l'on doit améliorer la qualité des soins, c'est avant tout sur l'organisation techniquement supérieure du centre régional et du centre hospitalier qu'il faut faire porter l'effort.* » La deuxième partie de cette proposition trouva à l'évidence sa concrétisation dans l'Ordonnance du 31 décembre 1958 instituant les CHR&U mais il faut reconnaître que l'articulation des CHU avec les niveaux inférieurs fut quelque peu délaissée pendant plus d'un demi-siècle.

Comment ne pas souligner ici encore, la justesse du propos et comprendre qu'il y a là une pierre d'achoppement qui a sans doute empêché la réalisation de tant de projets qui auraient été bénéfiques. Comment ne pas recommander — si l'on souhaite la réussite des GHT, qu'il n'y ait plus jamais de recomposition hospitalière, c'est-à-dire de fermeture de service sans énoncé de solutions alternatives ?

À la charnière de deux époques, autour de 1958, Paul Comet, Administrateur Civil au ministère de la Santé Publique et de la Population, regarde avec une précision toute administrative les années qui lui sont antérieures en rappelant dans un ouvrage promis à 5 éditions successives³⁰ tous les textes relatifs au Plan d'équipement hospitalier qui se sont succédés de 1944 à 1958 : dans la première édition de « l'Hôpital Public » en 1960, il conclut ainsi cette énumération des textes par un double euphémisme qu'on appréciera « *l'idée n'est pas de donner un monopole à l'État en matière sanitaire mais seulement un pouvoir d'appréciation dans un domaine où régnait jusqu'alors une certaine anarchie.* »

1958-2018 — Histoire contemporaine de la coopération hospitalière ; leçon d'humilité pour le monde politique

L'idée majeure défendue par Paul Comet est donc celle de la coordination dont l'inventaire et le classement ne constituent que les bases nécessaires et la sectorisation un simple élément utile pour établir le dénominateur des taux d'équipement, fonction que le département remplit d'ailleurs très bien, ce qui rend donc la sectorisation tout à fait secondaire dans son esprit.. Paul Comet accorde ainsi un grand crédit à l'Ordonnance n° 58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la **coordination** des établissements de soins comportant hospitalisation³¹, ordonnance à l'élaboration de laquelle il a, de toute évidence, participé. La raison en est clairement

³⁰ Paul Comet, *L'Hôpital Public*. Paris, Berger-Levrault, 1^{ère} édition 1960, p. 31.

³¹ On sait que cette ordonnance, pourtant importante, fut éclipsée et finalement bien peu mise en œuvre. par celle du 31 décembre relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

exprimée par l'auteur. Il s'agit de rompre avec le passé récent, celui de la 4^e République: « *On aurait pu éviter certains doubles emplois pendant la période 1945-1959, doubles emplois qui ont conduit, dans certaines régions, à un suréquipement fâcheux dans l'état actuel de nos possibilités financières aussi bien publiques que privées* » et d'ajouter encore qu'il convient d'éviter entre les deux secteurs « *tout gaspillage de nos faibles moyens financiers* ³² ».

La loi du 31 décembre 1970, dite Loi Boulin, est l'aboutissement de tous ces efforts entrepris depuis Henri Monod à la fin du siècle précédent ³³. La loi instaure en effet la **carte sanitaire** et les **secteurs sanitaires** non pas pour elle-même ou pour satisfaire une pensée dogmatique mais parce qu'elle est l'instrument indispensable à la bonne exécution de ce service public. L'emploi de cet instrument doit donc être rendu obligatoire, ce que seule la loi permet. Ceci entraîne, au surplus, comme le souligne Roger Grégoire qu'il s'agit « *non pas d'un document descriptif mais d'un document prospectif. Il doit indiquer les installations qu'il faut améliorer, créer ou supprimer en raison de la situation présente et des perspectives d'avenir. En d'autres termes, il doit donner l'image d'un équipement complet et rationnel* » ³⁴ assurant l'accès de tous au bénéfice du progrès médical. Il en résulte l'article 5 de la loi du 31 décembre 1970 instituant la carte sanitaire, les groupements hospitaliers de secteur et leur forme juridique, les syndicats inter-hospitaliers de secteur et régional.

Par la suite, les SROS, instaurés par la loi de juillet 1991 avec leur procédure de schémas et d'annexes opposables ont relevé de la même démarche d'organisation territoriale de l'offre mais ils demeurent contraints jusqu'en 2003 par la carte sanitaire. Par la suite encore l'article 30 de l'ordonnance « Juppé » du 24 avril 1996 rendait obligatoire la création de **Communautés d'Établissements de Santé** entre établissements publics d'un même secteur sanitaire mais il ne fut jamais appliqué et abandonné de fait dès l'été suivant la promulgation de l'ordonnance. Il était sans doute trop précoce et devrait, comme tant d'autres, obliger vingt ans après à une certaine humilité des thuriféraires de la Loi du moment.

Par la suite encore, l'article 5 de l'Ordonnance du 4 septembre 2003 a remplacé les secteurs sanitaires de la loi de 1970, tous de valeur équivalente avec leur Centre Hospitalier pivot de secteur et censés répondre à la quasi totalité des besoins de soins hospitaliers, par des **territoires de santé** gradués et emboîtés, d'échelle variable selon le niveau de rareté du besoin de soins.

La circulaire de mise en œuvre de ces dispositions, datée du 4 mars 2003 et lançant les SROS de III^e génération, va plus loin en tentant d'imposer, aux établissements — publics et privés — d'un même territoire de santé, l'expression d'un **Projet médical de territoire** formant « l'outil » stratégique majeur de la coopération et de la

³² Id. p.32.

³³ La Loi de 1970 — qui occasionna à l'Assemblée et au Sénat des discussions de très haut niveau est l'une des grandes lois hospitalières générales avec celles de 1851, de 1941 et de 1991 auxquelles nous pouvons ajouter les Ordonnances de 1958, de 1996 et de septembre 2003.

³⁴ Grégoire R. *Pour une politique de la santé. Rapports présentés à Robert Boulin. Tome III : l'hôpital. I- La réforme hospitalière.* Paris : La Documentation française ; 1971.

complémentarité ainsi que de la recomposition de l'offre entre établissements d'un même territoire par le truchement de la création de **Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)** prévus à l'article 18 de l'Ordonnance du 4 septembre 2004 et qui sont des personnes morales de droit public pouvant recevoir des autorisations de soins hospitaliers. Toujours en vigueur, les GCS demeurent donc des structures plus capables d'agir que ne le sont les GHT d'aujourd'hui qui ne possèdent pas la personnalité morale

Par la suite encore, en 2007, la Mission Larcher sur l'avenir de l'hôpital recommandait la création de **Communautés Hospitalières** qui allaient devenir les Communautés Hospitalières de Territoire (**CHT**) de la loi du 21 juillet 2009 (HPST). Mais les décrets parus en 2011 ne laissèrent guère de temps à leur réalisation et en 2012, la Mission du Pacte de Confiance à l'Hôpital, tout en travaillant à la réinstauration du Service Public Hospitalier, poursuivit la question et recommanda la création de GHT, lesquels sont présentés dans d'autres lectures données à l'occasion de cette séance dédiée du 4 décembre 2018 ou déjà dans quelques ouvrages ³⁵.

CONCLUSION

L'idée des GHT n'est pas neuve — elle est née avec l'invention de la notion de territoire de secours à la fin du XVIII^e siècle — et si elle n'a pu se réaliser encore pleinement ce n'est qu'en raison de la très grande autonomie persistante des établissements de santé publics comme privés qui a empêché l'État d'exercer pleinement son rôle de garant de l'intérêt général.

Les GHT ont été présentés comme « une innovation majeure », ce qu'ils ne sont pas ³⁶. Ils ne le sont pas car ils succèdent à d'autres formes de groupements, de coordinations ou de coopérations existant préalablement et qui ont connu des destins éphémères. Ils ne le sont pas non plus pour la raison qu'ils ne sont pas dotés de la personnalité morale ce qui en réduit singulièrement la portée. Ils ne le sont pas parce qu'au sein d'un même territoire ils ne prévoient pas de forme d'association avec le secteur libéral hospitalier ou de ville et ils ne le sont pas non plus pour la raison que leurs projets médicaux trop hâtivement rédigés en quelques mois de 2016 et de 2017 ne prennent guère en compte la dimension territoriale du besoin, pourtant documentée par de nombreux travaux ³⁷.

³⁵ Cf. Bringer J., Budet J.M. Esper Cl. et Vigneron E., 2018 — *Les groupements hospitaliers de territoire, un outil d'organisation de l'offre de santé*. Paris, Berger-Levrault, à paraître le 28 février 2019.

³⁶ Communiqué de presse de Marisol Touraine. Cette expression prêterait à sourire si elle ne traduisait une certaine confusion entre nécessité de continuité de l'action publique dans une République et impératifs de la communication dans un monde médiatique.

³⁷ Cf. par exemple dans le BANM : Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2012, 196, n° 4-5, pp 939-952. Séance du 21 mai 2012.

Texte	Expression phare	Démocratie sanitaire	Groupements Hospitaliers
Loi des 22 janvier, 8 avril et 7 août 1851	Territoire communal, départemental	Commission des hospices et des hôpitaux	Rattachement communal, contractualisation avec les établissements privés
Loi du 15 juillet 1893	Territoire national, administratif		Secteur de rattachement
Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux, Loi du 22 novembre 1941 sur l'exercice de la médecine et décrets suivants et circulaires	Territoire national, Territoire administratif, Territoire départemental, Territoires Occupés		Circonscriptions hospitalières, Circonscription régionale
Ordonnances de déc.1958	Circonscription sanitaire, Circonscription hospitalière		Commissions de coordination
Loi du 31 décembre 1970	Secteur d'action sanitaire,		Groupement interhospitalier de secteur, Syndicat Inter Hospitalier
Loi du 31 juillet 1991	Secteurs sanitaires, Territoire national	Conférence sanitaire de secteur,	Actions de coopération entre les établissements du secteur
Ordonnances du 24 avril 1996	Secteur sanitaire	Conférences régionales et nationale de santé	communautés d'établissements de santé
Loi du 4 mars 2002	Territoire national, territoire métropolitain	Conférence nationale de santé, Conseils Régionaux de Santé	
Ordonnance du 3 septembre 2003	Territoire de santé	Conférence sanitaire de territoire	Groupement de coopération sanitaire,Projet médical de territoire

Loi du 21 juillet 2009 (HPST)	Territoire de santé	Conférence de territoire, conférence régionale de la santé et de l'autonomie, conférence nationale de la santé et de l'autonomie	Communautés Hospitalières de Territoire
Loi du 26 janvier 2016	territoires de démocratie sanitaire	Pacte Territoire-Santé, conseil territorial de santé	Groupements Hospitaliers de Territoire, communauté professionnelle territoriale de santé, contrats territoriaux de santé.

Finalement, il faut retenir que les Groupements Hospitaliers de Territoire s'inscrivent dans la continuité d'un long mouvement initié dès la Révolution de 1789 et même depuis le xvi^e siècle. Ce mouvement a démarré par des tentatives d'**inventaire** de l'offre hospitalière, suivis d'un effort de **classement** duquel sont nées la **coordination** et la **coopération** des établissements entre eux, puis de **gradation** des soins offerts au moyen d'un régime d'autorisations délivrées par l'État et enfin d'**intégration** des différents établissements dans une forme de service territorial de santé publique. Cependant, ce mouvement volontaire a été entravé dans sa marche par la très forte autonomie municipale des établissements datant de 1795 dont il demeure encore bien des traces malgré la réunion progressive des établissements dans la même main de l'État.

Loin de minimiser l'intérêt des GHT, ces observations renforcent au contraire en établissant clairement que le GHT n'est pas une tocade ou une lubie passagère mais bel et bien la traduction contemporaine d'une idée juste : ce que nous devons à nos concitoyens ce n'est pas de tout partout ; c'est l'assurance d'un accès de tous à des soins de qualité au bon endroit, au bon moment. C'est d'abord ce que commande l'évolution de la médecine et du métier de médecin.

De même, ces observations nous invitent à supposer, qu'à son tour, le GHT d'aujourd'hui ne sera lui-même qu'une organisation transitoire et qu'autre chose lui succédera de plus aboutit encore. Il n'en constitue pas moins une étape nécessaire à l'accomplissement d'une grande idée exigeante : offrir à tous l'accès au progrès médical et à des soins de qualité

