

**EHESP**

---

**Filière – Directeur d’hôpital**

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

---

**La réponse à une situation sanitaire  
exceptionnelle à l’échelle du  
Groupement Hospitalier de Territoire**

*Les établissements publics de santé se sont-ils appuyés sur  
leur groupement hospitalier de territoire pour répondre à la  
situation sanitaire exceptionnelle de la CoVid19 ?*

---

**Louis BERTHELOT**



---

# Remerciements

---

Je souhaite tout d'abord remercier Alain Guinamant, directeur du CH de Carcassonne, qui m'a accompagné dans mes réflexions et durant la rédaction de ce mémoire.

Plus largement, je ressens une vive gratitude à l'égard de l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes questions et d'alimenter mes réflexions sur ce sujet, dans l'ordre alphabétique : Philippe Blua, Antoine Bourdon, Jean Brizon, Yann Bubien, Elodie Degiovanni, Serge Fousans, Virginie Gomez, Stéphanie Horala, Philippe Greffier, Claudie Greslon, Gérard Larrat, Anne Laybourne, Emmanuelle Michaud, Florian Petit, Vincent PrevotEAU, Damien Real, Philippe Suss.

Mes remerciements les plus sincères vont évidemment à Emmanuelle Prot, directrice des ressources humaines et tutrice de stage, pour sa bienveillance et son exigence à mon égard. Je tiens à remercier également plus largement l'équipe de direction du centre hospitalier pour leur accompagnement et l'ensemble du personnel pour leur accueil.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Création récente au bilan contrasté, le groupement hospitalier de territoire se situe à mi-chemin des échelons de coordination et de gestion opérationnelle des crises sanitaires	5
1.1 Outil de territorialisation de l'offre de soins et d'optimisation des moyens, le groupement hospitalier de territoire connaît un bilan contrasté .....	5
1.1.1. L'instauration des GHT répond à la double ambition de poursuite de la territorialisation de l'offre de soins et de création d'une stratégie de groupe pour les établissements publics de santé.....	5
1.1.2. A l'échelle nationale, la mise en place des GHT a accéléré les coopérations même si leur bilan est mitigé et dépendant du contexte local .....	8
1.1.3. Dans un environnement local peu propice aux coopérations, le GHT Ouest audois a initié et développé les échanges entre les établissements publics de santé du territoire	12
1.2 L'échelle départementale et de l'établissement sont privilégiées pour la gestion de crise	19
1.2.1 La région et le département restent les échelons privilégiés par les Agences Régionales de Santé pour la coordination de crise.....	19
1.2.2 Département ou GHT : quelle maille pour une gestion territoriale de la crise de la CoVid 19 ?.....	21
1.2.3 La gestion opérationnelle d'une crise sanitaire se prépare à l'échelle d'un établissement.....	24
1.2.4 L'ampleur de la crise de la CoVid 19 a nécessité la mobilisation des établissements privés et professionnels libéraux de santé .....	26
2 La gestion de la situation sanitaire exceptionnelle de la CoVid 19 incite à renforcer le dialogue et les coopérations au sein des GHT et même au-delà .....	28
2.1 La gestion de la crise de la CoVid 19 a contraint les établissements publics de santé à renforcer leurs coopérations avec les autres acteurs de santé .....	28
2.1.1 Pendant la gestion de crise, les Groupements Hospitaliers de Territoire sont devenus incontournables dans certains domaines .....	28

2.1.2	La coordination de crise entre établissements membres était minimale en l'absence de direction commune.....	31
2.1.3	Pendant la crise, les hôpitaux publics ont principalement renforcé les coopérations territoriales préexistantes, que ce soit avec le secteur public, privé ou libéral	34
2.1.4	Les CHU ont joué un rôle d'établissement régional de référence y compris au sein de leur groupement .....	36
2.2	Les Groupements Hospitaliers de Territoires offrent de nouvelles perspectives à la territorialisation de l'offre de soins .....	39
2.2.1	Au sein des groupements, les établissements publics de santé doivent mettre en place un fonctionnement plus structuré, collaboratif et transparent.....	39
2.2.2	Pour mieux intégrer le paysage local, le GHT doit adopter une gouvernance plus ouverte vis-à-vis des autres acteurs locaux.....	40
2.2.3	Le territoire du groupement hospitalier de territoire pourrait devenir la maille de coordination territoriale en matière de santé .....	42
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	III

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CDU : Commission Des Usagers  
CH : Centre Hospitalier  
CHR : Centre Hospitalier Régional  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CME : Commission Médicale d’Etablissement  
CMG : Commission Médicale de Groupement  
COD : Centre Opérationnel Départemental  
Codir : Comité de direction  
Costrat : Comité stratégique  
Cotel : Comité territorial des élus locaux  
CoVid : Corona Virus Disease  
CPOM : Contrat Pluriannuel d’Objectif et Moyen  
CPTS : Communauté Professionnel Territoire de Santé  
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique  
CSP : Code de la Santé Publique  
CTDS : Comité Territorial de Dialogue Social  
DT : Délégation Territoriale  
EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
EPI : Equipement de Protection Individuelle  
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d’Intérêt Collectif  
FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d’Aide à la Personne privés solidaires  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d’Etat  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé  
MARS : Message d’Alerte Rapide Sanitaire  
PACA : Provence-Alpes-Côte d’Azur  
PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel  
PRA : Plan de reprise d’activité  
PRS : Projet Régional de Santé  
SAMU : Service d’Aide Médicale d’Urgence  
SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé



## Introduction

Pour organiser une réponse graduée à la crise sanitaire de la CoVid 19, une liste d'établissements de première ligne et de deuxième ligne a été définie par le ministère des Solidarités et de la Santé et par chaque Agence Régionale de Santé (ARS). Les établissements de première ligne correspondaient peu ou prou aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ou Régionaux (CHR) et ceux de deuxième ligne aux établissements supports des centres SAMU 15 départementaux.

Ainsi, la réponse à cette situation sanitaire exceptionnelle (SSE)<sup>1</sup> s'est organisée, premièrement, à l'échelle régionale puis départementale. Cette organisation correspondait à la doctrine de gestion de crise du Ministère des Solidarités et de la Santé, développée dans le Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles<sup>2</sup>. Ces deux échelons correspondent à celle de l'organisation de l'administration déconcentrée de l'Etat, ARS et préfetures notamment. Les établissements et professionnels de santé s'organisent quant à eux à des échelles différentes, au périmètre plus restreint. Aujourd'hui, ils sont incités à s'organiser par territoire via les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour les professionnels de santé et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) pour les établissements publics de santé.

Le périmètre de ces territoires ne correspond pas nécessairement à celui de l'organisation administrative et politique française, des communes, départements ou régions. Le concept de territoire est par nature flou, souvent rapproché de celui de bassin de vie et dont l'essence est de s'adapter aux réalités locales. Dans le domaine de la santé, il est souvent assimilé à celui de bassin de santé. En pratique, il correspond au territoire d'action « du professionnel de soins, celui où réside « sa » population et, autour de lui d'autres professionnels de santé avec lesquels il constitue, au moins de fait, un réseau ».<sup>3</sup> En cohérence avec les mouvements de décentralisation et des réflexions sur l'aménagement du territoire français, ce concept s'est développé à partir des années 1990. Objectif toujours d'actualité, la définition des bassins de santé visait « à la fois à une meilleure accessibilité

---

<sup>1</sup> « Une situation sanitaire exceptionnelle [...] s'entend comme la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise » selon l'instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013

<sup>2</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_situation\\_sanitaire\\_exceptionnelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf)

<sup>3</sup> Emmanuel Vigneron, « Les bassins de santé. Concept et construction », ADSP, décembre 1999, 39.

des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande »<sup>4</sup> sur ce territoire.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>5</sup> poursuit ces objectifs. Elle s'inscrit dans la continuité de la régionalisation de la régulation et de l'organisation de l'offre de soins initiée par la loi Evin<sup>6</sup> et développée par les ordonnances Juppé<sup>7</sup>. Définie à l'échelle régionale dans les Projets Régionaux de Santé (PRS), l'offre de soins est organisée entre acteurs de terrain à l'échelle d'un territoire afin d'adapter « [l'] offre de service à l'espace socialement construit par les acteurs [et] ancrer une politique dans la production du territoire ».<sup>8</sup>

Par la création des GHT, la loi de 2016 vise à « ancrer l'hôpital dans son territoire »<sup>9</sup> et développer cette territorialisation de l'offre de soins. Elle passe dans un premier temps par une obligation de coopération minimale, la mise en œuvre d'une stratégie de groupe, entre établissements publics de santé d'un même bassin de santé. Les objectifs des GHT sont 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 »<sup>10</sup> ainsi que d'optimiser les ressources des établissements membres des GHT par la « mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements »<sup>11</sup>. Sauf rares exceptions, ces établissements sont aujourd'hui membres d'au moins un des 136 groupements.

Exerçant la plupart des missions du service public hospitalier, la pandémie de la CoVid 19 a concerné en premier les établissements publics de santé et *ipso facto* les groupements. Pour certains d'entre eux, il s'agissait de la première SSE à laquelle ils étaient confrontés depuis leur création. Toutefois, la gestion de crise reste aujourd'hui du domaine des établissements, que ce soit pour le plan de mobilisation interne – Niveau 1 – ou pour le Plan Blanc – niveau 2. Le Code de la Santé Publique indique que l'obligation de disposer d'un « plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une

---

<sup>4</sup> Ibid 3. 39.

<sup>5</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

<sup>6</sup> Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>7</sup> Ordonnances n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>8</sup> Emmanuel Eliot, Véronique Lucas-Gabrielli, Catherine Mangeney, « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français », Revue francophone sur la santé et les territoires, juin 2017, 3.

<sup>9</sup> Chapitre V de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

<sup>10</sup> Article L. 6132-1 du Code de la Santé Publique

<sup>11</sup> Article L. 6132-1 du Code de la Santé Publique

perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles »<sup>12</sup> s'impose aux établissements et non aux GHT.

Dans son guide de préparation et de gestion de crise, créé en 2006<sup>13</sup> et mis à jour en 2019, le ministère des Solidarités et de la Santé introduit la logique territoriale dans la gestion des tensions hospitalières et des SSE. A son titre VII, il présente les « opportunités [que] peuvent représenter la mise en place des GHT en préparation et en gestion de crise »<sup>14</sup>. Il ajoute qu'en phase de crise, « une organisation à l'échelle du GHT peut jouer un rôle facilitateur »<sup>15</sup>, notamment dans trois domaines : la mutualisation des ressources humaines ou matérielles, la « libération des lits » et la « gestion des flux de patients ». Toutefois, il n'y consacre que deux pages sur deux cents dix-neuf et indiquent que ces opportunités dépendent de « la structuration du GHT lors de la SSE »<sup>16</sup>.

La gestion de la crise sanitaire a dépassé le cadre *stricto sensu* des GHT. L'ensemble des professionnels de santé a été mobilisé : les médecins de ville en amont du service des urgences, les laboratoires privés pour les tests de dépistage, les établissements privés – ESPIC ou cliniques – pour la prise en charge de patients atteints de la CoVid ou non au plus fort de la crise etc... Les acteurs du domaine médico-social, notamment les EHPADs, ont été fortement sollicités pendant cette période. Si nombre d'entre eux sont aujourd'hui rattachés à des établissements de santé, ce domaine n'est pas nécessairement de la compétence des GHT.

Les groupements hospitaliers de territoire n'ont certes pas pour objet de coordonner l'ensemble des acteurs de santé sur son territoire. Ce rôle est dévolu à l'Agence Régionale de Santé et à ses délégations territoriales<sup>17</sup>, y compris en situation sanitaire exceptionnelle<sup>18</sup>. En de telles circonstances, elles assurent des fonctions métiers – élaboration et/ou mise en œuvre de mesures de santé publique, organisation de la permanence des soins et gestion des moyens sanitaires – et transverses – suivi et analyse de la situation sanitaire et interface avec ses partenaires sanitaires et autres<sup>19</sup>. La gestion opérationnelle d'une SSE et de ses conséquences relève en pratique des professionnels et des établissements de santé et *ipso facto*, pour les hôpitaux publics, des groupements.

---

<sup>12</sup> Article L.3131-7 du Code de la Santé Publique

<sup>13</sup> Ministère de la Santé et des Solidarités, *Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé*, 2006, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_blanc2006-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_blanc2006-2.pdf)

<sup>14</sup> Ibid 2, 89.

<sup>15</sup> Ibid 2, 90.

<sup>16</sup> Ibid 1.

<sup>17</sup> Article L1431-2 du Code de Santé Publique

<sup>18</sup> Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013.

<sup>19</sup> Ibid 18.

En outre, d'après la loi de modernisation de notre système de santé, les GHT doivent permettre la mutualisation de certaines fonctions – achats et système d'information – et la structuration des filières de soins, éléments essentiels en situation de crise.

Ayant effectué mon stage long de direction au Centre Hospitalier (CH) de Carcassonne, mon étude porte principalement sur le GHT Ouest Audois dont il est l'établissement support. Elle s'appuie notamment sur des entretiens menés avec des acteurs travaillant en lien avec ce GHT ainsi qu'avec des directeurs d'établissements publics de santé, élus ou représentants de l'ARS des régions d'Occitanie, de Nouvelle Aquitaine et du Grand Est.

Ce mémoire se concentre sur les quatre domaines suivants :

- La gouvernance au sein des groupements ;
- La gradation de la prise en charge des patients, atteints ou non de la CoVid 19 ;
- La fonction achat-logistique ;
- La gestion des ressources humaines médicales et paramédicales.

Ils constituent les axes pour lesquels une gestion à l'échelle territoriale en période de crise est pertinente selon le guide du ministère des Solidarités et de la Santé.

A partir de l'exemple du GHT Ouest Audois, ce mémoire explore la question posée par le guide national de gestion de crise : les établissements publics de santé se sont-ils appuyés sur leur groupement hospitalier de territoire pour répondre à la situation sanitaire exceptionnelle de la CoVid19 ?

Le bilan contrasté des groupements hospitaliers de territoire, y compris dans l'Ouest Audois, ne permettait pas d'envisager sur l'ensemble du territoire une réponse à la situation sanitaire exceptionnelle de la CoVid 19 uniquement à leur échelle (I). Les établissements publics de santé se sont vus contraints, par l'ARS ou par la réalité du terrain, à accentuer leurs coopérations au sein du GHT ou avec les autres acteurs du territoire pour gérer la crise, offrant de nouvelles perspectives de développement aux groupements (II).

# **1 Création récente au bilan contrasté, le groupement hospitalier de territoire se situe à mi-chemin des échelons de coordination et de gestion opérationnelle des crises sanitaires**

## **1.1 Outil de territorialisation de l'offre de soins et d'optimisation des moyens, le groupement hospitalier de territoire connaît un bilan contrasté**

### 1.1.1. L'instauration des GHT répond à la double ambition de poursuite de la territorialisation de l'offre de soins et de création d'une stratégie de groupe pour les établissements publics de santé

#### **Les fondations d'une gouvernance commune à l'échelle des territoires**

Dans l'édito du vadémécum des GHT de 2016<sup>20</sup>, Marisol Touraine indiquait que l'objectif en matière de gouvernance des GHT était de mettre en place cette stratégie de groupe, en s'inspirant du mouvement de regroupement des établissements de santé privés. Cette gouvernance devait associer l'ensemble des « équipes médicales, des élus et de représentants d'usagers »<sup>21</sup>.

Ce vœu reprenait les orientations développées dans le rapport Hubert et Martineau de 2016<sup>22</sup>, à la fois sur la stratégie de groupe et sur la nécessité de mettre en place « une gouvernance inspirée de celle des hôpitaux »<sup>23</sup> (orientation n°2). La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a ainsi imposé la création d'un comité stratégique (CoStrat), d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), d'un collège médical de groupement, d'un comité territorial des élus locaux (COTEL), d'une conférence territoriale de dialogue social (CTDS) et d'un comité des usagers de groupement.

Afin de permettre l'adaptation de la gouvernance aux réalités locales, la loi de 2016 a respecté l'une des conditions posées par le rapport Hubert et Martineau pour la réussite

---

<sup>20</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT mode d'emploi : 15 points clés*, 2016, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght\\_vademecum-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum-2.pdf)

<sup>21</sup> Ibid 21, 1.

<sup>22</sup> Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, *Mission Groupement Hospitalier de Territoire. Rapport de fin de mission*, février 2016, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_mision\\_hmdefmodifsddefv150316.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mision_hmdefmodifsddefv150316.pdf)

<sup>23</sup> Ibid 23, 13.

des groupements : le « principe de gouvernance personnalisable »<sup>24</sup>. Ainsi, les GHT étaient contraints *a minima* de mettre en place chacune de ces instances. Ils pouvaient toutefois prévoir la création d'une instance médicale ou des usagers unique au sein du GHT. Ils bénéficiaient également d'une certaine liberté dans la création de nouvelles instances ou dans l'octroi de nouvelles missions ou de nouveaux membres à ces instances. Les degrés de coopération entre établissements publics de santé étant différents dans chaque territoire, il était nécessaire qu'une harmonisation minimale soit imposée sans freiner les coopérations plus avancées déjà mises en place sur d'autres territoires.

Une des interrogations concernant cette stratégie de groupe imposée est de savoir si elle a pour finalité de préparer la mise en place d'une direction commune ou d'une fusion des établissements membres d'un GHT. Selon Catherine Keller, le GHT a pour objectif « de jure et de facto la fusion des établissements publics de santé en un seul ensemble hospitalier public territorial »<sup>25</sup>. Le nombre de nouvelles fusions ou directions communes s'est accéléré en 2016 et 2017 mais il est en baisse depuis<sup>26</sup>. Toutefois, la notion de stratégie de groupe implique un mouvement inéluctable et progressif de rapprochement des hôpitaux d'un même groupement et alimente le débat sur la personnalité morale des GHT.

Ce fait semble être validé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de 2019, dite « Ma Santé 2022 »<sup>27</sup>. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les commissions médicales de groupement doivent être installées, ne laissant plus la liberté d'installer soit une commission soit un collège médical selon le degré de coopération voulue par les établissements. En outre, elle inscrit dans la loi la possibilité pour les groupements d'élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel (PGFP) uniques et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) unique.

### **La création d'une stratégie de groupe en s'appuyant sur la fonction achat**

La loi de 2016 a repris également l'orientation du rapport Hubert et Martineau concernant la fonction achat : « englober, dans la mise en place de la fonction achat, l'ensemble de la

---

<sup>24</sup> Ibid 23, 37.

<sup>25</sup> Catherine Keller, Guillaume Le Duff, Théo Piolin, Céline Schnebelen, Pirathees Sivarajah, « GHT ; le droit à l'épreuve de la réalité hospitalière », Gestions hospitalières, février 2020, <http://gestions-hospitalieres.fr/ght-le-droit-a-lepreuve-de-la-realite-hospitaliere/>

<sup>26</sup> Claude Dagorn, Dominique Giorgi, Alain Meunier, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers des territoires (GHT)*, Rapport – Tome I, Inspection générale des affaires sociales, décembre 2019, 62 et 63. [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r\\_tome\\_i\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf)

<sup>27</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

chaîne achat pour tous les segments d'achat »<sup>28</sup>. Ainsi, le Code de la Santé Publique dispose que l'établissement support assure la fonctions achat pour le compte des établissements partie au groupement<sup>29</sup>. La mutualisation de la fonction achats ne se limite pas uniquement à la définition d'une politique et d'une stratégie d'achat pour le groupement. Elle s'étend jusqu'aux activités d'approvisionnement, sauf produits pharmaceutiques<sup>30</sup>.

Si, dans le rapport Hubert et Martineau, il était indiqué à ce sujet que la définition d'une stratégie d'achat ne signifiait pas que l'établissement support exécutait l'ensemble des marchés, la loi de 2016 octroie *a minima* un droit de regard à l'établissement support sur tous les achats effectués par les établissements membres du groupement.

La mise en œuvre des groupements s'est donc appuyée sur un levier important pour initier une stratégie de groupe, la fonction achat structurant le fonctionnement quotidien d'un établissement jusqu'à son développement à long terme.

### **La gradation de la prise en charge des patients sur un territoire**

L'objectif premier de la création des GHT est « de mettre en œuvre une stratégie territoriale 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 »<sup>31</sup>. L'intérêt est d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population et permettre une prise en charge graduée des patients à travers des parcours territoriaux de soins structurés.

La véritable pierre angulaire des groupements est, dans les textes, le projet médical partagé. Il définit les orientations stratégiques de prises en charge des patients sur le territoire de groupement. Il s'accompagne du projet de soins partagé, versant paramédical du premier projet. Il identifie notamment les filières de prise en charge à structurer ou à développer à l'échelle du groupement et avec les autres acteurs de la santé du territoire ou avec le CHU associé au GHT. Il peut accompagner la création de pôles inter-établissements, l'organisation commune des activités médico-techniques ou le développement de consultations avancées ou en télémédecine de praticiens entre les établissements du groupement.

---

<sup>28</sup> Ibid 23, 24.

<sup>29</sup> Article L.6132-3-I-3 du Code de la Santé Publique.

<sup>30</sup> Article R.6132-1 du Code de la Santé Publique

<sup>31</sup> Ibid 21, 2.

## La convergence progressive de la gestion des ressources humaines

La thématique des ressources humaines, médicales ou paramédicales, n'a été que peu abordée par la loi de 2016. Elle prévoit qu'au sein du GHT soient coordonnés les « instituts et [...] école de formation paramédicales et [les] plans de formation continue et de développement professionnel continue »<sup>32</sup>. Ainsi, la création de la stratégie de groupe ne s'appuie pas sur un rapprochement de la gestion des ressources humaines comme sur celles de la fonction achat.

Les domaines de coopération identifiés dans la loi ont toutefois des conséquences sur la gestion des ressources humaines, que ce soient le projet médical et de soins partagés, les instances de groupement ou la coordination des plans de formation. En outre, la loi de 2019 prévoit que la gestion des ressources humaines médicales constitue la cinquième mission dévolue obligatoirement à l'établissement support du GHT. Elle doit être mise en place à partir de 2021.

### 1.1.2. A l'échelle nationale, la mise en place des GHT a accéléré les coopérations même si leur bilan est mitigé et dépendant du contexte local

#### **Gouvernance : respect du socle commun et « variations territoriales »<sup>33</sup>**

Les différents bilans des GHT effectués démontrent que la mise en place de la gouvernance des groupements s'est faite dans le respect des intentions du législateur. Ainsi, les instances obligatoires ont été créées, sauf rares exceptions. Elles ont même servi de régulateur institutionnel en cas de dissensions au sein des GHT. Les instances au format optionnel ont été également mises en place avec une préférence pour les instances non-intégratrices. A titre d'exemple, 82% des GHT ont mis en place un collège médical en 2016 contre seulement 18% pour les commissions médicales de groupement<sup>34</sup>.

Les GHT ont fait usage du principe de « gouvernance personnalisable » en créant des instances *ad hoc* de coopérations (ex. Codir ou cellule opérationnelle de GHT). Certains ont élargi la participation aux instances à de nouveaux membres (ex. association des élus au Contrat de GHT) ou ont octroyé des missions supplémentaires à des instances du groupement (ex. mission d'information des projets d'aménagement du territoire au Cotel).

---

<sup>32</sup> Article 6132-2 CSP

<sup>33</sup> Catherine Keller et al., « GHT : le droit à l'épreuve de la réalité hospitalière ».

<sup>34</sup> Ibid 33.



Ces instances ne sont pas toutes autant mobilisées. Dans son rapport de 2019<sup>35</sup>, l'IGAS indique que le Costrat constitue l'instance motrice des groupements. Les collèges ou commissions médicaux ainsi que les CSIRMT sont réunies fréquemment. Elles sont indispensables au bon fonctionnement du GHT mais leur utilité varie fortement selon les GHT. Le Cotel, le CTDS et le CDU de groupement sont très peu réunis. Leur mobilisation est qualifiée d'insuffisante par l'IGAS. Pourtant, l'association des élus, des représentants du personnel et des usagers est essentielle pour développer une stratégie territoriale et globale de l'offre de soins. Ainsi, le cadre institutionnel des GHT reste inabouti et lourd pour les établissements, notamment lorsque leurs instances se superposent à celles du groupement.

La gouvernance dépend également du contexte territorial. Elle est sujette à des « variations territoriales »<sup>36</sup> selon l'histoire du territoire et des relations entre les établissements, eux-mêmes, et les autres acteurs locaux.

Le périmètre de certains GHT reste contesté par les établissements ou les élus locaux. Cette question était centrale dans le rapport Hubert et Martineau. Ils affirmaient que les territoires devaient être définis selon des critères de proximité et de recours et dans le respect de l'histoire du territoire. Ils constituaient des conditions *sine qua none* pour la réussite des GHT. Le périmètre des GHT est aujourd'hui très variable – départemental (30%), supra 30%) ou infra-départemental (40%) – comme son bassin de population – entre 200 et 500 000 habitants (50%), plus de 500 000 (37%) et moins de 200 000 (15%). Ils sont composés entre 1 et 18 établissements, la moyenne étant entre 3 et 7 établissements par GHT.

Aussi, se pose la question de l'atteinte de la masse critique pour la gradation de la prise en charge et la mutualisation de fonctions. En conclusion de son rapport, l'IGAS indique que la création des GHT n'a pas permis la résolution des situations problématiques. Malgré le GHT, des dissensions entre établissements perdurent et des ajustements semblent nécessaires. Les groupements, trop grands ou trop petits, se gouvernent difficilement, en particulier les trop petits. Ils sont souvent composés d'établissements à l'indépendance et à l'identité revendiquées, voyant dans le GHT une perte d'autonomie. Ces GHT sont souvent soumis à une forte concurrence avec l'offre privé ou les établissements publics de GHT limitrophes. Ainsi, ces groupements n'ont pas atteint une masse critique permettant de résoudre les problèmes de gouvernance et d'attractivité médicale et d'accumuler des moyens suffisants pour développer une offre de soins territoriale.

---

<sup>35</sup> Ibid 26.

<sup>36</sup> Catherine Keller et al., « GHT ; le droit à l'épreuve de la réalité hospitalière ».

## **Une mutualisation en cours de la fonction achat au sein des GHT**

Le bilan de la mutualisation de la fonction achat est meilleur que celui de la gouvernance. Cette relative réussite est due au développement des coopérations inter-établissements depuis plusieurs décennies dans le domaine des achats. Il est le « premier domaine de coopération historiquement repéré au sein des hôpitaux publics »<sup>37</sup>. La mutualisation interne au GHT constitue la suite logique au mouvement de création des groupements d'achats départementaux puis régionaux et nationaux.

Selon l'IGAS, cette mutualisation a permis le recours croissant des établissements de taille moyenne ou petite aux opérateurs nationaux auxquels ils n'avaient pas accès auparavant. Les droits d'entrée pouvaient être prohibitifs pour ces établissements. L'adhésion unique par le GHT leur a permis d'accéder à de nouveaux réseaux d'achat et d'opérer des économies.

Sur ce sujet, l'IGAS indique toutefois que certains établissements éprouvent un « sentiment de perte d'autonomie », l'établissement support ayant des droits paraissant exorbitants sur la politique des établissements membres. En outre, certains constatent une détérioration de la qualité du service et des difficultés à maintenir les approvisionnements en circuit court. Ces phénomènes s'expliquent à la fois par l'éloignement de l'acheteur du terrain et de la tendance à l'augmentation des volumes achetés, inhérente à toute mutualisation. Ainsi, les producteurs locaux ne peuvent plus répondre aux nouveaux appels d'offre.

## **Un développement lent et inabouti de parcours de soins territoriaux**

Aujourd'hui, seul 58% des GHT dispose formellement d'un projet médical et de soins partagé<sup>38</sup>. Devant être au cœur des GHT, les PMSP ont finalement du mal à aboutir, une stratégie commune globale étant difficile à définir.

Parmi les projets mis en œuvre, le nombre de filières est élevé (11 en moyenne) et une approche populationnelle est souvent mise en avant. Toutefois, ces projets ont des portées effectives inégales selon le degré d'implication des établissements. Ils sont également souvent centrés sur le secteur sanitaire et hospitalier, même si les établissements médico-sociaux, souvent des EHPAD, sont de plus en plus associés à ces projets.

---

<sup>37</sup> Ibid 27, 48.

<sup>38</sup> Catherine Keller et al., « GHT ; le droit à l'épreuve de la réalité hospitalière ».

Si un bilan des PMSP est difficile à établir, les GHT ont initié le dialogue entre établissements sur le sujet des filières de soins. En outre, les établissements s'ouvrent de plus en plus au secteur médico-social et aux professionnels libéraux. La logique des GHT est certes celle d'une stratégie de groupe public hospitalier et non de l'ensemble des acteurs de santé du territoire. La création des groupements a toutefois le mérite de questionner globalement sur les parcours de soins. Le GHT a permis de renouveler sur ces sujets le dialogue et les coopérations à l'échelle territoriale.

### **La gestion des ressources humaines, un projet souvent encore expérimental**

La gestion des ressources humaines au sein des groupements n'a pas été choisie comme un levier de développement des coopérations en 2016. Elle est indirectement présente dans les coopérations initiées depuis leur création. Le sujet des ressources humaines médicales est abordé dans la plupart des projets médicaux partagés. Il est essentiellement développé sous l'angle des temps médicaux partagés et des équipes médicales de territoires. Il l'est en revanche très peu sous celui des pôles inter-établissements, aboutissement des logiques territoriales en œuvre.

La gestion des ressources humaines est rarement partagée au sein des groupements. Les exemples existants sont nés sous la contrainte d'une direction commune ou d'un manque d'attractivité et de difficultés de recrutement, incitant à développer des politiques à l'échelle territoriale pour limiter la concurrence entre établissements. Elles peuvent également répondre à un besoin de limiter la concurrence avec les établissements de santé privés.

Dans l'optique de la gestion des ressources humaines médicales par l'établissement support, des expérimentations sont en cours dans certains groupements où la coopération est plus avancée. A titre d'exemple, le GHT Cœur Grand Est<sup>39</sup> a développé une politique partagée de gestion des affaires médicales. Ces coopérations sont souvent mises en œuvre au sein d'établissement en direction commune pour établir des stratégies d'attractivité et de recrutement communes en lien avec les bassins de vie et dans la logique de création d'équipes médicales de territoires.

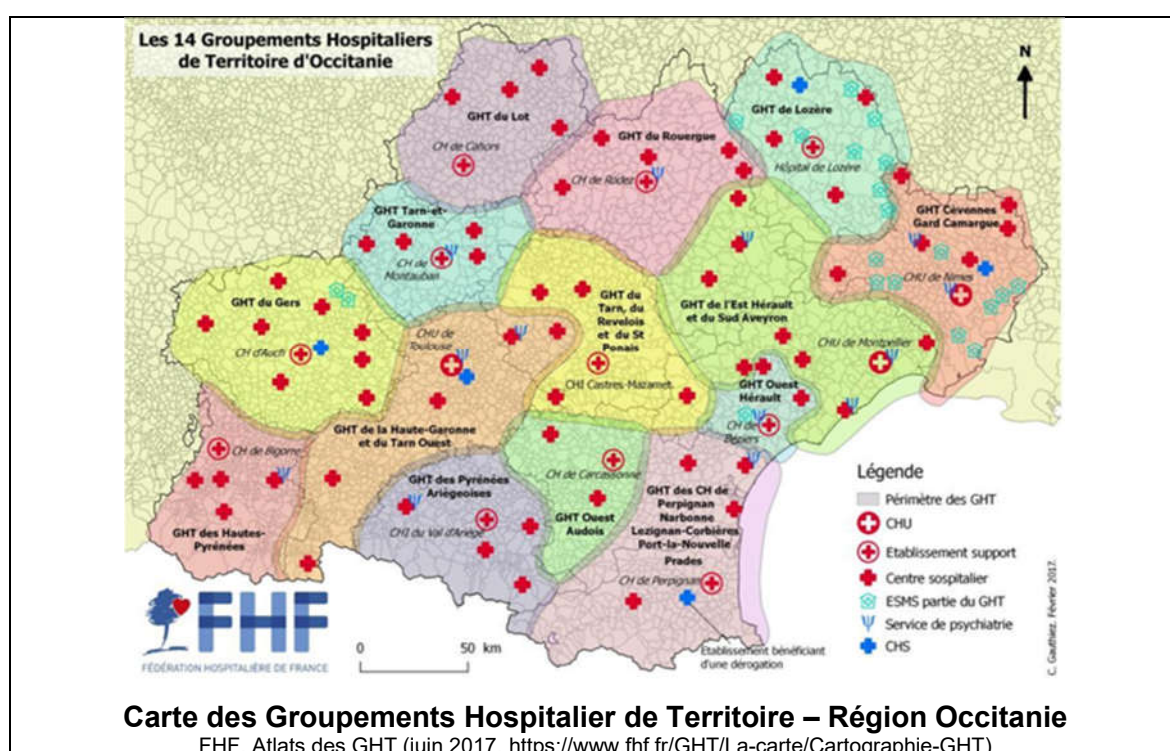
---

<sup>39</sup> Geoffroy Lang, « GHT Cœur Grand Est : une direction territoriale des affaires médicales pour « lever tous les freins à la mobilité » », *APM News*, 14 octobre 2019, [apmnews.com/nlstory.php?objet=341981](http://apmnews.com/nlstory.php?objet=341981)

1.1.3. Dans un environnement local peu propice aux coopérations, le GHT Ouest audois a initié et développé les échanges entre les établissements publics de santé du territoire

### Le GHT Ouest Audois recouvre un bassin de vie cohérent soumis à des forces centripètes

Le groupement hospitalier de territoire Ouest Audois est le GHT comptant le moins d'établissement membre de la région Occitanie et de France. Il se compose de trois établissements publics de santé : le Centre Hospitalier de Carcassonne, de Castelnaudary et de Limoux.



Ces établissements ont des profils variés. Les établissements de Castelnaudary et de Limoux sont des deux hôpitaux de proximité et le CH de Carcassonne est un établissement MCO. Leurs activités sont complémentaires et induisent des rapports de force.

	CH Carcassonne	CH Castelnaudary	CH Limoux
Activités	MCO (496) USLD / EHPAD	Médecine (25) SSR / USLD / SSIAD / EHPAD	Médecine (42) / SSR / EHPAD / SSIAD
Capacité	796	268	321
Personnel	Env. 2000	Env. 250 agents	Env. 400
Budget	Env. 150 M euros	Env. 50 M	Env. 66 M



A dimension infra-départementale, il ne couvre que la partie occidentale du département de l'Aude. Les hôpitaux de la façade orientale et littorale de l'Aude – CH de Narbonne, Lézignan-Corbières et Port-la-Nouvelle – sont rattachés au GHT Aude-Pyrénées dont le CH de Perpignan est l'établissement support. Lors des entretiens, ce découpage a souvent été critiqué. Pour certains, il ne permet pas au GHT Ouest Audois d'atteindre la masse critique. Il devrait *a minima* inclure le CH de Lézignan-Corbières voire intégrer tous les établissements audois. Pour d'autres, le bassin de vie chaurien se déverse plus vers Toulouse que Carcassonne. Le CH de Castelnaudary devrait donc être rattaché au GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest dont le CHU de Toulouse est établissement support.

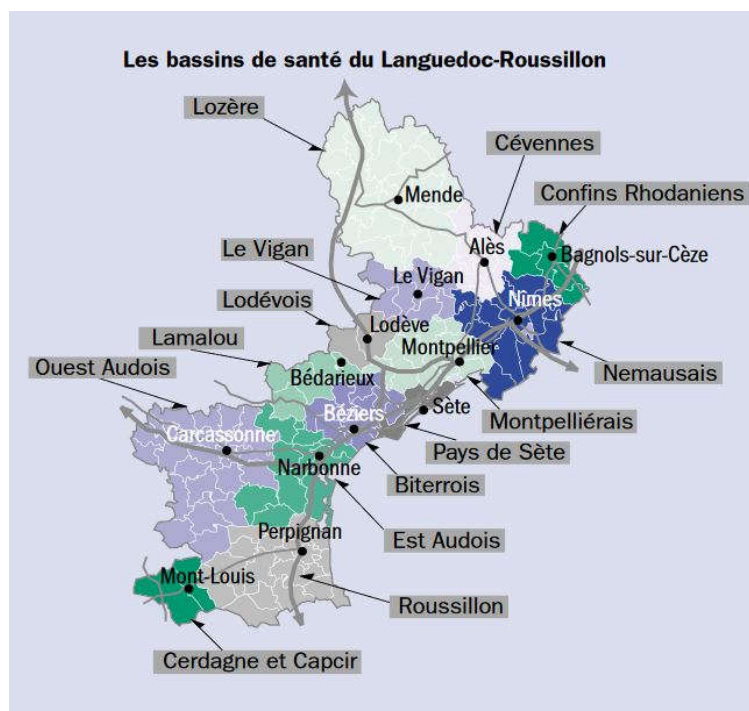
Le département de l'Aude est constitué de territoires aux identités fortes et revendiquées, se nourrissant des disparités et particularismes locaux. Le Carcassonnais revendique son identité, symbolisée par la cité médiévale, quand le Limouxin revendique son rattachement à la Haute Vallée et le Lauragais, dont fait partie Castelnaudary, sa proximité avec Toulouse. Le Narbonnais a vu sa spécificité reconnue dans le tracé des GHT.

Le territoire couvert par le GHT Ouest Audois réunit un territoire cohérent, réunissant trois bassins de vie : le Carcassonnais, le Chaurien et le Limouxin.

Ville chef-lieu de département, Carcassonne est le cœur administratif, politique et géographique de l'Aude. Son éloignement d'avec le littoral n'en fait toutefois pas le poumon économique du département, incarné par Narbonne, situé sur le littoral et sur l'axe Montpellier-Barcelone. Pour ces raisons, les CH de Carcassonne et de Narbonne n'ont pas été réunis dans le même GHT. Pourtant, ils ont en commun le territoire situé entre eux deux, le Lézignanais.

Le territoire Ouest Audois, bien que cohérent, est soumis à des forces centripètes, vers le littoral et la métropole toulousaine. Sur l'axe Toulouse-Méditerranée, le bassin de

vie de Carcassonne et, encore plus, celui de Castelnaudary sont orientés vers Toulouse. D'ailleurs, bien que l'Aude appartienne à l'ex-région Languedoc-Roussillon, le GHT Ouest Audois est rattaché au CHU de Toulouse. Des liens historiques sont tout de même maintenus avec le CHU de Montpellier, notamment entre praticiens hospitaliers. A l'origine, le GHT devait être rattaché au deux CHU.



Emmanuel Vigneron, « Les bassins de santé. Concept et construction », p. 42.

Le GHT Ouest Audois réunit des territoires aux dynamiques différentes, aux identités fortes et peu propice aux coopérations locales.

La ville de Castelnaudary connaît un relatif renouveau économique grâce à la création de la région Occitanie. La nouvelle région a permis le rapprochement des élus de Castelnaudary de ceux de la métropole toulousaine, intégrant Castelnaudary dans la zone d'influence toulousaine. Elle a permis l'installation de nouvelles entreprises sur le territoire chaurien. Ainsi, la démographie chaurienne se stabilise (+290 habitants en 10 ans pour 11 598 habitants en 2017)<sup>40</sup> quand celle de Carcassonne chute (-1 589 en 10 ans pour 46 031 habitants en 2017)<sup>41</sup>. Le territoire de l'agglomération chaurienne est également plus dynamique (+7,1%)<sup>42</sup> que celui de Carcassonne (+5,1%)<sup>43</sup> ou de Limoux (+3,9%)<sup>44</sup> sur les

<sup>40</sup> INSEE, Dossier complet. Intercommunalité-Métropole de CC Castelnaudary-Lauragais Audois, 26 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200035855>

<sup>41</sup> INSEE, Dossier complet. Intercommunalité-Métropole de CA Carcassonne Agglo, 29 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200035715>

<sup>42</sup> Ibid 40.

<sup>43</sup> Ibid 41.

<sup>44</sup> INSEE, Dossier complet. Intercommunalité-Métropole CC du Limouxin, 26 juin 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200071926>

dix dernières années. De même, le bassin chaurien est le seul ayant vu son taux de chômage diminuer (-0,6% entre 2012 et 2017 contre +1,7% pour le Carcassonnais et +0,3% pour le Limouxin)<sup>45</sup>.

La revendication de ces particularismes locaux et l'existence de disparités entre territoires n'ont pas permis, dans le passé, de tisser de liens forts entre ces territoires. Le GHT a contraint ses territoires et leurs établissements de santé à développer des coopérations. Certaines coopérations ont été établies dans le passé, entre les établissements du groupement et y compris avec les autres professionnels du territoire. A titre d'illustration, le GCS Ouest Audois en soins palliatifs réunit de nombreux acteurs (CH, cliniques, ESPIC, réseau département de médecine de ville en soins palliatifs...) depuis plusieurs années et constitue un exemple de coopération dans le domaine en Occitanie. Toutefois, il n'a pas permis d'initier une véritable dynamique de coopération sanitaire dans l'Ouest Audois, restant un territoire peu propice aux coopérations territoriales, y compris hors domaine sanitaire.

### **Une gouvernance structurée par les principes de subsidiarité et d'association entre établissements membres**

La gouvernance du GHT Ouest Audois repose sur quatre principes, édictés dans l'article 2 de sa convention constitutive :

- Equité et partage : la réussite du GHT ne peut reposer que sur la complémentarité des établissements et non une hiérarchie entre eux.
- Subsidiarité : la mutualisation des moyens ne se fait que dans l'intérêt de tous.
- Association : le GHT doit se faire dans la recherche du partage des responsabilités.

L'article 3 dispose également que « le GHT ne peut faire fi de l'environnement et du contexte spécifique à chaque établissement ».

Concernant les instances de gouvernance, elles sont au nombre de cinq (Costrat, collège médical, CSIRMT, CDU et Cotel). Les spécificités sont :

- La participation au Constrat du DIM de territoire, fonction exercée par le DIM du CH de Carcassonne ;
- La présidence tournante du collège médical tous les 16 mois lors des quatre premières années du GHT, par un des présidents des CME des établissements membres ;

---

<sup>45</sup> Ibid 45.

- L'ajout d'une mission aux élus du Cotel, d'information des membres des projets d'aménagement du territoire pouvant avoir un impact sur les projets du GHT ou des établissements membres.

Les constats en matière de réunion et de mobilisation des instances du GHT effectués par l'IGAS en 2019 peuvent être appliqués à Carcassonne. Les réunions de ces instances sont minimales, l'instance la plus mobilisée et la plus importante étant le comité stratégique.

Plusieurs acteurs du GHT constatent un manque de formalisation des échanges d'information entre les établissements et avec les acteurs associés aux instances. Les élus ne semblent pas être associés ou se mobiliser pour accompagner les travaux du GHT. A l'inverse, la CPAM 11 souhaite être associée à ces travaux et participée aux instances du groupement au même titre qu'elle participe aux conseils de surveillance des établissements.

### **Une mutualisation de la fonction achat dans le maintien d'une autonomie des établissements**

La convention de constitution du GHT Ouest Audois dispose de la mutualisation de la fonction achat au sein du groupement. La politique d'achat du groupement est proposée par le comité de coordination achat du GHT, présidée par le directeur des achats du CH de Carcassonne, dont sont membres les directeurs des achats des établissements membres et leurs collaborateurs. Cette politique est ensuite validée par le comité stratégique du GHT.

La convention constitutive prévoit le maintien du principe d'autonomie des établissements pour la majorité de leurs achats. Le principe est que les achats sont délégués aux directeurs des achats des établissements membres sauf rare exception (ex. achat d'un montant supérieur à 15 000 euros HT non-prévus dans le PPI ou sans crédits fléchés). Le maintien de cette autonomie s'explique par la différence des activités et donc des besoins entre l'établissement support et les établissements de Castelnaudary et de Limoux.

Cette autonomie s'explique également par l'existence d'une Plateforme Médico-Logistique (PML), rattachée juridiquement au CH de Carcassonne et constituant son principal fournisseur en matériels. Cette plateforme a été constituée sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) et a une vocation départementale, son nom étant Groupement Audois de Prestations Mutualisées (GAPM). La PML fournit également les deux autres établissements du GHT, notamment en produits pharmaceutiques. Ces



établissements ont choisi de diversifier leurs fournisseurs et une mutualisation trop forte de la fonction achat à l'échelle du GHT ferait *de facto* de la PML leur principal fournisseur.

### **Un projet médical et de soins partagé ambitieux, toujours en cours de réalisation**

Le projet médical partagé du GHT Ouest Audois définit cinq axes de travail :

- D'améliorer la démographie médicale ;
- De mutualiser les moyens (fonctions médico-techniques et équipes territoriales) ;
- D'organiser l'adressage et le suivi des patients inter-établissements et avec la médecine de ville ;
- De développer les parcours de soins en gériatrie ;
- D'organiser les soins non-programmés.

Le détail des filières à déployer est renvoyé à un projet de prise en charge partagé du patient (PPPP). Un avenant à la convention constitutive prévoit la création ou le développement de six filières de soins à l'échelle du groupement : soins non-programmés, consultations avancées, AVC, imagerie, oncologie et gériatrie. La coordination des actions de santé publique est à ajouter à cette liste.

Le PPPP n'a pas formellement été signé mais des filières sont déjà déployées ou en cours de déploiement. Des consultations avancées de gastro-entérologues et d'endocrinologues du Centre Hospitalier de Carcassonne dans les établissements de Castelnaudary et Limoux ont été développés. Sur le territoire Ouest Audois, une filière de prise en charge en mammographie est en cours de mise en œuvre. Au-delà du GHT, un parcours de prise en charge des AVC a été créé en lien avec le GHT des Pyrénées Ariégeoises. Une équipe territoriale des urgences, associant les trois établissements du GHT ainsi que le centre hospitalier de Narbonne, est également en train d'être déployée.

La mise en œuvre du projet médical et de soins partagés demeure lente à de nombreux égards. Toutefois, la création du GHT Ouest Audois a permis le rapprochement des équipes médicales, paramédicales et de direction. Ainsi, il a initié ou dynamisé des coopérations dans certains disciplines, les étendant même au-delà du territoire du groupement.

### **Sur le volet social, une coopération limitée**

Dès l'article 3 de la convention constitutive il est rappelé que, dans le domaine social, la coopération ne concerne que la formation continue. Au-delà, « un travail de concertation et de mise en commun de savoir-faire » sera mené dans le respect de l'autonomie des

établissements dans la gestion de leurs personnels. Dans les articles consacrés spécifiquement à ce sujet, il est ajouté que, y compris en matière de formation continue, le principe d'autonomie prévaut et que la coopération se limite à l'échange de bonnes pratiques et une collaboration si les établissements expriment des besoins communs. Cette coopération limitée en matière de ressources humaines est contradictoire avec les volontés affichées pour le projet médical partagé du GHT. En matière de démographie médicale, le PMP prévoit la définition et la mise en œuvre « [d'] une approche coordonnée du recrutement médical ».

Dans les faits, la gestion des ressources humaines reste du ressort de chaque établissement et aucune mutualisation n'est envisagée aujourd'hui. En outre, les professionnels paramédicaux de Castelnaudary ou de Limoux viennent rarement exercer sur le CH Carcassonne, à l'inverse du personnel médical et paramédical carcassonnais. En matière de ressources humaines, il existe toutefois deux sujets importants de coopération entre établissements : les praticiens hospitaliers carcassonnais assurant des consultations avancées et l'équipe – médicale et paramédicale – territoriale des urgences.

Les GHT font progresser les coopérations au sein des territoires, entre les établissements publics de santé et en lien avec les autres acteurs locaux de la santé. Leur bilan reste toutefois mitigé, les coopérations en place étant souvent dues à l'histoire locale plus qu'à la création des GHT. La personnalisation de la gouvernance a permis à certains GHT de limiter au minimum les coopérations et la volonté de créer une stratégie de groupe ne permet pas d'associer pleinement tous les acteurs nécessaires au développement d'une offre de soins territoriales globales. Le GHT Ouest Audois en est, sur certains points, un exemple.

Ainsi, les groupements ont été confrontés à la situation sanitaire exceptionnelle de la CoVid 19 alors qu'ils n'avaient pas tous le même niveau de maturité. En outre, leur périmètre ne correspondait parfois à aucun échelon de coordination ou de gestion de crise. Pourtant, ils constituent ou ont vocation à constituer l'échelon pertinent d'organisation de l'offre de soins hospitaliers.

## **1.2 L'échelle départementale et de l'établissement sont privilégiées pour la gestion de crise**

### 1.2.1 La région et le département restent les échelons privilégiés par les Agences Régionales de Santé pour la coordination de crise

Selon le guide de 2019, il existe quatre échelons pour la gestion d'une crise sanitaire<sup>46</sup> :

- Le niveau national avec le ministère en charge de la santé en lien avec les ARS, les ministères de l'intérieur, des armées et d'autres ministères en fonction de la nature de l'évènement ;
- Le niveau zonal avec l'ARS, le préfet et le SAMU zonaux ;
- Le niveau régional avec l'ARS ;
- Le niveau départemental avec le préfet de département, le SAMU, le SDIS et les associations agréées de sécurité civile.

Les échelons de proximité de coordination et de gestion de crise correspondant aux strates d'organisation de l'administration déconcentrée de l'Etat : la région et le département.

### **La région, premier échelon territorial de coordination stratégique de la gestion de crise**

La coordination décentralisée de la gestion d'une crise sanitaire est assurée dans un premier temps à l'échelle régionale. Il s'agit du plus maillage le plus grand de l'organisation déconcentrée de l'administration d'Etat. En outre, ces administrations régionales sont, pour certaines, les tenants de l'autorité zonale dans leur domaine de compétence.

L'échelle régionale constitue la première échelle d'intervention en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Le guide méthodologique de préparation au risque épidémique CoVid 19 prévoit que l'organisation de la réponse sanitaire « repose sur le plan ORSAN REB élaboré et mise en œuvre par chaque ARS »<sup>47</sup>. Ce guide reprend l'instruction du 27 juin 2013<sup>48</sup> qui dispose que l'ARS constitue « [l'] échelon décisionnel pour la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ». En outre, la cellule de gestion de crise, constituée dans chaque ARS, « assure les fonctions d'appui et de pilotage du secteur sanitaire au profit des directeurs généraux d'ARS, d'ARS de zone et des préfetures concernées ».

---

<sup>46</sup> Ibid 2, 17.

<sup>47</sup> Ibid 2.

<sup>48</sup> Ibid 1.

Sur le volet opérationnel, la réponse à une crise sanitaire nécessite la définition d'établissement de santé de référence, de première et deuxième ligne. Selon le guide de 2019, les établissements de première ligne doivent :

- Disposer d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique chirurgical ; et/ou
- Avoir la qualité d'établissement « expert » i.e. doté d'un plateau technique hautement spécialisé.
- Pour certaines crises, sont qualifiés d'établissement de référence de première ligne les établissements situés à proximité de sites à haut risque dits SEVESO<sup>49</sup>.

De nombreux établissements publics de santé répondent aux premiers critères, notamment dans les zones urbaines. Toutefois, le critère d'établissement expert correspond principalement aux CHU ou CHR. Ainsi, dans le cadre de la gestion de la crise de la CoVid 19, les 38 établissements désignés<sup>50</sup> comme étant de première ligne étaient, sauf cinq exceptions, des CHU ou CHR. En outre, les critères fixés par le guide méthodologique<sup>51</sup> renvoyaient uniquement à ce type d'établissement.

### **Le département, échelon de coordination opérationnelle sur les territoires en situation de crise**

Le département demeure également un échelon important dans la réponse à une crise sanitaire. Il constitue le maillage le plus fin de l'organisation de l'administration territoriale de l'Etat (préfecture ou délégation territoriale de l'ARS) et des services sanitaires, comme le SAMU. Pour la gestion d'une situation de crise, il est prévu par le Code de la Santé Publique<sup>52</sup> une représentation de l'ARS dans chaque département. Un protocole doit être établi entre chaque préfet de département et directeur général d'ARS pour définir les modalités de participation de l'ARS au centre opérationnel départemental (COD). Cette représentation est généralement assurée par le délégué départemental de l'ARS.

Le département correspond également au rayonnement des établissements pouvant être désignés comme de deuxième ligne en SSE, sollicités en cas d'engorgement de l'échelon

---

<sup>49</sup> En application des directives européennes SEVESO 1 (82/501/CEE), SEVESO 2 (96/82/CE) et SEVESO 3 (2012/18/UE)

<sup>50</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, *Préparation au risque épidémique CoVid-19*, 2020, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_methodologique\\_covid-19-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf)

<sup>51</sup> Ibid 50, 9. « *au regard de leurs capacités de prise en charge bio sécurisée-chambre d'isolement de haute sécurité en service de maladies infectieuses ou de réanimation, et des capacités de diagnostics virologiques* »

<sup>52</sup> Article R.1435-4 du Code de la Santé Publique

régional. Le guide méthodologique pour la crise de la CoVid 19 indique que les critères pour être établissements de seconde ligne sont :

- La présence d'une unité d'infectiologie ou de lits dans une autre unité de soins avec prise en charge des patients sous la responsabilité d'un infectiologue sénior ;
- La présence de chambres permettant l'isolement des patients ;
- La présence d'un laboratoire de biologie médicale permettant d'assurer la biologie courante.

Ces critères font référence explicitement à des établissements à rayonnement départemental. Toutefois, dans de nombreux départements, plusieurs établissements publics de santé peuvent répondre à ces critères. Dans l'Aude, les CH Carcassonne et de Narbonne remplissent ces critères.

### 1.2.2 Département ou GHT : quelle maille pour une gestion territoriale de la crise de la CoVid 19 ?

#### **Au moins un établissement de référence de première ou deuxième ligne par département**

Le 23 février 2020, Olivier Véran a affirmé que, dans le but d'assurer une prise en charge de proximité des patients pendant la pandémie, « tous les départements de métropole disposeront d'au moins un centre hospitalier capable d'accueillir les malades et de les prendre en charge du début à la fin »<sup>53</sup>.

La logique ainsi définie par le ministère des Solidarités et de la Santé était que, dans chaque département, il y ait au moins un établissement de référence. Le premier critère a été de désigner les établissements sièges d'un centre 15.

#### **Dans le cadre de la crise, une hésitation entre la maille GHT et départementale**

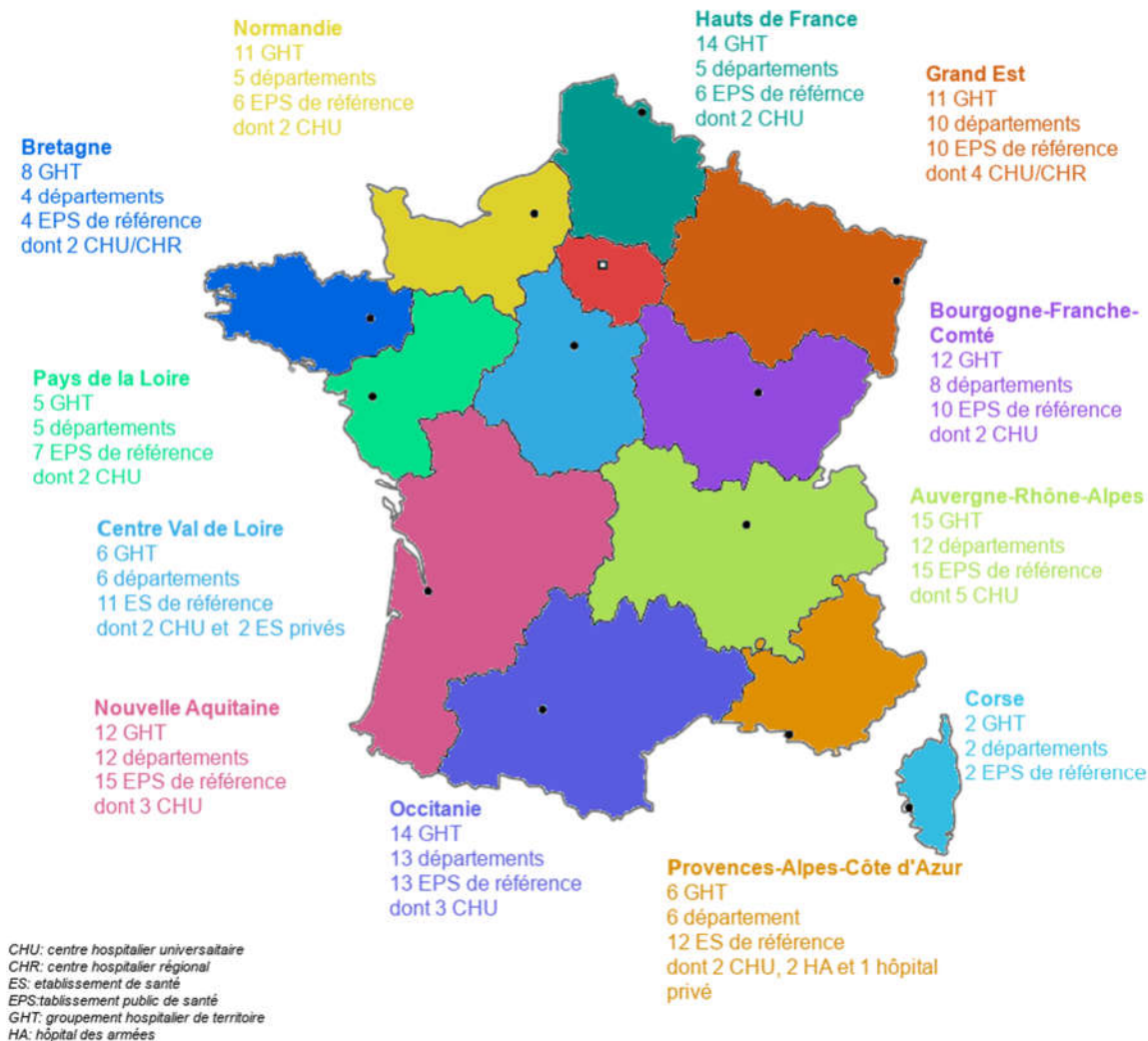
Pour mobiliser l'ensemble des établissements de santé en capacité de prendre en charge des patients CoVid, notamment en réanimation et en infectiologie, des établissements de santé ont été mobilisés sans être siège de SAMU. En outre, alors que les GHT ont été créés pour organiser une stratégie de groupe et devenir le maillon de proximité d'organisation des

---

<sup>53</sup> « Coronavirus : soixante-dix hôpitaux supplémentaires vont être « activés » en France », le Monde, 23 février 2020, [https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/02/23/coronavirus-70-hopitaux-supplementaires-vont-etre-actives-en-france\\_6030566\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/02/23/coronavirus-70-hopitaux-supplementaires-vont-etre-actives-en-france_6030566_3244.html).

soins hospitaliers, leurs établissements supports n'ont pas forcément tous été désignés comme établissement de référence.

### Carte des établissements de santé de référence (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> ligne) désignés par les ARS pour la gestion de la crise de la CoVid 19



Cette carte a été établie à partir des arrêtés et communiqués de presse des ARS pour la définition des établissements de référence, première et deuxième ligne, dans la gestion de la crise sanitaire de la CoVid 19.

Le premier enseignement de cette carte est que la logique a été différente selon les régions et que les ARS ont adapté les critères aux besoins de leur territoire.

Le deuxième enseignement est que le principe d'un établissement de référence par département a été respecté. Toutes les régions possèdent au moins autant d'établissement de référence que de départements. Ainsi, tous les établissements à dimension départementale, siège de centre 15, et régionale ont qualité d'établissements de référence.

Toutefois, le département n'a pas été le plus petit maillage choisi par les ARS. Pour certaines, elles ont choisi des établissements ayant une dimension infra-départementale, desservant un bassin de vie ne correspondant pas au périmètre départemental. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a désigné autant d'établissement de référence que de GHT et non que de département. De même, en Bourgogne-Franche-Comté, tous les établissements supports – sauf deux exceptions – ont été mobilisés en tant qu'établissement de référence. A l'inverse, les ARS du Grand Est, de Corse, de Bretagne, d'Occitanie ont qualifiés uniquement les établissements sièges de centre 15 comme établissements de référence. L'ARS Grand Est a d'ailleurs identifié le CH de Chaumont – membre du GHT 21-52 – comme établissement de référence sans qu'il soit établissement support de GHT.

D'autres ARS – Pays de la Loire, Hauts de France ou Normandie – ont défini, dans les départements disposant d'un CHU ou d'un CHR, un second établissement de référence, souvent doté d'un service de réanimation et d'infectiologie. Ainsi, étaient mobilisés tous les moyens utiles en cas d'engorgement des CHU ou CHR. Dans son communiqué de presse, l'ARS Normandie cite explicitement l'ensemble des établissements supports de GHT comme mobilisable en cas de besoin. L'ARS Nouvelle Aquitaine a mobilisé l'ensemble des CH disposant d'un service de réanimation et a exclu de la liste deux établissements pourtant siège de SAMU – Guéret et Tulle – dont un n'avait pas de service de réanimation.

La logique retenue pour définir les établissements de référence, en première ou deuxième ligne, oscille entre le département et le GHT. Le GHT est privilégié lorsque son établissement support est siège de SAMU et dispose d'un service de réanimation. Toutefois, cette échelle ne correspond pas à celle de l'organisation de l'administration territoriale de l'Etat, chargée d'assurer l'application de la stratégie nationale et régionale de gestion de crise. La définition de deux établissements de référence dans un département a parfois compliqué la coordination pour la délégation territoriale de l'ARS ou la préfecture.

### **La difficile mise en cohérence des logiques de déconcentration et de décentralisation**

La différence de maillage entre régions s'explique évidemment par le principe de traduction régionale des stratégies et directives nationales par les ARS. Elles ont considéré les réalités locales.

Une autre explication est le manque de mise en cohérence de l'organisation hospitalière publique et des administrations publiques d'Etat et des collectivités territoriales. La réorganisation de l'offre hospitalière a suivi le mouvement de décentralisation et de

déconcentration de l'Etat, dans la logique de territorialisation des services publics. Toutefois, les réformes territoriales et hospitalières ont été menées de manière dissociée. Jacques Bringer critique que « les réformes territoriales n'intègrent à aucun moment la moindre référence de mise en cohérence ou de recherche de synergie avec l'organisation hospitalière publique et réciproquement »<sup>54</sup>. Selon lui, « l'organisation territoriale hospitalière et celle du territoire de la République se déploient donc parallèlement sans souci de mise en cohérence »<sup>55</sup>.

Les services publics du domaine de la santé sont partout un élément important de l'aménagement du territoire, tant pour assurer la qualité de vie de la population que pour l'attractivité d'un territoire. Selon le rapport de l'Observatoire des Territoires de 2014<sup>56</sup>, la santé est le second facteur de satisfaction des Français, après le revenu et les conditions de vie matérielles. La santé est pourtant rarement pensée comme un élément d'aménagement du territoire, au-delà de la question de la démographie médicale.

### 1.2.3 La gestion opérationnelle d'une crise sanitaire se prépare à l'échelle d'un établissement

La gestion opérationnelle d'une crise sanitaire relève aujourd'hui de la compétence de chaque établissement.

#### **Chaque établissement doit disposer d'un plan de mobilisation interne et d'un Plan Blanc**

L'article L 3131-7 du Code de la Santé Publique dispose que « chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles ». Cette obligation se matérialise par l'existence au sein de chaque établissement public de santé de deux plans, définis par le guide de 2019. En premier recours, un plan de mobilisation interne correspondant à la réponse à une situation de tensions hospitalières. Elle est engendrée par une incapacité conjoncturelle ou structurelle à faire face à une forte affluence de patients, en hospitalisation ou aux urgences, ou une carence en lits d'aval. En second recours, le plan blanc correspond à la

---

<sup>54</sup> Claudine Bergoignan-Esper, Jacques Bringer, Jean-Michel Budet, Emmanuel Vigneron, *Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé* (Paris, Berger-Levrault, 2019), 126.

<sup>55</sup> Ibid 54, 126.

<sup>56</sup> Observatoire des Territoires, *Qualité de vie, habitants, territoires*, 2014, <https://cget.gouv.fr/ressources/publications/qualite-de-vie-habitants-territoires-rapport-de-l-observatoire-des-territoires-2014>



réponse à une situation conjoncturelle exceptionnelle engendrant une hausse significative de la demande de soins ou une désorganisation de l'offre de soins. Il est engagé lorsque la mobilisation complète de l'établissement est nécessaire pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

L'article 3131-7 du CSP dispose, en outre, que ce plan permet au chef d'établissement de « mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement ». Ce pouvoir exorbitant permet notamment de rappeler des agents en dehors de leur temps de travail pour faire face à cette situation. Cette capacité appartient explicitement au chef d'établissement et non au directeur d'un GHT. Ainsi, dans les textes comme dans les faits, la gestion opérationnelle de la crise reste du ressort de l'établissement et non du GHT.

### **Peu de groupements ont déployé des plans de mobilisation à l'échelle des GHT**

Le guide de 2019 s'intéresse, avant tout, à la gestion de crise par les établissements. Toutefois, il indique à plusieurs reprises que l'échelle du GHT est pertinente, notamment en cas de manque de personnels, d'équipements ou de capacités d'hospitalisation. En organisant la mobilisation des moyens à l'échelle d'un territoire, il est possible de mutualiser les ressources humaines et matérielles permettant d'éviter ou de retarder l'engorgement des établissements.

Cette option, envisagée dans le guide de 2019, n'a pas connu un grand succès. Parmi les 9 GHT interrogés, seul un – les Hôpitaux Champagne Sud, en direction commune – a indiqué avoir mis en place un plan blanc de GHT. Aucun établissement n'a même rédigé une annexe de son plan blanc consacré à la coordination à l'échelle du GHT en SSE. Les établissements en direction commune ont également maintenu des plans de mobilisation spécifique à chaque centre hospitalier, même si leur rédaction a été coordonnée par la même direction générale.

Ainsi, en cas de tensions hospitalières ou de SSE, les établissements mobilisent individuellement leurs propres ressources. La coordination entre établissements, au sein du direction commune ou d'un groupement, n'intervient que dans un second temps et souvent dans un cadre informel.

#### 1.2.4 L'ampleur de la crise de la CoVid 19 a nécessité la mobilisation des établissements privés et professionnels libéraux de santé

Dès le début de la situation sanitaire exceptionnelle, les établissements privés de santé – cliniques ou ESPIC – ont été associés à la coordination régionale et à la gestion opérationnelle de crise par les ARS et les CHU.

#### **Des établissements privés ont été définis comme établissement de référence**

Des établissements privés de santé ont été définis comme établissement de référence de deuxième ou de troisième ligne. L'hôpital européen de Marseille a été désigné comme établissement de deuxième ligne par l'ARS PACA. D'autres ont été associés en tant qu'établissement de référence de troisième ligne. En plus de définir un établissement de référence par département, de première ou de deuxième ligne, des ARS ont recensé l'ensemble des établissements pouvant prendre en charge des patients atteints de la CoVid, notamment en réanimation. Ces établissements ont été inscrits sur la liste des établissements de troisième ligne pour la crise de la CoVid 19.

#### **Les cliniques et ESPIC ont été intégrés aux cellules de coordination**

Les établissements privés de santé, de manière individuelle ou par le biais de leurs représentants régionaux, ont été intégrés aux cellules de coordination régionale pendant la crise. Les représentants de la Fédération Hospitalière Privée et de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) ont été associés aux cellules de crise quotidiennes des ARS. De manière locale, ces établissements ont entretenu des liens étroits avec les établissements publics de leur territoire. A titre d'exemple, le CHU de Montpellier a créé une cellule de coordination des services de réanimation pour l'ensemble des établissements, publics ou privés, pour le territoire de la métropole montpelliéraine. Sur le bassin de santé albigeois, la Clinique Claude Bernard a été mobilisée pour prendre en charge des patients atteints de la CoVid en réanimation pour désengorger le service du CH d'Albi. Sur le bassin carcassonnais, des réunions quotidiennes étaient organisées entre le CH de Carcassonne et la Clinique Montréal. Cette dernière a pris en charge de nombreux patients atteints de la CoVid en Soins de Suite et Réadaptation. La mobilisation générale a également impliqué les professionnels de ville, pour désengorger les services d'urgence, ainsi que les laboratoires privés, pour mener de vastes campagnes de dépistage.

Si « les GHT semblent aujourd’hui au milieu du gué »<sup>57</sup> sur le plan opérationnel, ils le sont aussi sur le plan géographique. Ne se substituant pas aux établissements membres, ils ne sont pas la strate à laquelle est préparée la gestion opérationnelle de crise qui demeure l’établissement. N’étant pas calquée sur les périmètres administratif et politique, ils ne constituent pas – encore ou forcément – les interlocuteurs privilégiés pour coordonner une réponse en situation de crise. Limités aux établissements publics de santé, ils ne rassemblent pas l’ensemble des acteurs de santé d’un territoire. En situation de crise, tous les établissements et professionnels doivent être mobilisés pour graduer dans le temps et dans l’espace la réponse sanitaire.

Malgré les nombreuses limites des groupements, ils ont tout de même été mobilisés pendant la crise à des degrés différents selon leur nature et leur maturité.

---

<sup>57</sup> Ibid 54, 8.

## **2 La gestion de la situation sanitaire exceptionnelle de la CoVid 19 incite à renforcer le dialogue et les coopérations au sein des GHT et même au-delà**

### **2.1 La gestion de la crise de la CoVid 19 a contraint les établissements publics de santé à renforcer leurs coopérations avec les autres acteurs de santé**

#### **2.1.1 Pendant la gestion de crise, les Groupements Hospitaliers de Territoire sont devenus incontournables dans certains domaines**

#### **Le GHT est devenu un niveau de coordination de l'offre hospitalière publique, y compris pour la reprise de l'activité**

La plupart des centres hospitaliers a mis en place à l'échelle du groupement une cellule de coordination inter-établissement en complément de leur cellule de crise interne. La plupart des GHT n'ayant pas de plan blanc de groupement, ces cellules ont été créées *ad hoc* pour la crise. Les réunions, d'abord informelles, se sont rapidement structurées au début de la pandémie. Cette cellule réunissait en général la direction générale, le président de la CME, la direction des soins et des membres invités, souvent les médecins hygiénistes, infectiologues, réanimateurs ou urgentistes selon les sujets d'actualités. Cette cellule se réunissait *a minima* deux fois par semaine voire de manière quotidienne au plus fort de la crise. Ces réunions servaient en particulier à faire un point de situation sur l'activité liée au CoVid et les difficultés rencontrées par chaque établissement.

Les cellules de coordination semblent avoir été moins actives dans les GHT dont l'établissement support était un CHU. Le travail de coordination des CHU avait une vocation plus régionale que territoriale. A l'inverse, la cellule de crise d'un GHT en direction commune avait un rôle primordial. Le « comité stratégique plan blanc » des Hôpitaux Champagne Sud était l'instance de prise de décisions<sup>58</sup>. Cette cellule de crise se déclinait ensuite dans chaque établissement.

---

<sup>58</sup> Josiane Bils, Philippe Blua, Michèle Collart, Corine Lejeune-Frémont, Valérie Friot-Guichard, « Hôpitaux Champagne Sud : déclenchement d'un plan blanc Covid-19 à l'échelle d'un GHT », Revue Hospitalière de France, avril 2020, <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/593/A-L-EPREUVE-DU-COVID-19/Hopitaux-Champagne-Sud-declenchement-d-un-plan-blanc-Covid-19-a-l-echelle-d-un-GHT>

Parfois, les cellules de coordination ont servi à certains groupements pour mettre en commun leur plan de reprise d'activité. En direction commune, le GHT des Hôpitaux Sud Champagne ont rédigé un plan de reprise d'activité commun. Le GHT Cœur Occitanie – CH d'Albi, de Castres-Mazamet et de Saint-Pons – ont rédigé une trame commune pour leur PRA et ont coordonné le contenu de leur plan même s'il reste spécifique à chaque établissement. Le CHU de Bordeaux – établissement support du GHT Alliance de Gironde – a également coordonné le plan de reprise d'activité de ses établissements. A l'inverse, les établissements du GHT Ouest Audois n'ont pas coordonné leur plan.

### **La distribution des équipements de protections individuels aux établissements s'est faite à l'échelle des GHT**

Dès le mois de mars 2020, les groupements ont été intégrés dans la chaîne logistique du ministère pour approvisionner les établissements de santé et médico-sociaux et certains acteurs privés ou libéraux. Le territoire des GHT est devenu la plus petite maille du dispositif gouvernemental.

L'établissement support de GHT s'est vu confié le rôle de redistributeur sur son territoire et a assuré un service de proximité, adapté aux spécificités locales. Après la définition d'une clé de répartition par la DT-ARS, l'établissement support a mis en place des chaînes logistiques pour approvisionner en EPI les différents acteurs concernés. Ainsi, le ministère a fait le choix de s'appuyer sur les flux logistiques déjà existants entre l'établissement support de GHT et les autres établissements ou professionnels du territoire.

Les chaînes logistiques choisies au sein de chaque GHT dépendaient de l'environnement local. Dans le GHT Cœur d'Occitanie, le CH d'Albi a réceptionné les stocks pour l'ensemble du territoire du groupement. Toutefois, la distribution sur le bassin sud du GHT a été assurée par le CH de Castres-Mazamet pour des raisons de proximité avec les acteurs. Pour le GHT Ouest Audois, la Plateforme Medico-Logistique a assuré cette mission de redistribution des stocks nationaux pour le compte de l'établissement support. Cette solution présentait de nombreux avantages, en particulier celui de s'appuyer sur des flux logistiques déjà structurés avec de nombreux établissements. Elle a également positionné la plateforme comme un acteur majeur sur le territoire. Elle a d'ailleurs été sollicitée par la DT-ARS de l'Aude pour intervenir un week-end dans un EHPAD et assurer au pied levé les prestations de blanchisserie et de restauration.

Malgré la mutualisation de la fonction achat à l'échelle du GHT, certains établissements ont passé leurs propres commandes pour se fournir en EPI. La principale raison évoquée est

l'incapacité de l'établissement à répondre à leurs besoins. En situation de pénurie, il est vrai qu'il pouvait être difficile pour tous les établissements supports de trouver assez d'équipements pour l'ensemble du GHT. La passation de commandes par les établissements eux-mêmes a diversifié la liste des fournisseurs et a permis d'utiliser les circuits courts pour des volumes plus faibles que pour une commande groupée. Toutefois, certains établissements ont passé leurs propres commandes afin de préserver leur maîtrise de la chaîne logistique, contestant l'intérêt de la mutualisation des achats y compris en SSE.

### **Les établissements supports de GHT ont parfois coordonné l'action des autres établissements et professionnels du secteur**

Dans tous les départements, des plateformes dites « CoVid » ont été mis en place pour coordonner les actions de conseil, de soutien médical ou logistique et de réalisation des tests de dépistage pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

Dans plusieurs départements, les centres hospitaliers, établissement support ou non, ont piloté cette plateforme à la place de la DT-ARS. Pour le territoire ouest audois, le CH de Carcassonne a piloté cette plateforme, composée du directeur du pôle Dépendance et Maintien de l'Autonomie du CH, du médecin hygiéniste et du chef de service de gériatrie. Ils ont répondu aux sollicitations d'EHPAD ou de la DT-ARS pour mener des campagnes de dépistage massive dans plusieurs EHPAD du territoire, y compris des établissements dépendants des autres CH du GHT.

Le choix du pilote de ces plateformes a toutefois dépendu des circonstances locales. Dans le Tarn, les centres hospitaliers d'Albi et de Castres-Mazamet ont piloté chacun une plateforme pour leur bassin de santé. Dans l'Aude, le CH de Narbonne a piloté sa propre plateforme sans être établissement support. Dans l'Hérault, le CHU de Montpellier a piloté une plateforme départementale incluant également le GHT Ouest Hérault dont le CH de Béziers est établissement support. A l'inverse, dans l'Aveyron, dans l'Aube et en Haute-Marne, la plateforme était pilotée par la DT-ARS. En Aveyron et l'Aube, l'intérêt était d'avoir une plateforme départementale, la dimension du GHT piloté par Rodez était infra-départemental et celui de Troyes supra-départementale. En Haute-Marne, aucun établissement n'est établissement support et le CH de Chaumont, chef-lieu de département, est actuellement en administration provisoire et connaît des difficultés de fonctionnement.

### 2.1.2 La coordination de crise entre établissements membres était minimale en l'absence de direction commune

#### **A l'échelle du GHT, l'absence de filières de soins territoriales spécifiques à la crise**

En dehors des établissements ou des GHT en direction commune, peu de filières de soins territoriales spécifiques à la situation sanitaire exceptionnelle ont été construites.

Dans l'Aveyron, des filières de soins territoriales ont été construites pour la période que ce soit pour des patients atteints de la CoVid ou non. Au sein des établissements de la direction commune du CH de Rodez, un parcours complet du patient CoVid a été créé en mobilisant les ressources de tous les établissements. Grâce à cette mutualisation des moyens, les activités CoVid et non-CoVid ont pu être réparties entre les établissements, facilitant la dissociation des flux. Les autres établissements du département, du GHT – Villefranche de Rouergue – ou autres – Millau et Saint-Affrique, ont été associés à la création d'une filière CoVid territoriale. La DT-ARS de l'Aveyron souhaitait la mise en place d'une filière départementale, faisant fi de la carte des groupements.

Dans l'Aube, l'existence d'une seule entité pour l'offre de soins hospitalières publiques a permis la mise en place d'un dispositif territorial de gradation des soins critiques entre les établissements publics et privés du territoire. Les capacités d'accueil en réanimation et en SSR ont pu être augmentées et les activités chirurgicales maintenues sans trop de difficultés en personnel et matériel.

En dehors des exemples offerts par les directions communes, peu de filières territoriales ont été créées. Dans l'Ouest Audois, chaque établissement a utilisé les parcours préexistants pour prendre en charge ses patients. Sauf en réanimation, peu de transferts ont été réalisés entre les centres hospitaliers d'un même GHT. Le SSR du CH de Limoux a accueilli de nombreux patients CoVid mais dans une proportion moindre que les SSR privés du bassin carcassonnais. Il aurait pourtant été possible de créer une filière publique d'aval spécifique aux patients CoVid au sein du GHT. Pour le GHT Cœur d'Occitanie, le CH d'Albi et de Castres-Mazamet se sont coordonnés pour les prises en charge mais peu de transferts ont été opérés entre les deux établissements. La plupart des transferts a eu lieu entre CH et CHU dans le cadre de la gradation de la prise en charge.

## **Une coopération minimale voire inexistante en matière de ressources humaines**

Parmi les établissements interrogés, peu ont fait le constat de renforts en personnels entre hôpitaux d'un même groupement, hors direction commune. Plusieurs raisons ont été évoquées.

Premièrement, l'auto-suffisance des établissements pour faire face à la prise en charge des patients atteints de la CoVid. Les établissements interrogés n'ont pas subi la vague de plein fouet comme certains établissements d'Ile-de-France ou du Grand-Est. Ils ont pu se préparer en interne et faire face à l'augmentation d'activités, même en réanimation ou en infectiologie, avec les ressources internes ou en recrutant.

Deuxièmement, l'inadéquation des besoins en compétence avec le vivier disponible au sein du GHT. Durant la crise, les besoins en personnel ont surtout concerné les services de réanimation et d'infectiologie. Dans le GHT Ouest Audois, seul l'établissement support disposait de telles compétences. Pour faire face à une pénurie de médecins réanimateurs ou d'IADE, le centre hospitalier de Carcassonne a fait appel au CHU de Montpellier. Ce dernier a mis à disposition du CH des médecins réanimateurs. Lorsque dans un GHT, plusieurs établissements possédaient cette compétence, ils étaient souvent dans l'incapacité d'aider l'autre établissement, étant eux-mêmes en pénurie. Le CH de Perpignan a fait appel au CHU de Montpellier pour renforcer son service de réanimation plutôt que le CH de Narbonne alors qu'ils sont dans le même groupement.

Enfin, le manque de volonté des agents de travailler dans des établissements qu'ils ne connaissent pas. La création des groupements ne s'est pas nécessairement traduite par la création d'une stratégie de groupe en matière de ressources humaines. Dans le GHT Ouest Audois, hormis quelques personnels de Carcassonne assurant des consultations avancées à Limoux et Castelnaudary, les personnels médicaux et paramédicaux connaissant peu les autres établissements. Pendant la crise, aucun soignant n'est intervenu sur un autre établissement du GHT en dehors des coopérations préexistantes et chaque établissement a cherché ses propres renforts.

## **Un échange d'informations soutenu mais peu formalisé**

Au sein des GHT, les échanges d'informations ont été beaucoup plus soutenus pendant la crise de la CoVid qu'en période normale. Il s'agissait d'échanges entre les directions ou entres professionnels médicaux.



Tous les établissements interrogés ont indiqué avoir échangé au quotidien avec leurs homologues du GHT. Ils ont également évoqué les points organisés, au moins une fois par semaine, par les médecins infectiologues, hygiénistes ou réanimateurs avec leurs collègues des autres établissements. Ces points étaient en général organisés par l'établissement support de GHT, possédant ces compétences, et avec les médecins des autres hôpitaux publics. Ces réunions permettaient d'échanger entre eux sur leurs pratiques, d'harmoniser parfois leurs procédures et de discuter collégialement de situations litigieuses. A certains égards, les établissements supports ont pu jouer le rôle d'établissement territorial de référence en matière d'infectiologie ou d'hygiène.

Dans le GHT Ouest Audois, seul le CH de Carcassonne possède des médecins réanimateurs, infectiologues et hygiénistes. De fait, des coopérations entre les trois hôpitaux dans ces domaines sont déjà établies. Le centre hospitalier de Carcassonne a ainsi servi d'établissement de référence sur le territoire pour les directions et médecins sur ces sujets. En cas de difficultés, les médecins de Carcassonne, en lien avec ceux des autres établissements du GHT, prenaient attache avec les référents médicaux des CHU de Montpellier ou de Toulouse.

Ces réunions et échanges étaient souvent informels et dépendaient des initiatives locales. Pour le GHT Ouest Audois, une réunion pluri-hebdomadaire a été créée pour échanger entre établissements. S'ajoutaient à cela, en parallèle, des échanges entre les directions ou les médecins des CH de Castelnaudary ou de Limoux avec les médecins infectiologues et hygiénistes de Carcassonne. Ces espaces de discussion n'avaient aucun fondement, s'expliquant par le contexte de crise, et ce sont fermés à la fin de crise. Les demandes de conseil, d'aide à la décision ou d'intervention étaient uniquement formalisées lorsqu'elle concernait le champ d'action de la plateforme CoVid.

Dans le GHT Est Hérault et Sud Aveyron, aucune cellule de coordination du GHT n'a été organisée pendant la période du CoVid. Une cellule a été créée par le CHU de Montpellier et l'ARS Occitanie pour coordonner les moyens sanitaires sur l'ex-région Languedoc Roussillon. Il n'existait pas d'espaces d'échanges formalisés, complexifiant la coordination entre CH. Conscients de la plus-value d'un tel espace, deux conférences territoriales ont été créées – une pour l'Est Hérault et l'autre pour l'Ouest. Elles réunissent l'ARS, le CHU de Montpellier et les acteurs publics et privés de santé.

### 2.1.3 Pendant la crise, les hôpitaux publics ont principalement renforcé les coopérations territoriales préexistantes, que ce soit avec le secteur public, privé ou libéral

Du fait du caractère exceptionnel de la crise, les établissements se sont appuyés sur les coopérations existantes pour créer des filières de prise en charge CoVid. Cherchant à mettre en place rapidement des parcours fluides, les établissements se sont reposés sur des acteurs avec lesquels des liens de confiance avaient été noués auparavant. Sauf exceptions, la période n'a pas été propice au développement de nouvelles coopérations.

#### **L'exemple de la fonction de bed management de territoire**

La mise en place de la fonction de « bed management de territoire » est un exemple de l'accélération de coopération entre établissements membres d'un GHT lorsque le projet était déjà en cours de réflexion au moment de la crise.

Dans un MARS du 06 avril 2020, l'ARS Occitanie incite les établissements supports de GHT à déployer un *bed manager* de territoire « afin d'orchestrer les flux depuis les services de réanimation, soins critiques, médecine et chirurgie vers les services de délestage et d'aval du territoire ». Elle faisait référence à la mesure n°12 du Pacte de Refondation des Urgences<sup>59</sup>, prévoyant la création d'une cellule de gestion interne des lits dans tous les GHT.

Cette fonction présentait une véritable plus-value pendant la crise de la CoVid et pouvait intervenir en complément de la cellule de coordination pour assurer une information en temps réel des capacités d'accueil des établissements d'un même groupement. Si elle associait les établissements d'aval, elle permettait de fluidifier le parcours des patients atteints de CoVid. Dans les faits, cette fonction a été mise en œuvre dans les GHT où la réflexion avait été menée avant la crise. A titre d'exemple, le GHT Cœur d'Occitanie avait travaillé au déploiement de cette fonction mais sans succès. Pendant la crise, elle a pu être déployée à l'échelle du groupement. Toutefois, cet exemple reste une exception. De nombreux territoires n'ont pas encore mis en place cette fonction malgré les nombreuses incitations du ministère et des ARS.

Dans le GHT Ouest Audois, il n'existe ni de bed manager de territoire ni de diffusion des disponibilités des lits entre établissements. Pendant la crise, le CH de Carcassonne a

---

<sup>59</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, *Pacte de refondation des urgences*, 9 septembre 2019, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/urgences_dp_septembre_2019.pdf). « Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non-programmées »

toutefois déployé un bed manager CoVid afin de créer un point unique d'information pour organiser les transferts internes et externes de patients atteints de la CoVid. Cette fonction est née d'un besoin de fluidification des transferts entre l'hôpital de Carcassonne et les secteurs SSR des cliniques Montréal et du Sud.

### **Les hôpitaux publics se sont coordonnés avec les établissements privés par le biais de la DT-ARS ou de leur propre initiative**

L'exemple des interactions entre les établissements publics de santé et les acteurs privés et libéraux du secteur illustre le fait que les coopérations nouées pendant la crise dépendaient des relations préexistantes à la SSE. Selon les territoires, la coordination s'est faite à l'initiative des DT-ARS ou de celle des établissements ou du GHT.

Dans l'Ouest Audois, la collaboration entre le CH de Carcassonne et la Clinique Montréal – principal établissement privé du territoire – s'est faite naturellement dès le début de la crise. Comme pour le GHT, un point d'échange téléphonique quotidien puis hebdomadaire a été mis en place entre directeurs et président de CME. Chaque établissement évoquait sa situation, ses difficultés et ses besoins en recherchant des moyens d'y subvenir de manière coordonnée. Ainsi, la clinique Montréal a fourni des équipements au service de réanimation du CH de Carcassonne et une procédure a été mise en place entre les deux établissements pour fluidifier le parcours des patients atteints de la CoVid. Cette coordination n'a cependant pas concerné le GHT mais uniquement le CH de Carcassonne, la clinique n'ayant que peu de contact avec les autres hôpitaux publics ouest audois.

Dans des territoires où les liens entre public et privé sont plus ténus, la coordination entre les établissements des deux secteurs a été animée par les DT-ARS. Dans le GHT Cœur d'Occitanie, la DT-ARS du Tarn animait les réunions pluri-hebdomadaires entre les trois centres hospitaliers et les cliniques. Les échanges entre le centre hospitalier et la clinique Claude Bernard d'Albi étaient effectuées à l'occasion de ces réunions.

### **Les établissements publics de santé ont poursuivi leur ouverture sur la ville et le médico-social**

Les professionnels de ville et les établissements sociaux et médico-sociaux ont été associés à la gestion opérationnelle de la crise par certains établissements publics de santé. *A minima*, ces acteurs étaient en interaction avec les hôpitaux publics via la plateforme CoVid à laquelle ils pouvaient faire appel ou y étaient associés. Certains professionnels de ville sont venus travailler dans les hôpitaux, notamment des médecins

généralistes à la plateforme de régulation ou au service des urgences. Comme pour tous les domaines, les coopérations entre ces acteurs ont été plus fortes où préexistaient des liens de confiance et de travail.

Dans l'Aube ou dans le bassin de Thau, les échanges entre hôpital et médecine de ville ont été limités à quelques renforts ou interactions sur les plateformes CoVid. A l'inverse, dans l'Ouest Audois, une réunion hebdomadaire – « Ville-Hôpital » – était organisée. Créé en 2018, elle réunissait initialement tous les mois de nombreux acteurs de santé du territoire – des représentants des établissements du GHT, la clinique Montréal, l'USSAP, le SAMU, le SDIS, la DT-ARS, la CPAM 11, l'URPS 11, l'association de la permanence des soins, des médecins coordonnateurs ... Co-animé par le directeur du GHT et le président de l'URPS 11, le comité s'est réuni toutes les semaines en visioconférence pendant la crise afin d'échanger sur les besoins, moyens et difficultés de chacun. Si les réunions n'ont pas abouti à la création d'un parcours territorial CoVid, elle a permis à de nombreux acteurs de se rencontrer et d'échanger. Elle a notamment facilité le travail de la plateforme CoVid.

Les secteurs sont toutefois restés très cloisonnés pendant la crise. Dans son livre blanc<sup>60</sup>, l'URPS PACA affirme que les médecins libéraux ont éprouvé de nombreuses difficultés pour échanger avec les établissements publics de santé pendant la crise, notamment pour assurer une prise en charge fluide entre la ville et l'hôpital. La communication entre secteur hospitalier et médecine de ville demeurent complexes tant que les CPTS n'ont pas été toutes créées.

#### 2.1.4 Les CHU ont joué un rôle d'établissement régional de référence y compris au sein de leur groupement

Pendant la crise, les CHU, établissements supports de GHT, ont avant tout assuré leur rôle d'établissement régional de recours et de référence et des missions de recherche et d'innovation.

### **L'établissement de santé de référence en santé publique et de recours à l'échelle régionale**

Une des premières missions assumées par les CHU au début de la pandémie de la CoVid a été d'assurer leur rôle de référent régional en matière de santé publique. En lien avec

---

<sup>60</sup> URPS ML PACA, *Livre blanc. PACA : les médecins libéraux face à la CoVid-19*, 2020, [http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2020/07/LIVRE-BLANC\\_Les-me%CC%81decins-libe%CC%81raux-PACA-face-a%CC%80-la-COVID19\\_vdef.pdf](http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2020/07/LIVRE-BLANC_Les-me%CC%81decins-libe%CC%81raux-PACA-face-a%CC%80-la-COVID19_vdef.pdf).

l'ARS, les établissements hospitalo-universitaires ont défini la stratégie de prévention des *clusters*. Les médecins infectiologues, gériatres et hygiénistes des CHU ont notamment animé le réseau régional des plateformes CoVid. Pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ils ont ainsi assuré un partage des informations et des bonnes pratiques. Enfin, les CHU ont assumé une mission d'acteur régional de référence en santé publique pour les services déconcentrés de l'Etat et les collectivités. Les CHU ont mis à disposition leur expertise pour apporter un éclairage médical aux décisions préfectorales et des élus locaux.

En première ligne pour la gestion de crise, les CHU ont assuré leurs missions d'hôpital de référence et de recours pour les établissements sanitaires de leur région. Dans un premier temps, les patients atteints de la CoVid 19 et nécessitant une hospitalisation en réanimation étaient obligatoirement transférés vers le service du CHU. Face à la forte croissance des cas en réanimation, seuls certains patients graves étaient transférés, les autres pouvant être pris en charge dans les CH de deuxième ou troisième ligne. Enfin, les établissements hospitalo-universitaires ont soutenu les centres hospitaliers en ressources humaines et matérielles. De nombreuses conventions de mises à disposition de personnel et de matériels ont été signées par les CHU avec des établissements publics ou privés. Un soutien à l'activité a également été opéré par le prêt de locaux de blocs opératoires, permettant la poursuite d'activités chirurgicales urgentes.

### **Le coordonnateur régional, territorial et local de la réponse à la crise**

Les CHU ont assuré la coordination à trois niveaux pendant la crise : régional, en tant qu'établissement de recours, territorial, en tant qu'établissement support de GHT et local, en tant qu'hôpital public.

A l'échelle régionale, comme vu précédemment, les CHU ont assuré des missions d'établissement de référence en matière de santé publique et de recours pour les établissements de santé, privés ou publics.

A l'échelle du territoire du GHT, les CHU ont été amenés à coordonner de manière plus étroite la gestion de la crise. En tant qu'établissement support, ils ont été fortement impliqués dans la coordination de la prise en charge des patients atteints de la CoVid en réanimation. A titre d'exemple, le médecin chef du service de réanimation du CHU de Bordeaux était en lien permanent avec l'ensemble des services de réanimation des établissements du GHT Alliance Gironde. Il s'est déplacé dans ces établissements pour faire la revue du capacitaire et diffuser les bonnes pratiques. Ils ont également coordonné

les plans de reprise de l'activité des établissements membres de leur groupement. Ce travail dépassait souvent le périmètre du GHT, incluant également les centres hospitaliers avec lesquels les CHU ont des liens étroits. Des liens étaient entretenus entre le CHU de Montpellier et les CH de Béziers et de Mende, tout comme entre le CHU de Bordeaux et le CH de Mont-de-Marsan.

A l'échelle de leur métropole, les CHU ont assuré la coordination opérationnelle des établissements publics et privés de santé dans la prise en charge des patients CoVid de manière plus étroite qu'au sein de leur GHT. Les établissements hospitalo-universitaires ont travaillé avec les établissements privés de leur métropole pour garantir une prise en charge des patients pendant la période. A Montpellier, le CHU a piloté une cellule locale associant les cliniques montpelliéraines pour répartir les patients CoVid entre les services de réanimation de la métropole. Cette répartition était animée par le directeur général, le président de CME et deux professeurs en réanimation.

### **Le pilote de la stratégie régionale de recherche et d'innovation**

Pendant cette période, les CHU ont également assuré des missions de pilotage des stratégies régionales de recherche et d'innovation. Dans le domaine de la recherche, ils ont engagé de nombreuses études cliniques, en complément des essais effectués à l'échelle nationale. Afin d'inclure un maximum de patients dans ses recherches, les établissements régionaux impliqués les autres établissements de son territoire régional et plus particulièrement les établissements de son groupement. Le CHU de Montpellier a engagé sept établissements de son groupement dans ses essais COVIDOC.

Durant la crise, les établissements hospitalo-universitaires ont également été des lieux d'innovation, dans le domaine des dispositifs médicaux ou du numérique en santé. En s'appuyant sur les viviers de *start-ups* présents sur leur territoire métropolitain, avec lesquelles ils travaillaient déjà, les CHU ont développé des produits innovants ou des applications numériques pour les professionnels et les patients. A titre d'exemple, le CHU de Montpellier a développé des tests salivaires et sérologiques en lien avec des start-ups montpelliéraines. En partenariat avec l'université, le CHU de Bordeaux a développé une version spécifique de l'application Rafael pour la gestion de la CoVid 19. Elle a été mise à disposition des établissements du GHT et des professionnels libéraux. Le CHU de Montpellier a fait de même avec l'application MH Link, de télé-suivi à domicile, la mettant à disposition des établissements membres de son groupement.

La crise de la CoVid 19 a démontré l'importance d'une déclinaison par les acteurs territoriaux des stratégies nationales et régionales. L'échelon du GHT a d'ailleurs été reconnu pour sa pertinence dans la distribution de matériels ou la gestion des campagnes de dépistage. Toutefois, deux limites ressortent des observations précédentes. D'une part, la force des coopérations entre établissement public de santé dépend beaucoup de la bonne volonté de chaque hôpital, contrevenant à la logique insufflée par la loi de 2016. D'autre part, le décalage entre le découpage administratif de l'Etat et celui de l'organisation hospitalière publique. La gestion opérationnelle de la crise oscille entre le département et le territoire du GHT selon l'environnement local. Il est une preuve du besoin de mise en cohérence entre l'organisation territoriale de l'Etat, des collectivités territoriales et des hôpitaux publics.

## **2.2 Les Groupements Hospitaliers de Territoires offrent de nouvelles perspectives à la territorialisation de l'offre de soins**

### **2.2.1 Au sein des groupements, les établissements publics de santé doivent mettre en place un fonctionnement plus structuré, collaboratif et transparent**

#### **Une formalisation et un développement des échanges d'information entre établissements**

Le rapport de l'IGAS indiquait que les instances de groupement étaient globalement peu réunies et alourdissaient son fonctionnement. La période récente a néanmoins montré l'importance d'échanges fréquents d'information à l'échelle du territoire. Les cellules de coordination étaient des comités créés *ad hoc* et adaptables à l'évolution de la situation.

**Proposition n°1** : *Créer un comité de direction (Codir) de groupement – instance informelle – se réunissant régulièrement pour évoquer tant les sujets internes aux établissements que ceux du groupement.*

Ce comité permettrait de se réunir plus facilement et plus fréquemment, étant moins formelle que le comité stratégique. A travers ce Codir, une plus grande transparence et donc confiance entre les établissements pourraient s'installer, facilitant les collaborations sur d'autres sujets. Ils contraindraient les établissements publics de santé à abandonner des stratégies concurrentielles et à développer un fonctionnement plus collaboratif au sein du secteur public hospitalier.

Ces échanges d'information peuvent également être structurés au niveau des soins avec la création de la fonction de bed management de territoire. Le Pacte de Refondation des Urgences incitait les GHT à créer une cellule de gestion interne des lits à l'échelle du groupement. Avant de mutualiser la gestion des lits à l'échelle de plusieurs établissements autonomes, un premier pas pourrait être accompli en structurant l'échanges d'information au quotidien ou plusieurs fois par jour du capacitaire disponible dans chaque hôpital. Cette mesure serait un levier pour un fonctionnement plus transparent et collaboratif sans être intégratif, crainte de nombreux établissements non-supports. En outre, ces informations sont souvent déjà centralisées au niveau des centres SAMU 15.

**Proposition n°2** : Structurer un échange a minima quotidien sur le capacitaire disponible de chaque établissement à l'échelle du GHT.

### **En matière de ressources humaines, le développement d'une mobilité inter-établissement**

La crise de la CoVid 19 a illustré le manque de solidarité de fait en matière de ressources humaines au sein des groupements. Si de nombreuses raisons l'expliquent, elle est également le fait du manque de connaissance par le personnel de chaque établissement. Peu de collaborations ont été mises en place sur ce sujet dans le GHT Ouest Audois. Afin d'être mieux préparé à une nouvelle crise et d'offrir d'autres perspectives d'emploi aux personnels, une bourse d'emploi vacant à l'échelle du groupement pourrait être créée.

**Proposition n° 3** : Créer une bourse aux emplois vacants à l'échelle du GHT

#### **2.2.2 Pour mieux intégrer le paysage local, le GHT doit adopter une gouvernance plus ouverte vis-à-vis des autres acteurs locaux**

### **Une meilleure association des acteurs non-médicaux du territoire aux GHT**

Outre le manque de réunion des instances, les acteurs locaux semblent moins impliqués dans le fonctionnement du groupement que dans celui des établissements. Premièrement, le Cotel du GHT est moins ouvert que le conseil de surveillance du groupement dans sa composition. Ni l'ARS, ni la CPAM ne sont membres de ce comité. Ils ne sont présents dans aucune instance alors qu'ils sont des acteurs de la territorialisation de l'offre de soins. En outre, ils n'existent pas d'instance au sein du GHT regroupant l'ensemble des acteurs comme le conseil de surveillance pour l'établissement.



**Proposition n°4 :** *Intégrer les représentants de la CPAM et de l'ARS dans les instances du GHT.*

**Proposition n° 5 :** *Transformer le comité des élus locaux (COTEL) des GHT en conseil de surveillance, instance regroupant l'ensemble des acteurs impliqués dans le groupement*

Concernant spécifiquement les périodes de crise, deux acteurs pourraient être mieux associés au fonctionnement des GHT, les préfectures et les établissements privés de santé. Les premières ont coordonné le volet non-sanitaire de la crise de la CoVid mais avaient des contacts réguliers avec les hôpitaux via les cellules opérationnelles départementales sans connaître leur fonctionnement. Les seconds ont été mobilisés au cours de la crise pour éviter l'engorgement des hôpitaux publics. Il est important de réfléchir à une association de ces deux acteurs aux GHT, y compris hors période de crise.

### **Une meilleure association de la médecine de ville aux GHT**

Pour décloisonner le fonctionnement de l'hôpital sur la médecine de ville, il est également nécessaire d'associer leurs représentants au fonctionnement du GHT ou au moins aux réflexions sur les parcours de soins. De manière symbolique, les présidents des CPTS pourraient intégrer une des instances du GHT à titre consultatif. De manière pratique, les GHT doivent participer aux groupes de travaux des CPTS pour le volet hospitalier. Le groupement pourrait constituer l'entité porteuse de ces groupes de travail en mettant à disposition les moyens des établissements. Dans l'Ouest Audois, les travaux entre la ville et l'hôpital sont coordonnées lors des réunions Ville-Hôpital. Ce travail est toutefois compliqué tant que les CPTS n'ont pas été créées, multipliant les interlocuteurs.

### **Quelle place pour les conseils territoriaux de santé ?**

Une ouverture des instances de groupement aux acteurs de la ville peut interroger sur la redondance avec le conseil territorial de santé. Ce conseil a été très peu mobilisé voire oublié pendant cette période dans le GHT Ouest Audois car très peu opérationnel. Les réunions Ville-Hôpital ont été privilégiées par les établissements et professionnels de santé. Le conseil territorial de santé n'a été réuni que pour organiser le retour d'expérience sur cette période dans le département. Toutefois, une telle instance permet d'éviter une approche trop hospitalo-centrée dans les réflexions.

### 2.2.3 Le territoire du groupement hospitalier de territoire pourrait devenir la maille de coordination territoriale en matière de santé

#### **Structurer la gestion de crise à l'échelle des GHT**

La crise de la CoVid 19 a démontré la nécessité d'un plan blanc à l'échelle du groupement. Dans les GHT en disposant, la gestion de crise territoriale a été facilitée et des gains de temps – en matière de coordination, de rédaction et mise à jour de procédures, de recherche de personnels et de matériels, de fluidification des parcours etc. – ont été réalisées. La rédaction de ce plan permettrait aux établissements membres de connaître les compétences et ressources mobilisables rapidement sur le territoire en cas de crise en interne ou au-delà.

La rédaction d'un tel plan n'est pas forcément envisageable à court terme au sein de tous les groupements. Ils n'ont pas tous atteint un niveau de maturité permettant la rédaction d'un document unique de gestion de crise. En outre, l'existence d'un plan par établissement demeure utile pour des crises locales. Toutefois, il reste nécessaire de structurer la réponse à l'échelle du groupement et de formaliser les instances de coordination, l'échanges d'information et l'interaction avec les acteurs extérieurs (DT-ARS, préfectures, collectivités territoriales...).

**Proposition n°6 :** *Créer une annexe commune « Groupement Hospitalier de Territoire » au plan des établissements membres d'un GHT établissant a minima :*

- *Le fonctionnement de la cellule de coordination,*
- *Les ressources humaines et matérielles pouvant être mobilisées rapidement ; et*
- *Les filières pouvant être mises en place en situation de crise.*

Dans une logique territoriale et afin de mobiliser l'ensemble des capacités locales, les établissements privés et le secteur libéral pourraient être associés à la rédaction de cette annexe ou d'une autre pour une gestion territoriale globale d'une SSE. Pour le GHT Ouest Audois, la clinique Montréal pourrait être associée à ce travail étant donné les liens entretenus avec le CH de Carcassonne.

Dans certains territoires, le GHT pourrait devenir l'acteur coordonnateur des établissements et de professionnels de santé en situation de crise. Pendant la crise, le groupement a coordonné localement la distribution des EPI ou les campagnes de dépistage dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Le territoire des groupements a également constitué dans certaines régions la plus petite maille du dispositif de gradation des soins

hospitaliers pendant la crise et même pour la reprise de l'activité. Il serait logique que le GHT, au sein de son territoire, assure la coordination de la réponse sanitaire, en application du principe de subsidiarité et dans le souci de proposer aux patients une prise en charge de proximité. En outre, les établissements du GHT sont les seuls à disposer des ressources – humaines et matérielles – pour gérer la crise. Ils seraient alors contraints de se coordonner avec la médecine de ville et les établissements privés pour éviter l'engorgement de leur service d'urgences et d'hospitalisation. Enfin, cette option permettrait de donner corps au principe de responsabilité populationnelle.

Cette proposition implique de considérer le territoire du GHT comme la plus petite maille de la gestion opérationnelle de crise, peu importe leur dimensionnement. Elle n'est toutefois pas applicable dans tous les territoires. Elle dépend notamment de la maturité des GHT et du contexte local. A titre d'exemple, les établissements du Sud Haut-Marnais se sont trouvés déconnectés de l'établissement support de leur GHT, étant inter-régional. Dans ce contexte, la DT-ARS a pleinement joué son rôle de coordinateur de crise à l'échelle du sud du département de la Haute-Marne.

### **Harmoniser les territoires locaux des politiques publiques de santé**

Dans son discours de politique générale, le 15 juillet 2020, Jean Castex indiquait l'importance des territoires dans la gestion de crise et dans la réussite des politiques publiques. Il indiquait que le temps était venu pour « une nouvelle étape de la décentralisation ». Il faisait référence plutôt à la relation entre l'Etat et les collectivités territoriales et non avec les établissements publics de santé. Pourtant, la territorialisation de l'offre de soins nécessite également de repenser l'organisation territoriale de l'Etat en matière de santé. Les GHT et les CPTS à venir seront les principaux acteurs locaux pour organiser l'offre de soins. Ils sont organisés sur des périmètres correspondant aux besoins réels de la population, selon les bassins de santé et non des périmètres administratifs ne recoupant pas nécessairement avec la réalité quotidienne de ses habitants.

En associant mieux les autres acteurs de la santé et les élus locaux, le GHT pourrait devenir à moyen terme l'animateur de l'offre de soins sur son territoire dans une logique de gradation des soins, d'une prise en charge en ville aux établissements sociaux ou médico-sociaux et en passant par un service d'hospitalisation. Cette organisation serait une réponse à l'attrition des moyens des DT-ARS et au décalage entre leur périmètre d'action et le territoire des groupements. Elle permettrait également de donner corps au principe de responsabilité populationnelle en dehors du champ psychiatrique. Aujourd'hui, cette mesure présente certaines limites : elle suppose la fin de la distinction entre l'autorité de

pilotage et l'entité productrice de soins. Elle implique également la maturité des acteurs. Dans le cadre d'une nouvelle étape de la décentralisation, cette option pourrait être expérimentée dans certains territoires dans les années à venir, comme le propose la FHF dans son « New Deal pour la santé »<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Fédération Hospitalière de France, *Un New Deal pour la santé*, juin 2020, 10, <https://fichiers.fhf.fr/documents/FHF-NEW-DEAL-POUR-LA-SANTE-06-2020.pdf>

## Conclusion

Les établissements publics de santé se sont appuyés de manière inégale sur leur groupement hospitalier de territoire pour gérer la crise sanitaire de la CoVid 19. Les GHT sont devenus incontournables pour la distribution des EPI et dans l'application de la stratégie de prévention et de gestion des clusters dans les EHPADs. Cette situation exceptionnelle a également contraint les établissements à renforcer leur coopération avec les autres acteurs de santé du territoire, au sein du GHT mais y compris au-delà. Les échanges d'information se sont accrus et accélérés entre les établissements, entre leurs directions ou leurs médecins. Ces espaces de discussion se sont structurés au fil de l'eau, faute de plan blanc à l'échelle du GHT. De manière générale, les coopérations mises en œuvre pour la prise en charge des patients ou en matière de renforts en personnel ou en matériel ont été construites entre établissements ayant déjà établis des partenariats forts. Ainsi, les GHT en direction commune ont souvent été plus sollicités pendant la crise que ceux moins intégrés. En outre, les filières ont parfois associé les établissements privés quand les hôpitaux publics avaient l'habitude de travailler au quotidien avec eux.

Selon la loi de 2016, le GHT est devenu la pierre angulaire de l'organisation sur les territoires de l'offre de soins *a minima* hospitaliers. Les établissements publics de santé sont contraints d'intégrer un GHT et de créer et animer une stratégie de groupe, à la fois pour la prise en charge du patients et la gestion de leurs fonctions supports. Dans les faits, la situation est plus nuancée et la concrétisation de cette stratégie de groupe dépend fortement des réalités locales, en particulier de l'historique de coopération des établissements du groupement. Si le GHT a initié de nouvelles coopérations, le mouvement est parfois lent et laborieux. Ainsi, la plus-value des GHT lors de la crise sanitaire actuelle n'est pas évidente sur le territoire national. En outre, le périmètre des GHT ne correspond pas forcément à celui des autres administrations publiques. Principaux acteurs en situation de crise, l'ARS et les préfetures ont des périmètres d'action régionaux ou départementaux. Cette dissonance a pu être source de difficultés de coordination dans la réponse à la crise.

Ainsi, cette crise – toujours en cours – a montré la nécessité de structurer la réponse sanitaire à l'échelle du territoire, par le biais d'un plan blanc GHT ou une annexe territoriale à chaque plan blanc d'établissement. Aussi, les établissements d'un même GHT doivent mettre en place un fonctionnement plus transparent et collaboratif pour faire naître cette stratégie de groupement et éviter d'être contraint à un modèle de coopération plus intégratif comme la direction commune ou la fusion d'établissements. Enfin, pour concrétiser la territorialisation de l'offre de soins, les groupements doivent mieux associer les autres acteurs du territoire à leurs fonctionnement et réflexions. Toutefois, ces propositions ne sont

réellement pertinentes que si tous les territoires locaux des politiques publics de santé sont cohérents. Pour être la pierre angulaire d'une offre de soins territorialisés, les périmètres des GHT, des CPTS et des DT-ARS doivent être mis en cohérence et éviter la multiplication des acteurs et des strates administratives.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

Claudine Bergoignan-Esper, Jacques Bringer, Jean-Michel Budet, Emmanuel Vigneron, *Les groupements hospitaliers de territoire, un moyen d'organisation de l'offre de santé* (Paris, Berger-Levrault, 2019)

Michel Louazel, Alain Mourier, Erwan Ollivier, Roland Ollivier, *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé* (Presses de l'EHESP, août 2018)

## Rapports

Ministère des Solidarités et de la Santé, *Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles*, 2019, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_situation\\_sanitaire\\_exceptionnelle.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf)

Fédération Hospitalière de France, *Un New Deal pour la santé*, juin 2020, 10, <https://fichiers.fhf.fr/documents/FHF-NEW-DEAL-POUR-LA-SANTE-06-2020.pdf>

URPS ML PACA, *Livre blanc. PACA : les médecins libéraux face à la CoVid-19*, 2020, [http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2020/07/LIVRE-BLANC\\_Les-me%CC%81decins-libe%CC%81raux-PACA-face-a%CC%80-la-COVID19\\_vdef.pdf](http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2020/07/LIVRE-BLANC_Les-me%CC%81decins-libe%CC%81raux-PACA-face-a%CC%80-la-COVID19_vdef.pdf).

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *GHT mode d'emploi : 15 points clés*, 2016, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght\\_vademecum-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum-2.pdf)

Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, *Mission Groupement Hospitalier de Territoire. Rapport de fin de mission*, février 2016, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_mission\\_hmdefmodifsddfv150316.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mission_hmdefmodifsddfv150316.pdf)

Claude Dagorn, Dominique Giorgi, Alain Meunier, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers des territoires (GHT)*, Rapport – Tome I, Inspection générale des affaires sociales, décembre 2019, 62 et 63. [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r\\_tome\\_i\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf)

Observatoire des Territoires, Qualité de vie, habitants, territoires, 2014, <https://cget.gouv.fr/ressources/publications/qualite-de-vie-habitants-territoires-rapport-de-l-observatoire-des-territoires-2014>

## Articles

Josiane Bils, Philippe Blua, Michèle Collart, Corine Lejeune-Frémont, Valérie Friot-Guichard, « Hôpitaux Champagne Sud : déclenchement d'un plan blanc Covid-19 à l'échelle d'un GHT », Revue Hospitalière de France, avril 2020, <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/593/A-L-EPREUVE-DU-COVID-19/Hopitaux-Champagne-Sud-declenchement-d-un-plan-blanc-Covid-19-a-l-echelle-d-un-GHT>

Emmanuel Eliot, Véronique Lucas-Gabrielli, Catherine Mangeney, « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français », Revue francophone sur la santé et les territoires, juin 2017

Catherine Keller, Guillaume Le Duff, Théo Piolin, Céline Schnebelen, Pirathees Sivarajah, « GHT ; le droit à l'épreuve de la réalité hospitalière », Gestions hospitalières, février 2020, <http://gestions-hospitalieres.fr/ght-le-droit-a-lepreuve-de-la-realite-hospitaliere/>

Emmanuel Vigneron, « Les bassins de santé. Concept et construction », ADSP, décembre 1999.



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 – Guide d’entretien type

Annexe 2 – Liste des personnes interrogées

Annexe 3 – Carte des établissements de santé de référence (1° et 2° ligne) désignés par les ARS pour la gestion de la crise CoVid 19

Annexe 4 – Etablissements de référence (1° et 2° ligne) désignes par les ARS pour la crise sanitaire de la CoVid

## ANNEXE 1 – GUIDE D'ENTRETIEN TYPE

### GUIDE D'ENTRETIEN FONCTION – ETABLISSEMENT DATE

#### **Le GHT dans la réponse à une crise sanitaire exceptionnelle**

*La coordination de la réponse sanitaire à une crise exceptionnelle par le Groupement Hospitalier de Territoire Ouest Audois*

Problématique : Les établissements publics de santé se sont-ils appuyés sur le GHT pour répondre à la crise sanitaire exceptionnelle du CoVid19 ?

#### **Gouvernance**

- Les réunions Ville-Hôpital étaient-elles pertinentes dans le cadre de la gestion de la crise CoVid ?
- Selon vous, ont-elles accélérés la coordination entre les professionnels de santé sur le territoire du GHT ?
- Existe-il un plan blanc à l'échelle du GHT ?

#### **Gradation de la prise en charge des patients pendant la crise**

- Les transferts de patients entre la clinique et les centres hospitaliers du GHT ont-ils été assurés dans le cadre de coopération déjà établies ?

#### **Achat-Logistique**

- La distribution des EPI par l'établissement support de GHT vous a-t-elle semblé pertinente ?

#### **RH médicales et non-médicales**

- Des renforts en ressources humaines ont-ils été possibles entre les CH du HGHT et la clinique pendant le pic de la crise CoVid ?

## **ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES**

### **Territoire ouest audois**

- Alain GUINAMANT, DG du CH de Carcassonne et du GHT Ouest Audois
- Virginie GOMEZ, DG du CH de Castelnaudary
- Jean BRIZON, DG du CH de Limoux-Quillan
- Gérard LARRAT, maire de Carcassonne et président du conseil de surveillance du CH de Carcassonne
- Philippe GREFFIER, président de la communauté de communes Castelnaudary Lauragais Audois et président du Conseil Territorial de Santé Ouest Audois
- Antoine BOURDON, directeur de la CPAM 11
- Stéphanie HORALA, directrice adjointe de la CPAM 11
- Anne LAYBOURNE, directrice de cabinet, préfecture de l'Aude
- Philippe SUSS, directeur de la clinique Montréal de Carcassonne
- Emmanuelle MICHAUD, DOSA adjointe, ARS Occitanie

### **Directeurs de GHT et d'établissement public de santé**

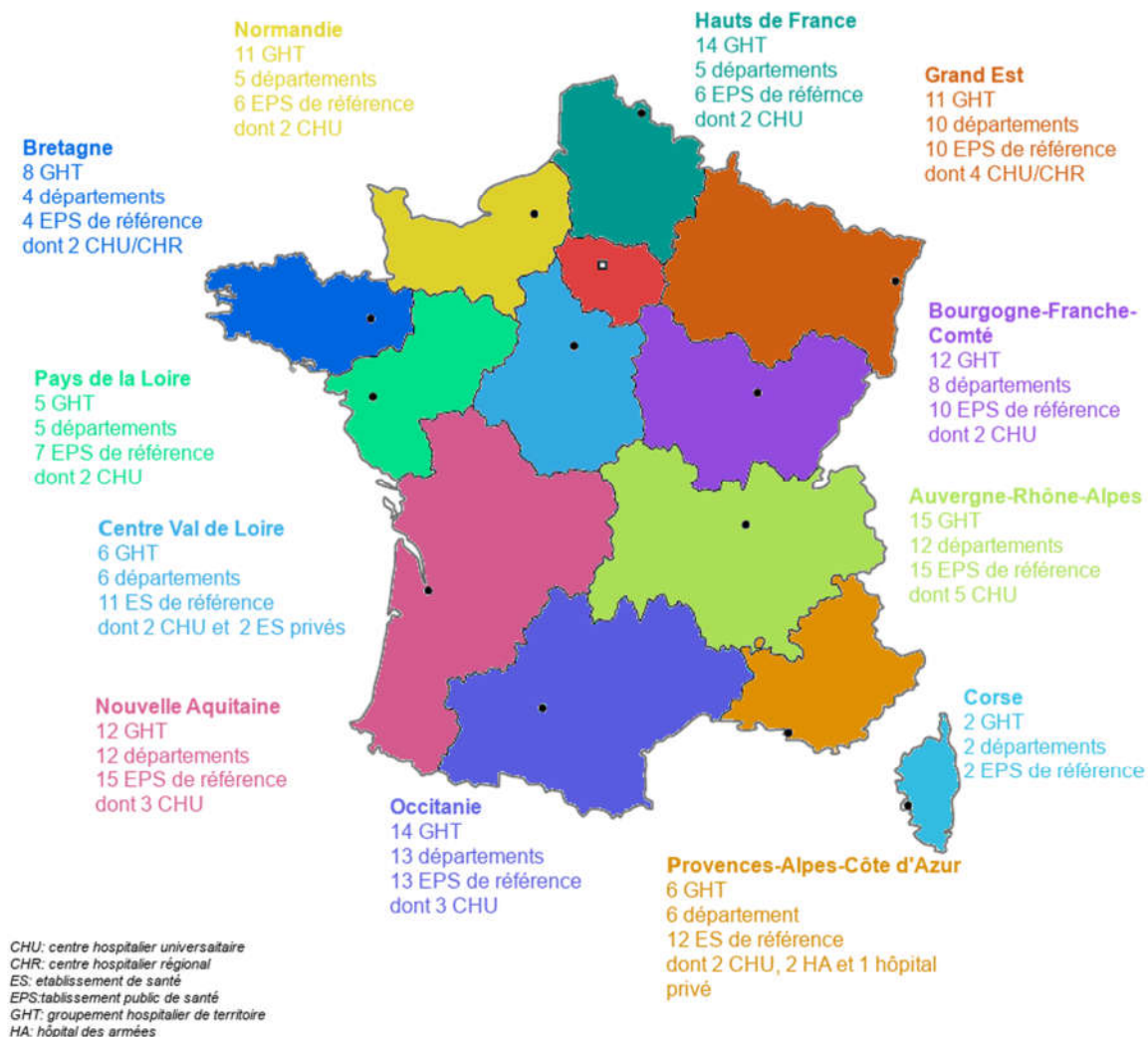
- Philippe BLUA, directeur général des Hôpitaux Champagne Sud et du GHT de l'Aube et du Sézannais
- Yann BUBIEN, directeur général du CHU de Bordeaux et du GHT Alliance Gironde
- Vincent PREVOTEAU, directeur général du CH de Rodez et GHT du Rouergue
- Claudie GRESLON, directrice générale du CH du Bassin de Thau
- Serge FOURSANS, directeur général du CH d'Albi et du GHT Cœur d'Occitanie
- Florian PETIT, directeur adjoint, CHU de Montpellier

### **Haute-Marne**

- Elodie DEGIOVANNI, préfet de la Haute-Marne
- Damien REAL, délégué territorial de l'ARS de la Haute-Marne

## ANNEXE 3 – CARTE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE REFERENCE (1° ET 2° LIGNE) DESIGNES PAR LES ARS POUR LA GESTION DE LA CRISE COVID 19

Carte des établissements de santé de référence (1° et 2° ligne) désignés par les ARS pour la gestion de la crise de la CoVid 19



**ANNEXE 4 – ETABLISSEMENTS DE REFERENCE (1° ET 2° LIGNE) DESIGNES PAR  
LES ARS POUR LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID**

Région	Etablissement	Ligne	Département	Support de GHT
<b>Nouvelle Aquitaine</b>	CHU Bordeaux	1	33	OUI
	CHU Limoges	1	86	OUI
	CHU Poitiers	1	87	OUI
	CH Angoulême	2	16	OUI
	CH La Rochelle	2	17	OUI
	CH Saintonge	2	17	OUI
	CH Brive	2	19	NON
	CH Périgueux	2	24	OUI
	CH Libourne	2	33	NON
	CH Mont de Marsan	2	40	OUI
	CH Dax	2	40	NON
	CH Agen	2	47	OUI
	CH Pau	2	64	OUI
	CH Côte Basque	2	64	OUI
	CH Niort	2	79	OUI
<b>Pays de la Loire</b>	CHU Nantes	1	44	OUI
	CHU Angers	1	49	OUI
	CH St Nazaire	2	44	NON
	CH Cholet	2	49	NON
	CH Laval	2	53	NON
	CH Le Mans	2	72	OUI
	CH La-Roche-Sur-Yon	2	85	OUI
<b>PACA</b>	CHU Nice	1	6	OUI
	APHM	1	13	OUI
	CH Digne	2	4	OUI
	CH Gap	2	4	OUI
	CH Briançon	2	5	NON
	CH Cannes	2	6	NON
	CH Aix en Provence	2	13	NON
	HA Laveran	2	13	NON
	Hôpital européen	2	13	NON
	CH Toulon	2	83	OUI
	HA Saint-Anne	2	83	NON
CH Avignon	2	84	OUI	
<b>Bretagne</b>	CHRU Brest	1	29	OUI
	CHU Rennes	1	35	OUI
	CH Saint Briec	2	22	OUI
	CH Vannes	2	56	OUI
<b>Bourgogne Franche-Comté</b>	CHU Dijon	1	21	OUI
	CHU Besançon	1	25	OUI
	CH Auxerre	2	89	OUI
	CH Chalons sur Saône	2	71	OUI
	CH Mâcon	2	71	OUI
	CH Lons le Saunier	2	39	OUI

	CH Nevers	2	58	OUI
	CH Vesoul	2	70	OUI
	CH Sens	2	89	OUI
	CH Nord FC	2	90	OUI
<b>Grand Est</b>	CHU Strasbourg	1	67	OUI
	CHU Nancy	1	54	OUI
	CHU Reims	2	51	OUI
	CH Charleville	2	8	OUI
	CH Troyes	2	10	OUI
	CH Chaumont	2	52	NON
	CH Verdun	2	55	OUI
	CHR Metz	2	57	OUI
	GH Sud Alsace	2	68	OUI
	CH Epinal	2	88	OUI
<b>Auvergne Rhône-Alpes</b>	HCL	1	69	OUI
	CHU St Etienne	1	42	OUI
	CHU Clermont	1	63	OUI
	CH Chambéry	1	73	OUI
	CHU Grenoble	1	38	OUI
	CH Annecy	1	74	OUI
	CH Bourg en Bresse	2	1	OUI
	CH Moulins	2	3	NON
	CH Aubenas	2	7	NON
	CH Aurillac	2	15	OUI
	CH Valence	2	26	OUI
	CH Roanne	2	42	NON
	CH Puy en Velay	2	43	OUI
	CH Villefranche	2	69	OUI
CH Annemasse	2	74	OUI	
<b>Normandie</b>	CHU Rouen	1	76	OUI
	CHU Caen	1	14	OUI
	CH St Lo	2	50	OUI
	CH Havre	2	76	OUI
	CH Eure-Seine	2	27	OUI
	CH Alençon-Mamers	2	61	OUI
<b>Hauts de France</b>	CHU Lille	1	59	OUI
	CHU Amiens	1	80	OUI
	CH Tourcoing	1	59	NON
	CH Arras	2	62	OUI
	CH Boulogne sur Mer	2	62	OUI
	CH Laon	2	2	OUI
	CH Beauvais	2	60	OUI
<b>Occitanie</b>	CHU Montpellier	1	34	OUI
	CHU Toulouse	1	31	OUI
	CHU Nîmes	1	30	OUI
	CH Tarbes	2	65	OUI
	CH Auch	2	32	OUI
	CH Foix Pamiers	2	9	OUI

	CH Carcassonne	2	11	OUI
	CH Albi	2	81	NON
	CH Montauban	2	82	OUI
	CH Cahors	2	46	OUI
	CH Perpignan	2	66	OUI
	CH Mende	2	48	OUI
	CH Rodez	2	12	OUI
<b>Centre Val de Loire</b>	CHU Tours	1	37	OUI
	CHR Orléans	1	45	OUI
	CH Bourges	2	18	OUI
	CH Dreux	2	28	NON
	CH Chartes	2	28	OUI
	CH Chateauroux	2	36	OUI
	CH Montargis	2	45	NON
	CH Blois	2	41	OUI
	Pôle santé Léonard de Vinci (Tours)	2	37	NON
	NCT Clinique Tours	2	37	NON
<b>Corse</b>	CH Bastia	2	2B	OUI
	CH Ajaccio	2	2A	OUI





BERTHELOT

Louis

Octobre 2020

## ELEVE DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2019/2020

### La réponse à une situation sanitaire exceptionnelle à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes

#### **Résumé :**

Pour organiser une réponse graduée à la crise sanitaire de la CoVid 19, une liste d'établissements a été définie par les ARS. Les établissements de première ligne correspondaient peu ou prou aux CHU et CHR et ceux de deuxième ligne aux établissements supports des centres SAMU 15. La réponse à cette SSE s'est ainsi organisée à l'échelle régionale puis départementale, en application de la doctrine de gestion de crise du ministère. Ces deux échelons correspondent à celle de l'organisation déconcentrée de l'Etat. Les acteurs de santé s'organisent quant à eux à des échelles différentes, les territoires, via les GHT et les CPTS. Toutefois, tous ces périmètres ne correspondent pas nécessairement.

Dans son guide de gestion de crise, le ministère introduit la logique territoriale dans la gestion de crise, en continuant à privilégier l'échelle de l'établissement. En outre, les GHT n'ont pas pour objet de coordonner les acteurs sur son territoire, rôle dévolu à l'ARS. Enfin, la gestion de cette SSE a dépassé le cadre public et hospitalier des GHT.

Ayant effectué mon stage au CH de Carcassonne, ce mémoire porte principalement sur le GHT Ouest Audois dont il est l'établissement support. Il s'appuie également sur des entretiens menés avec des directeurs d'établissements, élus ou représentants d'ARS de plusieurs régions. Ce mémoire explore la question posée par le guide national de gestion de crise : les établissements publics de santé se sont-ils appuyés sur leur GHT pour répondre à la SSE de la CoVid 19 ?

Le bilan contrasté des GHT ne permettait pas d'envisager sur l'ensemble du territoire une réponse à la SSE de la CoVid 19 uniquement à leur échelle. Les établissements publics de santé se sont vus contraints à accentuer leurs coopérations au sein du GHT ou avec les autres acteurs du territoire pour gérer la crise, offrant de nouvelles perspectives de développement aux groupements.

#### **Mots clés :**

Groupement Hospitalier de Territoire – Situation Sanitaire Exceptionnelle – CoVid 19 – Gestion de crise – Coordination – Territoire – Bassin de santé

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*