



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**LA TERRITORIALISATION DES GROUPEMENTS
HOSPITALIERS DE TERRITOIRE.
UN PROCESSUS INACHEVÉ ?**

– Groupe n° 20 –

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| – ABBAS Rachida | – OUATIKI Étienne |
| – DUONG QUANG TRUNG Jean-Louis | – PÉRODEAU Julie |
| – JAUBERT Stéphane | – PINTE Adrien |
| – LEGLAND Sarah | – SPILIOPOULOS Grégoire |
| – MALESCOT Cécile | – SMOLIK Pascale |

Animateur

Bertrand LEFEBVRE

S o m m a i r e

Introduction	p.11
1. Le processus de territorialisation pensé par l'Etat, au travers du GHT	p.14
1.1. La volonté étatique de réorganiser l'offre de soins autour des besoins de santé du territoire.....	p.14
1.2. Au cœur des spécificités régionales, la promotion d'une action des ARS.....	p.17
2. Les processus de territorialisation vécus par les acteurs, à l'épreuve du terrain	p.20
2.1. La délimitation du périmètre, fruit de nombreux facteurs et d'arbitrages.....	p.20
2.2. Une maîtrise inégale de l'influence du GHT sur un territoire aux contours mouvants.....	p.24
2.3. Des lignes qui bougent sous l'effet d'une impulsion nouvelle.....	p.28
3. Des propositions d'action en faveur d'un GHT dynamique et ancré dans son territoire : décroisonner, innover et accompagner les changements	p.30
3.1. Un décroisonnement nécessaire pour répondre de manière efficiente aux besoins de santé du territoire.....	p.30
3.2. Le GHT doit s'appuyer sur une dynamique d'innovation, condition de sa réussite.....	p.32
3.3. Promouvoir un processus d'acculturation vers une appropriation collective du GHT.....	p.35
Conclusion	p.36
Bibliographie	p.39
Liste des annexes	p.I

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier Monsieur LEFEBVRE Bertrand d'avoir proposé ce thème, de nous avoir accompagnés et orientés tout en nous accordant toute sa confiance.

Nous souhaitons également remercier les 43 responsables et professionnels qui ont accepté de nous recevoir et de répondre à nos questions dans des entretiens toujours très riches. Ces échanges nous ont été d'un réel apport tant sur le plan de la recherche dans la rédaction de notre rapport sur le sujet des GHT, que sur le plan professionnel dans l'exercice de nos futurs métiers respectifs.

Nos remerciements s'adressent ainsi,

- Aux élus, ou leurs représentants, des communes de :
 - Avranches ;
 - Landerneau ;
 - Pontivy ;
 - Quimper ;
 - Saint Hilaire du Harcouët ;

- Aux responsables des Agences régionales de santé de Bretagne, Normandie et du Pays de la Loire ;

- Ainsi qu'aux membres de direction, aux équipes médicales et non-médicales :
 - De l'EHPAD « Résidence Ti Avalou » à Fouesnant ;
 - De l'EPSM Morbihan à Saint-Avé ;
 - De l'HAD de Cornouaille ;
 - De l'HAD du Ponant à Brest ;
 - Du CH Avranches-Granville ;
 - Du CH Bretagne Atlantique à Vannes ;
 - Du CH de Basse Vilaine à Nivillac ;
 - Du CH de Landerneau ;
 - Du CH de Laval ;
 - Du CH de Saint-James ;
 - Du CH du Centre Bretagne à Pontivy ;
 - Du CH du Haut-Anjou à Château-Gontier ;
 - Du CHIC Quimper-Concarneau ;
 - Du CHRU de Brest ;
 - Du CHS de l'Estran à Pontorson ;
 - Du CHU Pontchaillou à Rennes ;
 - Du CLS de Concarneau.

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS	Agence régionale de santé.
AVC	Accident vasculaire cérébral
CA	Conseil d'administration
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CDU	Commission des usagers
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CSP	Code de santé publique
CTEL	Comité territorial des élus locaux
DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DG	Directeur général
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGA	Directeur général adjoint
DMP	Dossier médical partagé
DS	Directeur des soins
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
EPS	Établissement public de santé
EPSM	Établissement public de santé mentale
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sanitaire et médico-sociale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile

HPST (loi)	Dit de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
INS	Identifiant national de santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LMSS (loi)	Dit de la loi de modernisation de notre système de santé
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
NPM	<i>New public management</i>
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PMP	Projet médical partagé
PMSP	Projet médico-social partagé
PRS	Projet régional de santé
RéATE	Réforme de l'administration territoriale de l'Etat
RGPP	Révision générale des politiques publiques
SCoT	Schéma de cohérence territoriale
SI	Système d'information
SIH	Système d'information hospitalier
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SNS	Stratégie nationale de santé
SRS	Schéma régional de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
T2A ou TAA	Tarifification à l'activité
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
USINV	Unité de soins intensifs neuro-vasculaires

Méthodologie

Dans un premier temps, nous avons arrêté les bases de notre organisation par la désignation d'un référent chargé de gérer les relations avec l'administration et la gestion du budget. Par ailleurs, nous avons tenu à organiser régulièrement des points d'étape avec notre coordinateur afin d'évaluer et de réajuster en continu notre démarche. Nous avons parié sur le travail en équipe en privilégiant des rencontres régulières et en direct jusqu'au terme de notre travail. En effet, le but premier de ce projet réside dans l'enrichissement mutuel permis par un travail inter filières. Le sujet étant propre à la mobilisation des ressources personnelles, cela nous a permis de rencontrer jusqu'à 40 professionnels.

Dans un souci d'efficacité et de recherche d'une certaine neutralité axiologique, il a été décidé de diviser notre groupe en cinq binômes de filières différentes. Chaque binôme a été chargé d'étudier un ou deux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) choisis pour leurs particularités (la grande ou faible taille, leur caractère frontalier, leur situation polaire ou périphérique ou encore les débats qu'ils ont suscités). Il a été décidé de varier les points de vue en s'entretenant, autant que faire se peut, avec plusieurs professionnels de milieux différents intéressés de près ou de loin par le GHT (représentant de la direction de l'établissement-support, d'autres établissements parties, personnels médicaux, présidents de Commission médicale d'établissement (CME), représentants du secteur médico-social et élus locaux). Il nous semblait, de surcroît, indispensable d'obtenir le point de vue de la tutelle. Les trois Agences régionales de Santé (ARS) de chaque région ont, par conséquent, été rencontrées. L'étude de ces régions nous a permis, au demeurant, de mettre en perspective les stratégies et les spécificités de chacune. Ceci participe de la pertinence de notre projet.

Enfin, nous avons choisi d'étayer notre travail par de la littérature professionnelle et juridique, une étude portant sur les caractéristiques des territoires et de leurs établissements au regard de multiples critères (flux de personnes, frontières administratives, données démographiques ou contraintes spatiales). Tout du long, et notamment lors du travail de rédaction, nous avons tenu à valoriser la place de chacun en se répartissant équitablement les tâches et en respectant la vision de tous. Nous avons particulièrement apprécié ce travail en commun grâce à une équipe dynamique, efficace et volontaire.

Introduction

Dès lors que l'on parle de santé, des figures connues et bien repérées viennent à l'esprit : celle du médecin de famille, de l'infirmière qui passe à domicile, de l'hôpital le plus proche, parfois un numéro — le 15. Le domaine de la santé est alors souvent associé à des acteurs de proximité facilement identifiables. Rarement le patient aperçoit l'étendue du secteur et ses nombreuses ramifications. Jusqu'au jour où un incident de parcours survient, la maladie devient chronique, la perte d'autonomie se fait plus marquée, les pathologies associées rendent la prise en charge compliquée... Le parcours du patient prend alors une dimension de complexité qui se traduit par des inquiétudes : « Qui va me soigner, m'héberger ? Avec quelles compétences ? Dans quels lieux ? Et à quel prix ? »

Ces questions élémentaires trouvent des réponses parfois complexes, de portée difficile pour le patient comme pour les professionnels de santé qui l'accompagnent. L'accès à des soins sécurisés et de qualité requiert en effet un accès à l'information, sous peine d'une perte de chance. De même, s'adresser au bon médecin, au bon endroit et au bon moment représente un enjeu en termes d'efficacité et de garantie de bonne allocation des ressources. Or c'est précisément l'une des finalités du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) prévu par la Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016 : assurer à la population un égal accès à des soins sécurisés, de qualité et gradués au travers de filières organisées de manière à garantir une offre de proximité, de référence et de recours. Ainsi, la notion de « territorialisation des GHT » peut recevoir une première définition : il s'agit d'ancrer l'égalité des chances en matière de santé dans une stratégie de prise en charge commune et graduée sur un territoire déterminé. Cette première approche, que l'on peut appeler de « santé publique », se déduit d'une lecture attentive de la loi. Mais pour autant est-elle à l'œuvre dans la mise en place des GHT ? Des filières et de leur gradation ? Les Projets Médicaux Partagés (PMP) se sont-ils réellement appuyés sur un vrai diagnostic territorial des besoins ?

Cette première approche du GHT comme outil de santé publique étant posée, il est aussi possible de le considérer sous l'angle de la restructuration de l'offre de soin et comme outil de coopération. Véritable innovation juridique, il fait partie de la longue liste des outils de coopération hospitalière créés par le législateur pour surmonter les difficultés dues à l'émiettement du secteur sanitaire. Un émiettement doublé de cloisonnements et d'antagonismes puissants entre secteur public et secteur privé, sanitaire et médico-social, niveau local et niveau national. En tant qu'outil de coopération, le GHT a pour objectif de reconfigurer l'offre publique vers plus d'efficacité. Son cœur de projet est donc loin d'être neutre : les établissements publics ont désormais l'obligation de coopérer, un établissement

support prend en charge quatre fonctions supports, des transferts d'activités et d'autorisations sont prévus. L'équilibre des pouvoirs peut s'en trouver bouleversé. Dès lors, le GHT est susceptible d'inquiéter tout autant ceux qui y participent que ceux qui en sont exclus : les uns précisément parce qu'ils en sont parties, les autres parce qu'ils n'en sont pas. De ce point de vue, le processus de « territorialisation des GHT » renvoie à une prise de pouvoir, un processus « d'appropriation à la fois économique, idéologique et politique d'un territoire »¹ par un acteur au détriment des autres. Le GHT deviendrait un outil de déconcentration sanitaire où l'établissement support tiendrait le rôle d'interlocuteur unique pour la tutelle. Mais alors quelle gouvernance pour le GHT ? Et est-ce ainsi que les établissements parties perçoivent cette coopération ? Quelle conception l'ARS en a ? Comment le périmètre du GHT a-t-il été défini et par qui ? Les coopérations préexistantes sont-elles un frein ou un accélérateur de groupement ? Quelles responsabilités pour l'établissement support ? Le GHT est-il transitoire avant la fusion ou bien annonce-t-il d'autres formes de coopérations profondément novatrices ?

Enfin, une troisième approche du GHT est possible. Il s'agit cette fois de le considérer sous l'angle, précisément, de son territoire. Notre système de santé est profondément rivié à de fortes identités communales, médicales, soignantes, libérales... Des réseaux existent, des habitudes professionnelles les animent, des liens de confiance se sont depuis longtemps établis. Le territoire a sa propre dynamique, sa propre plasticité. Il n'est pas fait seulement de concurrences et d'antagonismes. Des solidarités ont été tissées, qui n'ont pas attendu les GHT pour s'organiser et trouver des solutions à de multiples problèmes. Ce maillage professionnel, associatif, politique forme la matière première dans laquelle chaque GHT doit prendre racine. Le territoire d'un GHT n'est donc jamais neutre. Il a ses propres caractéristiques. Ce qui, d'ailleurs, permet d'émettre l'hypothèse qu'il n'y a pas un processus de territorialisation, mais qu'il y en a de « multiples ». Selon cette troisième approche, la « territorialisation des GHT » se comprend comme un processus qui mène une communauté de santé au sens large d'un point d'équilibre territorial à un autre point d'équilibre territorial, en prenant le risque du déséquilibre. Autrement dit, des lignes sont appelées à bouger, et avec elles les points forts d'un territoire tout comme ses points faibles. Tous les acteurs en ont-ils conscience ? Les médecins, les usagers, le médico-social, les élus aperçoivent-ils tous une opportunité de changement ? Quels sont les leviers pour s'assurer de leur adhésion et comment animer le territoire ? Quel nouvel équilibre ville-hôpital et quel découpage territorial ? Le GHT transforme-t-il la manière

¹ DUBRESSON A. JAGLIN S. et GIRAUT F. , 2005, « Gouvernance, régulation et territorialisation des espaces urbanisés », IRD.

d'appréhender et de penser le territoire ?

Ces trois approches disent assurément quelque chose de juste sur le processus de territorialisation des GHT. L'une fait écho aux attentes de la population en termes de qualité de l'offre de santé ; l'autre, au contraire, rend compte des inquiétudes exprimées par les acteurs parties ou non du GHT ; la dernière souligne la dépendance du GHT à son territoire.

Le problème qui se pose est alors celui de l'adhésion des acteurs au projet : en effet, répondre aux besoins du territoire n'est possible qu'à condition d'impliquer les acteurs de terrain. Cependant, leur mobilisation peut paradoxalement écarter le GHT de son objectif premier du fait d'une superposition d'intérêts divergents (mais non moins légitimes). Aussi peut-on se demander quel niveau d'implication et d'adhésion des acteurs est nécessaire pour que ce dispositif puisse être opérationnel et respecter son objectif initial de santé publique ? Ce qui revient à se demander si au cœur de la notion de « territorialisation » ne serait pas en jeu une tension profonde entre santé et démocratie. La manière de dépasser une telle tension reviendrait alors pour les acteurs du GHT à bâtir en commun un *optimum local*. Face à ce questionnement, il est tentant d'aller confronter l'esprit de la loi, les inquiétudes qu'elle a fait naître et la réalité vécue par ceux qui, aujourd'hui même, bâtissent les GHT.

Mais avant d'entrer plus avant dans le cœur de ce travail, il est important de présenter notre méthodologie d'enquête. La clarification de certains concepts juridiques a été un préalable. Tout d'abord : qu'est-ce qu'un territoire dans le domaine de la santé ? « Le législateur n'a donné aucune définition du territoire », rappelle Marie-Laure Moquet-Anger². En effet, depuis la création de la carte sanitaire par la loi Boulin de 1971 jusqu'aux Territoires de la démocratie sanitaire dans la Loi de santé de 2016, toute l'histoire de la planification sanitaire est celle d'une déconcentration du secteur sanitaire. De sorte qu'aujourd'hui, le niveau pertinent pour l'organisation du système de santé est celui de la région et les contours du territoire de santé sont arrêtés par l'ARS (dans le cadre du PRS et du SRS)³. Le territoire est devenu l'unité de mesure de l'action publique dans ce domaine. Or, si le GHT est obligatoire, il ne l'est en rien dans sa configuration. Il demeure un réseau d'établissements qui entretiennent chacun des rapports propres à leur territoire. Ce qui signifie que le *périmètre du GHT* n'est pas nécessairement celui de *son territoire*. Par conséquent, le « territoire du GHT » s'apprécie au regard de son périmètre comme une

² MOQUET-ANGER M-L., 2016, « Droit hospitalier », LGDJ.

³ ARS : Agence régionale de santé. PRS : Projet régional de santé. SRS : Schéma régional de santé.

zone d'influences plus large, et qui lui est propre.

La seconde notion qui devait être identifiée est bien sûr le GHT. Or la tâche n'est pas si aisée, car celui-ci n'a pas la personnalité morale. C'est une « structure originale »⁴ que les professionnels du droit ont bien du mal à qualifier. Il n'est pas une forme de coopération organique puisqu'il n'entraîne pas la création de la personnalité juridique. Pour autant, il s'éloigne de la logique de coopération fonctionnelle par sa logique intégrative. Cette indétermination juridique est de nature à inquiéter les établissements parties, car elle questionne l'évolution du GHT en termes de fusion. Ainsi les résistances aux GHT s'expliquent parfois par les évolutions qu'il annonce.

Après s'être mis au clair avec ces notions grâce à l'étude d'un fonds documentaire, toute la place a été donnée aux acteurs du GHT pour recueillir leurs avis, leur témoignage et leurs réflexions. Bien sûr, les directions d'ARS, les Directeurs généraux d'établissements (DG) support et partie ont été sollicités. Ceux-ci se sont généreusement prêtés à l'exercice, de même que les Directeurs d'établissements médico-sociaux (DESMS), les directeurs des soins (DS), les présidents de Commission médicale d'établissement (CME), de nombreux cadres de santé, des praticiens hospitaliers. Il nous a aussi semblé essentiel d'entendre le plus d'élus et de maires possible, ainsi que leurs équipes et les responsables des Contrats locaux de santé. Quarante-quatre personnes nous ont reçus sur sept GHT, appartenant à trois régions (Bretagne, Normandie et Pays de la Loire). Enfin, nous avons veillé à choisir des GHT de tailles différentes, de même que leur bassin de vie, ou leur situation géographique. Nos entretiens ont été structurés autour de trois grands thèmes : quel état des lieux en matière de besoin de santé, quelle mise en place opérationnelle des GHT, quelles perspectives.

Il nous faut revenir sur la territorialisation telle qu'elle a été pensée par l'État ; l'analyse du terrain permettra d'envisager des éléments capables de conforter le GHT.

1. Le processus de territorialisation pensé par l'Etat, au travers du GHT.

1.1. La volonté étatique de réorganiser l'offre de soins autour des besoins de santé du territoire

La loi de santé s'inscrit, avec la mise en place des GHT, dans une approche coopérative et territoriale existant depuis plusieurs années. La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009 avait instauré la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) afin de

⁴ Ibid

franchir un nouveau cap dans la recomposition territoriale de l'offre de soins en adéquation avec les besoins locaux. Le dispositif des CHT s'est révélé insuffisant face aux objectifs fixés du fait de son caractère non contraignant. Le nombre de CHT constituées étant trop faible pour permettre une véritable recomposition de l'offre de soins, le législateur a opté pour un dispositif contraignant afin d'intégrer tous les établissements publics de santé (EPS), de restructurer l'offre en vue de correspondre aux besoins de santé des territoires. De plus, la Stratégie Nationale de Santé (SNS) de 2013 avait déjà pointé la nécessité d'organiser les soins autour du patient, par un parcours de soins.

La mise en place des GHT s'inscrit donc dans la continuité de cette dynamique coopérative tout en franchissant un nouveau cap. Les GHT répondent à une ambition claire : rétablir le Service Public Hospitalier en recomposant l'offre hospitalière et en garantissant l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Cela passe par une prise en charge graduée et un maillage de soins de qualité, centrés sur le parcours des patients et répondant à leurs besoins de santé. Parallèlement, ce dispositif poursuit un impératif d'efficacité économique (ONDAM). L'adaptation est l'une des valeurs cardinales du service public, d'où la nécessité d'opérer un changement stratégique dans l'organisation de notre système de soins. Cette nécessité amène alors le législateur à passer de la CHT au GHT, une forme de coopération obligatoire pour l'ensemble des établissements publics de santé.

Par cette coopération contrainte, l'État souhaite répondre aux enjeux sanitaires actuels (difficultés d'accès aux soins, désertification médicale, manque de praticiens dans certains territoires, etc.), mais aussi renforcer le secteur public face au privé. Afin de mettre en place le GHT et de s'assurer de sa constitution dans des délais brefs, la loi LMSS a fixé un cadre strict. Ainsi tous les EPS ont obligation de faire partie d'un GHT. Cette obligation est assortie d'un calendrier contraignant pour une rapide mise en œuvre du processus. La date de constitution des GHT était fixée au 1^{er} juillet 2016, cette mise en place passant par la conclusion d'une convention constitutive. Élaborée pour une durée de 10 ans, celle-ci est l'acte fondateur du GHT. Elle précise l'établissement-support du GHT et définit le Projet Médical Partagé (élaborée pour 5 ans) de l'ensemble des établissements parties au GHT. Ce document est d'une importance capitale dans la mesure où il définit les conditions de prise en charge commune et graduée du patient, visant à assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité et à garantir une offre de proximité, dans le cadre d'un parcours de soins. Le PMP, véritable pierre angulaire du GHT, doit permettre à chaque patient de bénéficier « des meilleurs soins, au meilleur endroit et au meilleur moment ». Ainsi, ce PMP doit mettre en adéquation l'offre et les besoins de santé du territoire par la structuration de

filiales de soins territorialisées. Dès lors, il doit être le garant de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers. Face à l'importance de ces documents, l'État a accordé davantage de temps aux acteurs de santé en allongeant le calendrier. Le PMP du GHT doit à présent être élaboré au 1^{er} juillet 2017 ; le report de cette date permettant la création d'un projet plus abouti, basé sur un diagnostic territorial plus précis et une meilleure connaissance des besoins de santé du territoire. Les prochaines échéances sont liées à la mise en place d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) convergent, permettant la mise en place d'un dossier patient commun facilitant la prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements membres d'un même GHT. En effet, le SI constitue une fonction mutualisée obligatoire du GHT (tout comme la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la fonction achats et la formation initiale et continue). La loi confie à l'établissement-support le soin d'établir ce SIH convergent. Le schéma directeur de ce SIH devra être établi d'ici janvier 2018, pour un déploiement en janvier 2021. Aussi, l'ensemble des fonctions mutualisées seront formellement mises en place au 1^{er} janvier 2018. Malgré l'adhésion obligatoire à un GHT, les contraintes liées au calendrier ainsi que les fonctions obligatoirement transférées à l'établissement-support, le cadre du GHT se révèle finalement plutôt souple. Par exemple, le GHT ne dispose pas de la personnalité morale et ne doit comporter que deux instances obligatoires (le Comité stratégique et le Comité territorial des élus locaux — CTEL). Une grande souplesse a été volontairement laissée par le législateur aux acteurs de santé territoriaux afin de permettre la corrélation entre la coopération inter-hospitalière résultant du GHT et les besoins de santé du territoire concerné, ainsi que l'appropriation du dispositif. Mais, cette souplesse peut être source de crainte pour les acteurs de santé. Certains d'entre eux y voient un manque d'accompagnement de la part l'État et de ses entités déconcentrées.

Ainsi, l'avenir des GHT devra probablement s'inscrire dans un accompagnement plus précis permettant aux acteurs d'avoir une meilleure visibilité de ce qui est attendu d'eux. Aussi, ce cadre législatif et réglementaire plus précis permettra aux ARS de mieux d'orienter leur action. Cet effort de cadrage est aujourd'hui enclenché : l'État précise la façon dont doivent se développer les GHT et leurs activités. On prendra comme exemple la fonction achats, obligatoirement transférée à l'établissement-support du GHT, dont les modalités de fonctionnement et d'organisation se précisent par le biais de décrets et d'instructions. Ainsi, l'État ajuste la loi, reste pragmatique et à l'écoute des remontées des territoires concernant les difficultés inhérentes à la mise en œuvre concrète des GHT. Le Rapport Hubert-Martineau met en avant la nécessité de faire confiance à ces acteurs, et de leur permettre de coopérer et de créer une véritable stratégie de territoire. L'État semble

suivre cette recommandation visant à une réelle appropriation du processus par les acteurs locaux. Enfin, pour assurer la pérennité des GHT, il conviendra d'éviter une concentration excessive des activités au sein d'un seul établissement ou une gradation de l'offre de soins trop éloignée des besoins du territoire. Ces arbitrages sont effectués, et le seront davantage à l'avenir, par les ARS, actrices déconcentrées de premier ordre dans la recomposition de l'offre de soins dans les territoires et la construction d'un parcours centré sur le patient.

1.2. Au cœur des spécificités régionales, la promotion d'une action des ARS.

Créées en 2010 par la loi HPST, l'ARS est une personne morale de droit public qui est rattachée à l'État, et en est à la fois distincte. Elle représente un instrument de gouvernance à distance qui est concomitante à une réforme plus large de l'administration de l'État. Celle-ci découle de la mise en œuvre de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2007 qui, sur le plan des structures administratives, s'incarne dans le projet de Réforme de l'Administration Territoriale de l'État (RéATE).

Le système de santé français n'y échappe pas. L'ARS illustre les préceptes du New Public Management (NPM) et représente une nouvelle manière d'organiser les institutions administratives de la santé. En séparant la décision stratégique de la gestion opérationnelle, cette nouvelle forme de gestion publique est basée sur une culture de résultats et emprunte au privé des pratiques et d'outils. Ce qui donne lieu à une administration plus souple qui se veut plus réactive et autonome. Cela passe aussi par plus de responsabilités.

La loi de santé vient donner aux ARS de nouveaux pouvoirs notamment dans la construction des GHT. Par exemple, le CSP⁵ donne un rôle important au directeur général de l'ARS dans la désignation de l'établissement support. La liberté dans la contrainte semble être le maître mot. L'ARS Pays de la Loire évoque d'ailleurs en entretien cette synthèse de « *principes communs et d'une construction à la carte* » qu'incarne parfaitement l'outil GHT. De fait, bien que les acteurs aient une certaine souplesse dans leur configuration, l'ARS a pour mission de valider sa conformité aux objectifs. Ce rôle de régulateur de l'ARS implique qu'elle prenne en compte les orientations nationales, mais aussi les particularités des territoires. C'est en cela qu'elle est l'acteur responsable du maillage de l'offre de soins sur le territoire. À ce titre, et au regard de nos rencontres avec les ARS, il apparaît que les agences ont souhaité être accompagnateurs plutôt que

⁵ L'article L6132-2 5^oa du code de santé publique : « La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-5 »

prescripteurs. Le contact régulier avec les établissements de santé et les retours d'expérience ont révélé la nécessité d'une certaine prudence quant à la construction des GHT. Finalement, les ARS ont souhaité être respectueuses des coopérations existantes et ont poussé à la sécurisation des groupements.

Les ARS ont surtout œuvré à définir un cadre pour la mise en place des futurs GHT, conscientes de l'attente de différents scénarios par les établissements de santé. Ainsi l'ARS Normandie a organisé dès le 26 novembre 2015 une réunion autour de la méthode générale de travail, et sur le cadrage et la méthodologie le 7 décembre 2015. Ce travail a été guidé par trois principes généraux : la taille critique, la dimension territoriale de santé ainsi que l'importance de ne pas détruire les coopérations préexistantes. Par exemple, en termes de critères, l'ARS Normandie a considéré qu'un GHT devait servir un bassin de population de 250 000 à 300 000 habitants et a jugé que l'établissement support d'un GHT devra être celui dont l'activité est la plus importante. Les ARS ont aussi précisé et imposé des filières jugées indispensables, laissant aux établissements la possibilité d'en développer d'autres. Parfois, elles se sont étonnées de l'absence d'éléments afin d'orienter le travail des établissements. Elles ont posé des règles : l'ARS Normandie comme celle des Pays de la Loire a considéré qu'aucune dérogation ne serait possible, même pour le secteur psychiatrique.

Les acteurs étaient clairs sur le fait que c'était bien l'ARS qui devait procéder aux arbitrages, plus ou moins importants en fonction des régions. Pour autant, cet arbitrage a parfois été très prudent. L'ARS Bretagne nous a précisé s'être tenue à une position de facilitatrice sans jamais adopter une position frontale. Partant du constat d'une forte concordance entre bassins de vie, coopérations existantes et territoires de santé en Bretagne, le parti pris de l'ARS a été de laisser les huit GHT se constituer sur la base des huit territoires de santé. De son côté, dans un souci de simplicité, l'ARS Pays de la Loire a choisi d'abonder en faveur du périmètre départemental consacrant ainsi cinq GHT contre quatre CHT en 2013⁶.

Conscientes des inquiétudes, les ARS sont soucieuses d'apaiser les appréhensions des équipes au sein des établissements de santé, en adaptant parfois des objectifs plus modestes que ceux de la loi de santé. Elles tolèrent un « *droit à l'expérimentation* » revendiqué par des établissements. Cela participe aussi à établir la confiance entre les membres parties au groupement. Certes, le calendrier a un caractère contraignant, mais les ARS soulignent son aspect accélérateur du projet et de mise en route, bien que cela ait imposé une charge de

⁶ Il existait une CHT interdépartementale entre le Maine et Loire et la Mayenne (49/53)

travail supplémentaire importante dans beaucoup d'établissements. De plus, elles sont conscientes de l'élaboration progressive des PMP. À ce titre, la construction du PRS 2^e génération postérieurement à la rédaction des PMP implique que ces derniers se basent sur le PRS 1^{ère} génération. Les orientations du PRS 2^e génération seront le moyen d'affiner et de réadapter les PMP.

Les missions dévolues aux ARS leur permettent de jouer un rôle d'interprétation de la loi. Par exemple, la préoccupation majeure de l'ARS Pays de la Loire a été de bien distinguer deux enjeux majeurs. Le premier est celui de l'efficacité de fonctionnement qui repose sur l'offre publique. Le second porte sur les filières de prise en charge. Ici, l'ARS est vigilante à ne pas oublier l'acteur privé qui participe, à son niveau, à la construction d'une offre de soins pertinente sur un territoire. L'ARS Pays de la Loire tient donc à rappeler que le PMP n'est pas un projet de territoire, sans quoi cela voudrait dire qu'on occulte une partie de l'offre de soins pourtant bien présente. Il ne faut pas s'éloigner de la réalité dans laquelle se situe l'utilisateur : que l'offre soit publique ou privée, ce qui importe c'est avant tout l'égalité d'accès pour tous à des soins de qualité.

De plus, bien qu'il y contribue, le GHT n'est pas la réponse unique et suffisante au phénomène des déserts médicaux. L'objectif d'un groupement est plutôt de mieux gérer les ressources par une organisation plus économe et plus rationnelle des moyens. Le GHT ne créera pas une « *génération spontanée* » de professionnels de santé, selon un DG et un médecin référent de l'ARS. L'ARS Normandie l'a davantage perçue comme l'occasion de réaliser un diagnostic des forces et faiblesses de chaque établissement sur les moyens d'atteindre une taille critique, mais surtout de créer une dynamique d'équipe territoriale que ce soit au niveau des spécialités médicales qu'au niveau des directions.

Finalement, l'ARS « *ne traduit pas une décentralisation territoriale ou politique, car elle demeure rattachée à l'État ; elle ne traduit pas non plus une simple décentralisation fonctionnelle ou technique, car elle est compétente sur un territoire particulier. C'est, partiellement, pour cela qu'a émergé l'idée qu'il y a là non une décentralisation, mais une territorialisation de l'action publique* »⁷. Toute agence a pour ambition première de faire vivre ce concept de territorialisation qui renvoie à une égalité des chances par une prise en charge commune et graduée sur un territoire identifié. Pour autant, le territoire de santé se mêle à des liens historiques, des cloisonnements anciens, des frontières plus ou moins perméables que ces dernières soient politiques, économiques ou géographiques, des flux

⁷ CHAUVET C., Professeur de droit public à l'Université de Bretagne Occidentale « La nature juridique de l'Agence régionale de santé, RDSS 2016, p. 405

variables et instables de populations et de professionnels. Quels ont donc alors été les positionnements des acteurs du terrain ? Comment se sont-ils approprié cette contrainte ?

2. Les processus de territorialisation vécus par les acteurs, à l'épreuve du terrain

2.1. La délimitation du périmètre, fruit de nombreux facteurs et arbitrages

La tentative de délimitation d'un territoire de santé, associé à un GHT, a été avant tout liée à l'étude de la répartition de la population et des besoins en santé sur le territoire, et celle de la répartition de l'offre de soins, sa gradation et sa coordination, grâce aux outils de diagnostic territorial. À cela s'ajoute l'analyse des enjeux économiques, qui permet d'éclairer les considérations des acteurs du territoire dans cette délimitation.

Répartition de la population et des besoins en santé sur le territoire vue par les acteurs du territoire. Les ARS que nous avons rencontrées diagnostiquent des spécificités relatives aux populations et besoins de santé sur ces régions de Bretagne, Normandie et Pays de la Loire, comme la présence de nombreux territoires ruraux. La population y est âgée, vieillissante, et avec des besoins en santé croissants. Le risque suicidaire y est plus élevé que la moyenne nationale. Des inégalités territoriales s'observent dans l'état de santé des populations. Il est ainsi globalement favorable dans le nord de la Mayenne, alors que dans le département voisin en Bretagne, l'espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale, que les taux de mortalité et de surmortalité due aux maladies chroniques y sont importants. Enfin, les caractéristiques sociodémographiques sont plutôt bonnes sur le territoire du Mont-Saint-Michel, alors qu'en Cornouaille, on relève une précarité importante de la population avec 30 % d'ouvriers et 12 % de chômeurs, ce que l'on sait avoir des répercussions sur la santé. Les priorités de santé étaient axées sur la prévention de l'obésité, du suicide et des addictions. Ainsi que sur l'accès aux soins, les prises en charge du vieillissement, de la dépendance et du handicap.

Répartition de l'offre de soins, sa gradation et sa coordination vue par les acteurs du territoire. Les diagnostics portés par les ARS ont alerté sur les démographies médicale et paramédicale qui sont elles aussi vieillissantes et inégalement réparties. La Mayenne est sous-dotée, tandis que, sur le littoral du territoire de Brocéliande, les densités pour le premier recours sont de 2 points supérieurs à la moyenne nationale. Sur certains territoires, l'on note une faible reprise en succession de cabinets libéraux. La démographie médicale hospitalière subit par ailleurs le déficit d'attractivité de certains CH qui enregistrent des

flux médicaux négatifs. Les difficultés de recrutement médical⁸, contraignent au recours à l'intérim. Les taux d'équipements illustrent aussi les disparités territoriales ou par discipline : en Mayenne, le taux d'équipement est élevé dans le secteur du handicap, mais insuffisant dans le champ du handicap psychique. Les difficultés d'accès aux soins en santé mentale sont dues aux attentes de rendez-vous en Centres Médico Psychologiques (CMP).

Une offre de soins graduée vue par les acteurs, à améliorer. Si les niveaux de recours sont organisés, l'offre est parfois insuffisante. En territoire du Mont-Saint-Michel, il n'y a pas d'USIC, et la contribution à la filière AVC se limite à de la télémédecine, le service d'USINV⁹ étant situé au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU). Les ARS ont relevé les ruptures de parcours pour les personnes âgées, les difficultés rencontrées par les permanences des soins ambulatoires et dans les établissements de santé, et leurs répercussions sur le recours inadéquat aux services d'urgences. De même, ont été identifiées en Bretagne occidentale des situations-frontières en addictologie ou dans le suivi des parturientes par les sages-femmes, comme source de ruptures de parcours pour les patients.

Une offre de soins construite avec des coopérations et des concurrences préexistantes au GHT. Les ARS avaient encouragé la constitution de CHT depuis 2012, et accompagné d'autres formes juridiques telles que les GCS¹⁰ (par exemple entre le CH Laval et une polyclinique pour de la chimiothérapie ambulatoire), les GCSMS (par exemple celui du Sud-Manche avec 12 EHPAD), les GIE (par exemple pour l'exploitation publique et privée d'une IRM en Mayenne), les GIP (par exemple pour la formation sanitaire et sociale en Mayenne), ou les groupements d'achats, qui illustrent la variété de coopérations existantes. Avec les GHT, ces coopérations pouvaient être soit reprises, soit se superposer partiellement à eux, soit entrer en conflit direct : cela fut le cas pour le GHT Mont-Saint-Michel qui a conduit un CH à sortir d'un GCS pour rejoindre le GHT. Au-delà de ces coopérations, cette offre de soins subissait une concurrence importante en MCO et SSR de la part de cliniques proches, ou même d'un CHU et de cliniques situés hors du département.

Le poids des enjeux socio-économiques sur la délimitation des GHT. Pour les ARS comme pour les établissements de santé, l'allocation des ressources comme l'efficacité médico-économique sont une préoccupation commune. Concernant les professionnels de santé et les directeurs, l'attention se porte sur les recettes fournies par leur activité médico-

⁸ En anesthésie-réanimation, urgences, imagerie, gériatrie, neurologie ou pédiatrie

⁹ Unité de soins intensifs en cardiologie. Accident vasculaire cérébral. Unité de soins intensifs neuro-vasculaires.

¹⁰ Cf. la liste des sigles utilisés.

technique. Pour les élus, l'hôpital public est source d'emplois directs et indirects pour la circonscription. Aussi, les redéploiements d'activité que le GHT peut impliquer font craindre à tous ces acteurs une perte d'activités rentables.

Le choix de délimitation du GHT qui a été fait a tenu compte de réalités complexes. Entre les impératifs de service public hospitalier, les exigences médicales, les enjeux économiques, et les aspirations des élus locaux, il y a eu une transaction avec des réalités territoriales complexes. En ex Basse-Normandie, le principe initialement posé par l'ARS d'une taille critique minimale en termes de population à desservir n'a pas résisté à la forte fragmentation de certains territoires normands, aboutissant à accepter un GHT dérogatoire. En Bretagne aussi, des solutions ont été trouvées à un désaccord local sur la délimitation, et l'ARS a accepté la proposition d'un GHT dérogatoire à ses critères, en l'assortissant de conditions de coopérations avec des GHT voisins. D'autres fois pourtant, la participation à un GHT a pu faire l'objet de considérations « plus stratégiques », comme le refus du CHS Regnier de s'associer librement au GHT, par crainte d'une perte de son identité au sein de la nouvelle entité. Mais la délimitation d'un GHT s'est aussi établie en fonction d'autres facteurs comme la géographie, les infrastructures routières, la sociologie, son histoire ou son organisation administrative, auxquels les représentants élus ont aussi fait appel pour tenter de porter la voix et les préoccupations des usagers-citoyens.

Du réseau au territoire, la délimitation territoriale des GHT devient un enjeu de structuration du territoire pour les élus locaux. L'appréhension des GHT par l'offre de soins et à la répartition des activités médicales sur un territoire fait surtout intervenir la notion de réseaux, relativement indifférente aux frontières. Parallèlement à cela, force est de constater que l'intervention d'autres acteurs dans la délimitation territoriale des GHT a été l'occasion de recentrer les préoccupations autour de celle de territoire dans son acception la plus administrative et historique.

Le niveau d'implication des élus au moment de la délimitation du périmètre des GHT a été variable selon les territoires et les contextes locaux. Il a été modéré dans les territoires où le GHT s'est construit de façon presque évidente au regard des coopérations hospitalières préexistantes. C'est notamment le cas de la plupart des territoires de la Bretagne. Le GHT est perçu, par les élus dans ce cas, comme un support de rationalisation des politiques publiques plus que comme un moyen de structurer un territoire. Cette implication a au contraire été intense dès lors que la proposition des ARS se confrontait à d'autres logiques territoriales promues par les élus. C'est essentiellement le cas des GHT du Mont-Saint-Michel, de la Mayenne et du Centre Bretagne. On notera que les élus les plus impliqués sur ces questions ont logiquement été les maires des villes d'implantation des établissements

supports initiaux, ou ceux qui le sont devenus, ou des établissements dont l'avenir des activités été incertain. En effet, l'hôpital représente un pilier local en termes d'emplois – souvent premier employeur de la ville - et pose le souci du maintien des services publics, de nature sanitaire en l'espèce. On retrouve enfin les députés, mais aussi les présidents de Conseils départementaux (CD). Les autres responsables, régionaux et intercommunaux, n'ont été que peu impliqués.

Un bref regard sur une carte (annexes VII, VIII, IX et X) permet de se rendre compte que, de façon délibérée ou non, les pouvoirs publics ont globalement promu les anciens territoires de santé dans une forme de dépendance au sentier¹¹, notamment en Bretagne. L'échelon départemental a animé les débats (quand bien même il n'a finalement pas été retenu) dans les GHT dont la délimitation a été la moins évidente. On comprend ainsi le rôle pivot des présidents de CD, d'autant plus intéressés par ces questions que leurs compétences se sont resserrées sur les questions sociales au gré des réformes. Cette logique ne semble pas indifférente au rôle historique du département qui, dès sa création sous la Révolution, avait été conçu de sorte que chacun ait un périmètre correspondant à une journée à cheval du chef-lieu, selon l'idée de proximité promue par Mirabeau. On la retrouve, de façon analogue dans les critères retenus et relayés par les ARS¹², pour élaborer les propositions de périmètres ; approche que A.VAUTARD¹³ qualifie de *quantitativiste* en ce qu'elle « tend à fixer une norme d'aménagement qui doit s'appliquer en tout point du territoire national » en citant l'exemple du critère de l'accès en 30 minutes aux services d'urgences.

Si ces critères peuvent être justifiés par un souci d'égalité dans d'application de la loi, on notera que c'est paradoxalement ce même argument de proximité et d'accès au service public qui justifiait aux yeux des élus locaux de réduire le périmètre du GHT au sud Manche, par exemple, pour former le GHT Mont-Saint-Michel au vu de la proximité plus évidente et structurante avec les CHU de Rennes ou de Caen (reliés par l'autoroute A84) comparativement au CH de Cherbourg qui aurait dû être initialement l'établissement support. Ainsi les relations centre-périphérie en termes sanitaires appellent sans aucun doute à d'autres critères de distinctions que ceux qui prévalent dans la structuration administrative traditionnelle. Si le critère départemental n'a pas prévalu dans ce cas, on remarquera cependant que le GHT initialement prévu n'a pas été découpé en deux, mais en trois GHT. Lesquels correspondent eux-mêmes à des territoires historiques du point de vue

¹¹ PIERSON P., juin 2000, "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics", *The American Science Review*, vol.94, n°2.

¹² Cf. supra ; partie I, B.

¹³ VAUTARD A., 2016, *L'aménagement sanitaire du territoire*, LEH Edition, p. 23.

administratif (territoire des circonscriptions administratives de l'État), ou du point de vue sanitaire (anciens territoires de santé) ou encore du point de vue de l'aménagement du territoire (correspondant au Schéma de Cohérence Territoriale du Sud Manche). La sociologie politique des territoires, l'implantation des élus locaux, ou leur statut d'ancien ministre n'ont pas été sans conséquence sur le fait que le découpage final de ces trois GHT dans la Manche ait été décidé en mobilisant le cabinet de la ministre¹⁴, ou que dans la région Pays de la Loire le périmètre final retenu fût celui du département pour le GHT Mayenne sous l'impulsion du président du CD. La faible importance de la formalisation des coopérations interrégionales, alors que les flux importants tendraient à en faire un sujet de première importance, témoigne une fois de plus de la prégnance des découpages territoriaux (ici des ARS) et du coût de négociation élevé induits par une coopération interrégionale.

À l'inverse, les GHT Centre Bretagne et de la Mayenne ont été recentrés – de fait pour le premier, de façon plus assumée pour le second par le président du CD – sur le territoire départemental alors que, respectivement pour chacun, l'ARS Bretagne et les coopérations antérieures (une CHT interdépartementale) appelaient à dépasser ces frontières. Dans le cas du GHT Centre Bretagne, avec deux établissements, on voit que le territoire a prévalu sur le réseau, le CH de Pontivy ayant par ailleurs des coopérations avec des établissements de multiples territoires (Lorient, Vannes ou le CHU de Brest alors qu'il est rattaché au CHU de Rennes). S'agissant de la Mayenne, on remarque que le découpage départemental du GHT avec Laval comme établissement support contrarie les rapprochements préexistants entre hôpitaux sur différents territoires et remet la question des relations centre-périphérie et des flux interterritoriaux au cœur des débats qui ont animé plusieurs députés issus de tendances politiques et de territoires différents (annexe VI).

2.2. Une maîtrise inégale de l'influence du GHT sur un territoire aux contours mouvants

Dans un second temps, la territorialisation des GHT se traduit par un remaniement et un investissement de l'espace. Alors que le GHT tente de s'adapter au territoire, celui-ci va réciproquement le transformer en provoquant un redéploiement d'activités médicales et donc d'équipements, ainsi qu'à moyen terme une modification des flux médicaux, humains

¹⁴ Voir en particulier, sur cette question, le blog du maire d'Avranches. NICOLAS D. , le 16 mars 2016, www.david-nicolas-avranches.com, « les trois groupements hospitaliers de territoires confirmés dans le département de la Manche ».

et économiques. Ce faisant, il se dessine une nouvelle perspective dans le concept de « territorialisation » des GHT : celle de l'animation du territoire.

Le premier vecteur d'évolution du territoire réside dans sa structuration par des filières de soins et médico-techniques. Pour répondre à l'ambition d'une prise en charge accessible, de qualité avec des parcours fluides, adaptés aux besoins des patients, la LMSS prévoit que chaque GHT soumette à l'ARS, pour le 1^{er} janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filières de son PMP. Ces dernières peuvent être définies « comme un ensemble coordonné d'acteurs ou de structures, organisé autour d'une pathologie ou une population sur l'espace limité qu'est le territoire »¹⁵. Que ce soit par ses objectifs (réponse aux besoins de santé), par les moyens qu'elle mobilise ou les contraintes spatiales qu'elle intègre, la filière est intrinsèquement liée au concept de « territoire ». Sur les trois régions étudiées, les filières sont d'abord l'émanation de l'intervention étatique. En effet, afin de garantir une couverture des besoins de santé qualifiés d'« incontournables », certaines thématiques ont été imposées par les ARS à l'image de la Bretagne où les établissements devront nécessairement développer les filières suivantes : urgences-prioritaires, santé mentale, gériatrie, oncologie, chirurgie, périnatalité-pédiatrie, AVC-neurologie, cardiologie¹⁶.

Dans un second temps, ce choix s'est également appuyé sur le diagnostic territorial réalisé par certains GHT. Rappelons que le rapport intermédiaire de la mission GHT ¹⁷ percevait en cette étape un facteur clé de succès : « Cette phase de diagnostic territorial est capitale pour l'ensemble du GHT. » Ce travail permet ainsi l'identification des besoins en santé non couverts sur le territoire amenant à l'analyse de la répartition de l'offre de soins ainsi qu'au repérage de dysfonctionnements dans les parcours patients. Aussi, certains GHT ont-ils proposé leurs propres filières, en sus de celles arrêtées par l'ARS à l'instar de Cornouaille avec l'« addictologie » et la « nutrition » ou de la Haute-Bretagne avec « locomoteur » et « pathologies digestives ».

Plusieurs outils ont pu être mobilisés en ce sens par les acteurs : recours à des cabinets d'audit pour répertorier offre et demande, organisation de groupes de travail parmi les membres du GHT, élaboration de matrice « SWOT » ou simplement exploitation des éléments présentés par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et le PRS 2012-2016. Il ressort de la nature des outils mobilisés, ainsi que du temps consacré à

¹⁵ ARS, ANAP, CNSA, DSSIS, DGCS, DGOS, DGS, DSS, 2016, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : lexique des parcours de A à Z*

¹⁶ Rencontre ARS Bretagne/Groupe contact FHF, 2016, *les futurs groupements hospitaliers de territoire*

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

cette analyse, une connaissance, à l'évidence, plus ou moins approfondie du territoire qui rejaillit indubitablement sur la pertinence des filières proposées.

De surcroît, la structuration historique du territoire explique largement certains choix de filières, en Bretagne notamment, moins en Normandie où les coopérations inter-établissements étaient relativement peu développées. Certes plus ou moins aboutis selon les régions, des réseaux maillaient effectivement depuis plusieurs années l'espace. À cet égard, rappelons que le concept de « filière » a été développé pour la première fois en 1999 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). À l'instar de la réflexion sur le découpage territorial des GHT, les filières se sont donc, dans ce cas, inspirées voire adossées à des coopérations existantes telles que des CHT (6 en Bretagne), des Fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) ou simplement des conventions (réseaux gériatriques...). Néanmoins, le GHT a eu le mérite d'ouvrir le débat autour de l'efficacité des coopérations existantes en les actualisant en regard de l'évolution du territoire, les améliorant et parfois en les étendant à l'ensemble des établissements membres. Ce travail de questionnement reste néanmoins inégal selon les GHT, certains s'étant contentés de réintroduire tels quels leurs réseaux sous l'intitulé « filière ».

Les filières seront indubitablement un élément déterminant dans l'animation du territoire de demain, d'autant qu'elles sont bien souvent au service de la « gradation des soins ». En effet, le Code de santé publique dispose que « le PMP comprend [...] l'organisation par filière d'une offre de soins gradués »¹⁸. Il est clair que les sept GHT étudiés, par la structuration des filières, ont renforcé la gradation des soins. Le constat est donné toutefois que la gradation des soins dépasse les frontières du GHT dans et hors son territoire. En effet, cette situation semble inévitable dans le cas de prises en charge de pathologies dont les phases aiguës nécessitent l'intervention d'un CHU. En revanche, un mauvais repérage des compétences de proximité et donc un périmètre perfectible peut aussi l'expliquer. Pour autant, on peut se questionner sur la pertinence d'arrêter un territoire limité pour chaque GHT tant le périmètre pertinent dépend des problématiques sanitaires concernées. En ce sens, l'ARS Normandie a pris le parti de ne pas délimiter de territoires propres à chaque regroupement. Les GHT ont opéré des transferts d'activités entre établissements, pas toujours bien compris et acceptés. Dans le GHT Mont-Saint-Michel, une hypothèse de redéploiement d'activités concernerait des lits de soins palliatifs identifiés qui pourraient être fermés pour évoluer vers une prise en charge par des EMSP¹⁹ centralisées. Nous avons

¹⁸ Code de la Santé Publique, article R6132-3

¹⁹ Équipes Mobiles de Soins Palliatifs mobilisées depuis le Centre Hospitalier Avranches-Granville

relevé une tendance à vouloir recentrer les soins aigus sur les établissements supports, comme en Bretagne centre avec le CHU, ou en Cornouaille avec la maternité sur Quimper. In fine, si le redéploiement d'activités se vérifie, il entraînera sans doute des mouvements de personnels médicaux et non-médicaux, et en premier lieu les professionnels des hôpitaux de proximité qui pourraient se voir privés de certaines de leurs responsabilités sur place. En outre, certains professionnels libéraux seront contraints de suivre le mouvement pour préserver leurs patientèles. A contrario, plusieurs chefs d'établissements perçoivent dans le GHT le moyen de consolider les activités des ex-hôpitaux locaux en remédiant à leurs difficultés de recrutement médical. En effet, le rapprochement avec un CHU dans le cadre de regroupements hospitaliers ou de filières est un facteur d'attractivité pour ces derniers en offrant l'opportunité d'un exercice médical partagé sur plusieurs sites et donc encourage la venue de praticiens depuis l'établissement-support. De surcroît, si plusieurs dispositifs à l'instar des « assistants-spécialistes partagés » en Bretagne ou de la prime multi-sites ont d'ores et déjà été éprouvés dans les régions, le GHT s'est doté de nouveaux outils tels que la « prime d'exercice territorial »²⁰.

Pour autant, les communautés médicales restent parfois réticentes à la mobilité. C'est le cas d'abord des médecins libéraux, employés des hôpitaux de proximité, qui craignent d'être remplacés par des praticiens en exercice partagés sur plusieurs établissements du GHT. Certains acteurs confient aussi que le regroupement n'est pas la solution miracle à la problématique multifactorielle de pénurie médicale qui touche parfois l'ensemble des établissements membres (un DG a précisé que « l'addition des pénuries n'entraîne pas la suffisance »). La préférence pour une gestion locale à échelle humaine, propre aux hôpitaux de proximité et favorisant un sentiment d'appartenance représente également un frein à la mobilité vers des établissements-support de plus grande taille. Enfin, des contraintes pratiques telles que les distances inter-hospitalières et l'absence d'un système d'information unique facilitant ont été évoquées à de nombreuses reprises dans les entretiens.

Par ailleurs, le GHT prévoit une mutualisation des fonctions support que sont les systèmes d'information, les achats, la direction de l'information médicale et la formation, qui ne sera pas sans conséquence sur le territoire. Ainsi concernant les SI, en Brocéliande, le GHT a pour projet la mise en place d'un Dossier Médical Partagé (DMP). Sur le GHT Mont-Saint-Michel les SI sont mutualisés, avec pour priorités un identifiant patient unique et un

²⁰ Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, J.-O. du n°0063 du 15 mars 2017, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/14/AFSH1628958A/jo/texte>

dossier patient informatisé commun. Les acteurs y considèrent qu'il n'y a ni fusion ni absorption, et qu'il est nécessaire de maintenir des ressources locales. Dans ce même GHT, la pharmacie est mutualisée, tandis qu'en Cornouaille, ils souhaitent « *reconcentrer* » leur activité de pharmacie sur le CH support. Pour les achats, la Bretagne occidentale travaille sur une cartographie des achats, tandis qu'au Mont-Saint-Michel, cette fonction est mutualisée. Par ailleurs, cette mutualisation de fonctions a parfois été accompagnée de la mise en place d'une direction commune, déjà effective en Bretagne occidentale ou cinq des sept établissements du GHT sont en direction commune ; et au Mont-Saint-Michel avec six sur sept des établissements du GHT.

La mise en place des GHT n'a pas eu, pour le moment, de conséquences significatives sur les flux de patients, à l'exception des services d'Hospitalisation à Domicile (HAD), comme en Bretagne occidentale, où cette dernière fait état d'un flux de patient croissant. Au-delà, les flux ont été modifiés par les fermetures de maternités, par les reconcentrations d'activités vers les gros CH, ainsi que par le renforcement des filières et de la gradation des soins. Les consultations avancées mises en place dans plusieurs GHT vont améliorer le maillage territorial et potentiellement améliorer un flux entrant de patients. En Brocéliande, l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) a contacté le GHT pour coopérer, ce qui engendrerait un flux de patients entrant. Enfin, la mise en place des GHT fait craindre aux petits établissements un transfert de leurs activités rentables vers ceux de plus grande taille. Si certains établissements n'y sont pas opposés à condition d'une fusion des budgets, en revanche en GHT Bretagne Centre - CH Pontivy- et dans le GHT voisin, à Concarneau, ils ne souhaitent pas « *être transformés en EHPAD* ». Sur le GHT Mont-Saint-Michel, le spectre dans un CH d'une perte de revenus, liée à la fermeture de lits de soins palliatifs, inquiète. Autre sujet d'inquiétude économique, en Brocéliande, l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) a soulevé la question du coût supporté en termes de répartition des charges communes au GHT pour les établissements de petite taille. Nous n'oublions pas que les GHT auront des conséquences sur les flux économiques du territoire puisqu'ils contribuent à le faire vivre par leurs contrats commerciaux (recours à des laboratoires privés par exemple), et les emplois directs et indirects, qui dépendent de l'évolution de leur attractivité et leur activité.

2.3. Des lignes qui bougent sous l'effet d'une impulsion nouvelle

Le PMP du GHT doit être élaboré au 1^{er} juillet 2017. À un mois et demi de cet impératif, nous sommes en capacité de présenter modestement un point d'étape, issu du terrain. Les points positifs sont multiples ; même si chacun des acteurs peut, à des degrés divers,

regretter les contraintes imposées dans la mise en marche du processus. Cependant, le calendrier serré a eu le mérite, de l'aveu quasi unanime, de voir des réalisations là où sur base uniquement du volontariat, le report aux calendes grecques aurait été de mise.

Nous pouvons déjà reconnaître que le GHT a permis aux différents ses acteurs de se rencontrer, échanger sur ce qu'ils font (à 30 ou 40 km de distance, les uns des autres), prendre conscience mutuellement de leur proximité géographique et partager sur leurs pratiques professionnelles. L'hôpital de demain ne sera plus le lieu du « chacun chez soi ». Il comptera avec un environnement sanitaire, social et médico-social qui le complète en amont ou en aval dans cette gradation des soins et de qualité visée.

Le GHT, comme la T2A, vient bousculer les routines installées. Il vient questionner les réponses données aux besoins de santé et pousse à chercher les voies et les moyens pour travailler ensemble. Fondamentalement, il insuffle un état d'esprit collectif, aussi bien dans chaque structure entre pôles et spécialités diverses, qu'entre établissements dans leurs potentielles complémentarités. Tout cela en réalisant d'abord une mise à jour dans la réappropriation des données du territoire appréhendé en termes populationnels et de santé. Il est clair que l'étude approfondie du territoire intervient, certes, tard. Mais aujourd'hui elle constitue une véritable préoccupation dans le cadre de la préparation du PMP. Le Diagnostic Territorial Partagé et le GHT sont une véritable démarche de conscientisation des acteurs.

Peut-on parler d'une reprise de pouvoir de l'État sur la santé ? Il est permis de constater que la réponse des acteurs de la santé eux-mêmes à l'impulsion de l'État, dans un cadre général parfois imprécis, permet de structurer l'offre de santé, en s'adaptant aux conditions locales. Les responsables sanitaires locaux se retrouvent à concevoir, par la concertation, ce que l'État n'aurait sans doute pas pu faire lui-même de manière globale et adaptée.

Les ARS accompagnent ce mouvement en veillant à la dynamique d'efficience des acteurs publics dans leurs mutualisations des moyens, tout en veillant à la logique médicale d'organisation des filières où le caractère partagé du PMP semble bien plus structurant que la dimension territoriale. La dimension partagée signifie bien qu'il l'est entre acteurs individuels (médecins d'hôpital, libéraux de ville, soignants paramédicaux), structures hospitalières (CHU, établissements-support, établissements plus modestes), et autres structures (EHPAD rattachés ou autonomes, GCSMS), mais aussi cliniques privées. À terme, quand les conditions locales l'exigent, ces cliniques vont éventuellement tendre à intégrer ce que seraient des « pôles de santé de territoire ». On vise également à partager l'information complète et appropriée aux principaux intéressés : les usagers.

Le secteur public se modernise en intégrant la logique de groupe, à l'image du secteur privé ; et malgré des contraintes asymétriques, les décalages se rattrapent. Cependant : le territoire du privé peut souvent être national alors que celui du public est cantonné à un périmètre plus local. Cela peut interroger. Mais ce serait oublier qu'il existe également des petites cliniques de villes moyennes face à un CHU. In fine, la territorialisation de la santé n'est-ce pas plutôt une mise en réseaux des compétences et des moyens matériels ?

La pression de l'utilisateur oblige à revoir l'opposition public/privé qui perdure. Grâce à la vigilance des ARS dont fondamentalement le rôle est de veiller aux équilibres nécessaires, le GHT participe au désenclavement des pratiques et des esprits. Il s'agit ainsi de dépasser la conception antagoniste du public-privé en se dirigeant vers le concept de partenariat concurrentiel, mais non-antagoniste. La vigilance assurée par les ARS vise la convergence et la contribution de tous à l'intérêt général. Certes, cette logique du GHT est engagée depuis longtemps, ancrée dans la continuité de la dynamique des coopérations. Mais elle bénéficie d'une impulsion et d'un élan renouvelés et de degré supérieur. Élan où l'on cherche à structurer les filières dans la limite des choix de l'utilisateur. On se fixe de donner l'information complète au patient qui devient, avec l'aide de son médecin traitant, acteur de son parcours, autour d'une référence essentielle : son domicile.

Dans cette perspective, au regard de l'expérience acquise, un certain nombre de préconisations peuvent indiquer quelques axes de potentielles évolutions des GHT.

3. Des propositions d'actions en faveur d'un GHT dynamique et ancré dans son territoire : décloisonner, innover et accompagner les changements.

3.1. Un décloisonnement nécessaire pour répondre de manière efficiente aux besoins de santé du territoire

Si l'essence des lois HPST 2009 et de la loi de santé de 2016 portait sur un équilibre de l'offre de soins sur un territoire dans un objectif d'accessibilité, il n'en demeure pas moins que la construction des GHT s'est faite sur un modèle hospitalo-centré. Certains acteurs s'interrogent déjà sur la possibilité de décloisonner au-delà des limites des établissements de soins. Sur cet aspect, plusieurs propositions ont émergé de nos entretiens allant d'une approche d'ouverture sur le médico-social jusqu'à une approche populationnelle telle qu'on la trouve dans le modèle canadien. Pour d'autres, la structuration des filières et l'organisation des GHT sont des objectifs prioritaires, point de vue défendu par les ARS interrogées.

Lors des différents entretiens réalisés, il est apparu que peu de GHT se sont tournés vers le médico-social notamment les EHPAD publics autonomes. Ainsi, pour le GHT Haute-

Bretagne, le calendrier trop contraint a été un frein pour les intégrer dès la création du GHT, le GHT Brocéliande Atlantique quant à lui « évoque un besoin de temps et de concertation » avant de s'engager dans la démarche pour certains établissements. Une certaine crainte apparaît reposant sur le précepte que le GHT soit trop intégratif et insuffisamment collaboratif. C'est pourquoi il nous apparaît essentiel de clarifier les modalités de la coopération, mais aussi de favoriser le sentiment de confiance dans les relations inter-établissements. Il est important d'atténuer ce propos à la lumière de certains GHT qui ont déjà mis en place cette coopération, soit parce que cette offre était présente dans leur établissement, soit parce qu'ils ont trouvé opportun de l'engager lors de la construction de la filière gériatrique. Cependant, le calendrier imposé constitue un frein.

Pour aller plus loin, il nous apparaît incontournable de remettre l'usager au cœur du système dans la construction de la filière prenant en compte tant l'amont que l'aval. Pour parfaire ce parcours de soins, il s'agirait d'ouvrir aussi cette réflexion vers les établissements privés et les services sociaux des communes (EHPAD, clinique, HAD, Centre communal d'action sociale - CCAS). Par ailleurs, la prise en compte de la dimension sociale ne peut être exclue dans un territoire où la précarité complexifie les problématiques de santé. Pour exemple, le GHT Bretagne Occidentale a mis en place un partenariat avec l'HAD privée sous l'impulsion de l'ARS créant ainsi une plateforme opérationnelle de sortie publique/privée.

Concernant le MCO privé, la question de leur intégration demeure moins pertinente, en raison des relations concurrentielles prédominantes. Toute coopération doit pouvoir s'appuyer avant tout sur une complémentarité. Cependant la concurrence constitue un levier de performance. De même, la psychiatrie doit aussi trouver sa place en tant que partenaire ou partie en raison de la prévalence forte des problèmes de santé mentale du territoire.

Le GHT doit également s'adosser aux offreurs de soins ambulatoires. Ceci permettra d'assurer la continuité des soins, la pertinence des hospitalisations et de fluidifier les parcours tout en optimisant la performance économique. Cette ouverture sur la ville pourrait s'opérer dans un premier temps sur une construction de réseaux avec les professionnels de santé libéraux, et pour aller plus loin vers une approche populationnelle dans une vision très intégrée du GHT. À l'instar des différents acteurs rencontrés, nous pensons que le GHT ne doit pas remettre en cause les coopérations et les partenariats existants et efficaces. En effet, les fédérations inter-hospitalières ont permis de décloisonner les relations des acteurs notamment à travers les filières d'urgences, ce qui a

prédisposé la mise en œuvre des GHT. La constitution des projets médicaux de territoire doit s'appuyer sur la dynamique engagée.

Pour autant, les coopérations antérieures (GIE, GIP, GCS) au GHT peuvent constituer un risque de complexité du dispositif par un effet « mille-feuilles », au détriment de la lisibilité du GHT. Cependant, elles peuvent aussi constituer un tremplin vers une stratégie gagnant/gagnant dans la redistribution des activités et des responsabilités.

3.2. Le GHT doit s'appuyer sur une dynamique d'innovation, condition de sa réussite

La prise en charge par filières multi-sites et l'exercice partagé entraînent une approche innovante afin d'optimiser les moyens et garantir le maintien de la qualité des soins.

Le système d'information et NTIC, un chantier prioritaire : dans l'objectif de rendre efficace la coopération, le chantier du système d'information nous semble être prioritaire. Il doit être unique et tourné vers la ville. Pour y répondre, le GHT Brocéliande Atlantique a amorcé un projet de mise en place de plateforme permettant un réel partage de l'information entre les médecins de ville et les établissements de santé. Elle permet de prendre en compte les résultats d'examens, les comptes rendus médicaux donnant accès à cette information aux médecins libéraux. Cependant, ces derniers devront souscrire un abonnement s'ils souhaitent l'enrichir. Le partage d'information contribue à fluidifier les échanges ville/hôpital afin de mieux coordonner les parcours de soins sur le territoire. Le caractère facultatif et payant de cette adhésion limite l'efficacité du dispositif, aussi le coût pourrait être pris en charge par les pouvoirs publics ou l'hôpital. Par ailleurs, au regard du coût d'investissement induit par un nouveau SI et la possibilité du GHT de se redessiner, ne serait-il pas judicieux de s'orienter vers un DMP²¹ qui prévoit la convergence de l'utilisation de l'INS²² comme identifiant unique ?

Il apparaît nécessaire de repenser l'exercice territorial en développant l'utilisation des nouvelles technologies telle que la télémédecine. Elle semble être une réponse pertinente à la distance induite par le GHT et répond à l'accessibilité des soins en l'absence de présence physique de praticiens spécialisés sur les sites périphériques (téléconsultation, validation des examens d'exploration fonctionnelle, etc.). L'innovation concourt ainsi à la qualité des soins en facilitant l'accès. Cette approche implique l'engagement des acteurs et plus encore des établissements sur des investissements coûteux : formation, matériels et dans des programmes de recherches et développements.

²¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la politique de santé publique.

²² L'INS est un identifiant attribué à tout bénéficiaire de l'assurance maladie.

Promouvoir un exercice partagé et l'émergence de nouveaux métiers : par ailleurs, dans un souci de mobilité des professionnels des GHT, il est indispensable de promouvoir la fonction formation à travers un plan de formation cohérent, commun et une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à l'échelle des territoires pour accompagner l'émergence de nouveaux métiers (coordination) et de la polyvalence²³.

La question de la mobilité implique aussi de se préoccuper de la qualité de vie des professionnels. La mobilité n'aura de sens que si elle est présentée comme une plus-value dans la prise en charge du patient à l'échelle du territoire et dans le développement des compétences du personnel. Pour exemple, le GHT Cornouaille a mis en place une équipe d'Infirmiers Anesthésistes diplômés d'État (IADE) polyvalente Bloc/Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) multi-sites et le GHT Brocéliande Atlantique, quant à lui, envisage le même dispositif sur tous les métiers dits « sensibles ». L'exercice partagé ne doit pas obérer la qualité des soins. Il est donc nécessaire d'harmoniser les pratiques pour favoriser la mobilité d'une organisation à l'autre en assurant la qualité des soins.

Cela conduit à une réflexion sur l'uniformité des statuts, des carrières et de la gestion du temps de travail dans un objectif d'équité entre les agents. Par conséquent, la mobilité devient un véritable levier d'attractivité pour les personnels médicaux et paramédicaux, ce qui ressort des entretiens avec les différents acteurs interrogés. Dans ce sens, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) invite avant l'automne dans l'instruction du 4 mai 2017 à adopter un schéma de mobilité dont l'objectif est de réfléchir à l'évolution des métiers, aux déplacements et aux changements de situations administratives.

La lutte contre la désertification médicale peut aussi s'appuyer sur un juste équilibre entre concentration et déconcentration des plateaux techniques afin de ne pas vider de leur substance les établissements périphériques et de donner les moyens aux praticiens d'exercer leur art (orientation prise par le GHT Brocéliande Atlantique).

Améliorer la lisibilité des filières par une communication adaptée : pour être efficient, le parcours doit être lisible tant pour les professionnels que pour les patients. Cette lisibilité doit permettre d'identifier les filières, de repérer le parcours patient proposé et les activités par niveau de recours. Pour répondre à cet objectif, il faut donc organiser une communication claire, tant en interne qu'en externe. En interne, le personnel doit connaître l'existence des filières et doit être associé à la construction des projets à travers les outils du PMP et du PSP (projet soignant partagé). Il est même souhaitable de favoriser la

²³ - Article 51 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

construction de projets médico-soignants partagés afin d’obtenir une cohérence du parcours patient et une implication de tous les acteurs. Le GHT Brocéliande Atlantique et le GHT Haute-Bretagne ont choisi cette orientation. En externe, une approche marketing doit permettre de faire connaître et reconnaître l’offre de soins proposée pour ainsi gagner des parts de marchés. Pour exemple, le GHT Haute-Bretagne étudie l’idée de labellisation dans le cadre de la procédure de certification commune. Cette labellisation est porteuse d’un message qualité fort à l’attention des usagers et des prescripteurs. La création d’un logo du GHT permet la visibilité et le sentiment d’appartenance. On peut aussi envisager l’amélioration de l’accès à la filière de soins par un dispositif coordonné telle qu’une plateforme de rendez-vous pour les usagers et une plateforme de coordination inter-établissements du GHT.

Une politique de mutualisation des fonctions supports qui respecte les équilibres budgétaires : en vertu de l’arrêté du 10 novembre 2016, les GHT doivent fixer leur contribution respective. La mise en place de la mutualisation des fonctions supports ne doit pas pour autant mettre en difficulté les établissements de proximité. En effet, comme nous avons pu le voir lors d’entretiens, cette répartition des charges peut paraître peu équitable pour certains établissements et créer des zones de frictions. Concernant les marchés publics, les procédures liées à la mutualisation des achats peuvent venir alourdir les pratiques existantes plus simples. Les délais liés aux procédures d’achats de matériels ne doivent pas être augmentés de manière démesurée, ce qui pourrait avoir un impact sur les organisations. La mutualisation et les nouveaux groupements d’achat peuvent aussi remettre en cause des contrats existants parfois plus favorables et venir pénaliser les établissements par des surcoûts éventuels. Par ailleurs, l’instruction interministérielle du 4 mai 2017²⁴ est en faveur d’une souplesse dans l’accès au nouveau groupement d’achat. À défaut, la question des comptes consolidés des établissements du GHT prend ici son sens.

Repenser l’allocation ressources en faveur des innovations : les modèles de financement actuels ne permettent pas toujours de prendre en compte l’allocation de ressources dans l’approche parcours patient sur un territoire. Pour exemple, la télémédecine n’est pas valorisée. Ceci pose la question de la rénovation du financement pour favoriser l’émergence des dispositifs innovants alors qu’actuellement il repose sur les acteurs. Le

²⁴ Instruction interministérielle n°dgos/ght/dgfip/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l’organisation des GHT.

rapport Véran d'avril 2017²⁵ propose l'expérimentation d'un financement au parcours. Il reste à définir les clés de répartition entre les acteurs de la prise en charge.

3.3. Promouvoir un processus d'acculturation vers une appropriation collective du GHT

La mise en place du GHT questionne la place de chacun des acteurs ; établissements professionnels de santé, directions, usagers, élus. À travers le dialogue qu'il a instauré, il a permis le passage d'une vision individuelle vers une vision collective permettant ainsi d'aller d'une logique d'établissements vers une stratégie de groupe.

Un équilibre à préserver dans la place des établissements au sein du GHT : dans le cadre des GHT, la coopération doit être perçue dans un processus gagnant/gagnant. Ainsi, la gouvernance doit prendre en compte le respect de la zone de décision de chaque établissement, quelle que soit sa taille. Elle doit permettre l'expression de chacun qu'il soit membre ou partie. Dans le GHT de Cornouaille, chaque établissement membre et partie est représenté à nombre de voix égal dans le Comité stratégique, ce qui permet à chacun de porter son point de vue. De plus, la redistribution des activités doit être équilibrée pour éviter le sentiment d'absorption du « petit par le gros ». Le développement de valeurs communes est un socle essentiel à la construction d'une identité commune.

Passer d'une identité individuelle à une identité collective : la construction d'une identité commune peut s'appuyer sur la mise en place d'un management partagé, ou la participation à des projets communs. Pour exemple, la mise en place d'un encadrement partagé sur des plateaux de spécialité multi-sites peut favoriser le développement de cette culture. Le GHT devient la nouvelle unité institutionnelle. La manière de faire vivre les instances où sont représentés les professionnels de santé donne lieu à la construction et au développement de cette nouvelle identité. Cet objectif peut aussi s'appuyer sur différents outils comme le PMSP, l'élaboration de charte sociale, le développement de projets communs.

Accompagner l'utilisateur dans la mobilité induite par la filière : pour l'utilisateur, le GHT impose un changement de culture dans les modalités de sa prise en charge. Cela passe par l'acceptation d'un parcours ou d'une mobilité sur différents établissements en fonction de l'intensité du besoin. L'implication des usagers dans l'élaboration du PMP à travers la Commission des Usagers (CDU) permettrait l'instauration du climat de confiance nécessaire à l'adhésion à la filière de soins proposée.

²⁵ VERAN O. , 4 avril 2017, « mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

Redonner une place aux élus dans les débats sur la santé du territoire : il faut redonner une place aux élus à travers les instances leur permettant une réelle participation dans les débats sur l'organisation de la santé du territoire. La loi HPST en transformant les instances a modifié leur place passant d'un rôle d'acteur dans les Conseils d'Administration (CA) à un rôle consultatif dans les Comités territoriaux des élus locaux. Cependant, leur compétence en qualité d'aménageurs du territoire peut favoriser la mise en œuvre des projets du GHT (mise à disposition de terrains, construction de maisons médicales de garde, etc.). Si les ARS souhaitent aujourd'hui développer les contrats locaux de santé, elles se heurtent à des élus moins concernés par les problématiques sanitaires. Pour autant, leur participation reste essentielle, au vu de la place de l'hôpital sur un territoire et les enjeux économiques que cela représente (attractivité du bassin de vie, emplois, etc.).

Conclusion

Le GHT s'intègre dans le cadre législatif posé par la loi de santé de 2016. Pour la première fois dans le domaine sanitaire, le législateur prévoit le regroupement juridiquement contraint de l'ensemble des hôpitaux publics comme il a pu le faire récemment pour l'intercommunalité. L'objectif étant de garantir à la fois une offre de soins de proximité dans les meilleures conditions de sécurité et de qualité. Ce faisant, l'État les engage à s'inscrire dans le mouvement, déjà amorcé, de territorialisation en les intégrant plus en avant dans le réseau d'acteurs locaux de leur environnement. Illustration d'une tentative de territorialisation des politiques de santé, la mise en œuvre des GHT s'est vue logiquement confiée aux ARS. Conscient néanmoins de la nécessité de voir s'approprier cette réforme par les acteurs locaux, tant pour des raisons d'acceptabilité politique que par sa volonté première de s'adapter aux besoins du territoire, les pouvoirs publics se devaient de laisser aux acteurs une marge de manœuvre. Les établissements ont donc participé à la construction de leurs propres regroupements en choisissant, librement en principe, ses membres ainsi que les filières qui les uniraient. C'est ainsi que la territorialisation des GHT s'est caractérisée par des négociations autour de son découpage territorial, mais aussi des actions à mener sur un espace géographique donné. À cette occasion, de multiples intérêts propres à chaque acteur ont pu se confronter de telle sorte que la mise en place des GHT a pu s'éloigner localement des objectifs nationaux initialement posés (couverture des besoins de santé, économies d'échelles, simplification administrative, etc.). Pour autant, on ne saurait ignorer le mérite de cette réforme dès lors qu'elle a impulsé une dynamique

d'échanges et d'appropriation du territoire. Conséquence, souhaitée ou non, il va de soi que le GHT aura effectivement une influence sur son territoire par l'impulsion et l'orientation des flux humains, médicaux et économiques qu'il entraîne. Aussi, il semble bien que le processus de territorialisation du GHT passe nécessairement par la mobilisation de moyens collaboratifs qui, paradoxalement, peuvent empêcher de répondre pleinement aux besoins de santé du territoire.

En somme, au regard de la pluralité d'objectifs de cette réforme, le processus de territorialisation ne peut être qu'inachevé à ce stade. Ce constat appelle sans doute à une réflexion autour de la rénovation du modèle du GHT afin de rendre plus cohérentes ces coopérations et de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Ce constat appelle à une réflexion autour de ce modèle qui sera sans doute nécessaire pour mettre en cohérence ces coopérations et mieux répondre aux besoins de santé de la population. Ainsi, *le mille-feuille territorial sanitaire*²⁶, tout comme le mille-feuille administratif, se structurera probablement par une forme d'accrétion de dispositifs institutionnels.

²⁶ VAUTARD A., op.cit., p.14.

Bibliographie

Sources juridiques :

- Loi n° 71-1132 du 31 décembre 1971 dite Boulin, portant amélioration des pensions de vieillesse du régime général de sécurité sociale et du régime des travailleurs salariés agricoles.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Sources réglementaires :

- Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- Arrêté n° NOR : AFSH1632814A du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées au I, II, III de l'article L. 6132-3 du CSP.
- Arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.
- Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.
- Instruction interministérielle n° DGOS/GHT/DGFIP/17/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire.
- Code de la santé publique, Livre IV, Titre III, Chapitre IV relatif à la territorialisation des politiques de santé.
- Code de la santé publique, article R. 6132-3 relatif au projet médical partagé.

Rapports :

- HUBERT J., MARTINEAU F., 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire*, Ministère des Affaires sociales et la Santé.

- HUBERT J., MARTINEAU F., Février 2016, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission*, Ministère des Affaires sociales et la Santé.
- VERAN O., 4 avril 2017, *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*, Ministère des Affaires sociale et de la Santé.

Articles de revues :

- CHAUVET C. “La nature juridique de l’Agence régionale de santé”, *RDSS 2016*, p. 405.
- PIERSON P., juin 2000, “Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics”, *The American Science Review*, vol.94, n°2.

Ouvrages :

- DUBRESSON A. JAGLIN et GIRAUT F., 2005, *Gouvernance, régulation et territorialisation des espaces urbanisés*, IRD.
- MOQUET-ANGER M., 2016, *Droit Hospitalier*, LGDJ.
- VAUTARD A., 2016, *L'aménagement sanitaire du territoire*, LEH Édition, p. 23.

Autres :

- SGMCAS (dir.), ARS, ANAP, CNSA, DSSIS, DGCS, DGOS, DGS, DSS, 2016, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : lexique des parcours de A à Z*
- NICOLAS D., le 16 mars 2016, www.david-nicolas-avranches.com, « *les trois groupements hospitaliers de territoires confirmés dans le département de la Manche* ».

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire pour les Présidents de Commission Médicale d'Établissement.

Annexe II : Questionnaire pour les Directeurs généraux de Centres Hospitaliers.

Annexe III : Questionnaire pour les responsables de l'HAD.

Annexe IV : Questionnaire pour les élus locaux.

Annexe V : Questionnaire pour les Directeurs des Soins.

Annexe VI : Lettre ouverte de M. Jean ARTHUIS au Ministre Guillaume GAROT.

Annexe VII : Cartographie du GHT des Pays de Loire.

Annexe VIII : Cartographie des GHT des Normandie.

Annexe IX : Cartographie des GHT de Bretagne.

Annexe X : Cartographie des GHT des régions Bretagne, Normandie et Pays de la Loire.

Annexe XI : Extrait de l'avenant 2 à la convention constitutive du GHT Haute-Bretagne, p.5-6. Définition de la filière.

Annexe XII : Extrait de l'avenant 2 à la convention constitutive du GHT Haute-Bretagne, p.5-6. Les filières médico-chirurgicales retenues pour la construction du PMP.

Annexe XIII : Extrait du PowerPoint de présentation de la rencontre ARS Bretagne / groupe contact FHF, intitulé "Les futurs Groupements Hospitaliers de Territoire" le 2 février 2016, diapositive 8. Les enjeux des GHT en Bretagne.

Annexe XIV : Extrait du PowerPoint de présentation de la rencontre ARS Bretagne / groupe contact FHF, intitulé "Les futurs Groupements Hospitaliers de Territoire" le 2 février 2016, diapositive 20. Les incontournables du Projet médical partagé en Bretagne.

Annexe I => Questionnaire pour les Présidents de Commission Médicale d’Etablissement

I - Caractéristiques du territoire

1 / Quelles sont les points problématiques du territoire ? Comment ont-ils été intégrés dans la constitution du GHT ? Les besoins santé du territoire ?

2 / Comment va s’organiser la stratégie médicale au sein du GHT : quelle place pour chaque PCME ?

II - Mise en place opérationnelle des GHT

1/Dans quelles conditions les professionnels seront prêts à se déplacer (dossier patient informatisé, primes, conditions contractuelles, temps médical partagé... ? Est ce qu’on vous facilite la territorialisation ? Si non sont-ils prêts et dans quelles conditions à utiliser la télémédecine ?

2/ Existe-t-il une convergence de point de vue entre la communauté médicale et les soignants, si non quels sont les freins ?

3/ La répartition des activités a elle été influencée au sein du territoire par les enjeux de pouvoir, les ententes, les conflits de la communauté médicale ?

4/Est-ce que la logique médicale a été suffisamment prise en compte ? Si non, est-ce la logique politique, économique qui a prévalu ?

5/Quelle a été la position de l’ARS ? A-t-elle eu une posture de validation ? D’accompagnement ? De coercition ?

6/ Sur quels types d’outils vous êtes-vous appuyés pour élaborer le PMP ? (Diagnostic territorial ...) Quelle collaboration entre le projet médical et le projet soignant ?

7/ Est-ce que pour vous il y a une cohérence dans les filières du GHT au regard des besoins de l’usager ?

8/Comment vous positionnez vous par rapport aux autres territoires qui vous entourent ? (Adapter la question à chaque territoire et aux particularités identifiées, particularités des activités, des frontières)

9/ Est-ce que le GHT remet ou remettra en cause des partenariats antérieurs ?

III - Evolution du GHT : Bilan et perspectives

1/ Est-ce que le GHT rend plus attractif pour des médecins des hôpitaux qui ne l'étaient pas avant ?

2/Est-ce que le GHT va fluidifier le parcours patient ? Est-ce que le GHT a facilité le lien avec la ville ?

3/Le calendrier et la méthodologie des GHT (contraint) ont-ils été des freins ou des accélérateurs à la logique de territorialisation de l'offre de santé ?

4/ Comment voyez-vous l'avenir de votre GHT ? (Médico-social, privé...)?

Annexe II => Questionnaire pour les Directeurs généraux de Centres Hospitaliers

I - Caractéristiques du territoire

1/ Quelles sont les points problématiques du territoire ? Comment ont-ils été intégrés dans la constitution du GHT ?

II - Mise en place opérationnelle des GHT

1/ Quels critères ont permis de définir le périmètre territorial de votre GHT ? (Liens historiques, conflits, contraintes de l'ARS, volontés de répondre aux besoins de santé, coopérations antérieures...) Quelle logique ? (Médicale, politique, économique...)

2/Quelle a été la position de l'ARS ? A-t-elle eu une posture de validation ? D'accompagnement ? De coercition ?

3/ Le GHT a-t-il utilisé des outils pour appuyer le projet médical partagé sur les caractéristiques du territoire ? (Diagnostic territorial ? Organisation de consultations ?) Quelle collaboration entre le projet médical et le projet soignant ?

4/ Quelle implication et place des usagers et des élus ? Quelles sont les instances déjà mises en place et quelle est leur implication à ce jour ?

5/Comment vous positionnez vous par rapport aux autres territoires qui vous entourent ?

6/ Est-ce que le GHT remet ou remettra en cause des partenariats antérieurs ?

7/ Comment avez-vous pris en compte la dimension médico-sociale ?
(EHPAD indépendants ou non, présence de GCSMS...)

III - Evolution du GHT : Bilan et perspectives

1/ Le calendrier et la méthodologie des GHT (contraint) ont-ils été des freins ou des accélérateurs à la logique de territorialisation de l'offre de santé ?

2/ A l'avenir, quel redéploiement de l'offre de soins conséquent à la création des GHT : Y aura-t-il une influence sur les flux des professionnels médicaux et paramédicaux, sur l'installation des patients ? Ce redéploiement sera-t-il bénéfique à l'offre de soins et à son accès ? Comment cela est-il anticipé ?

3/ Comment voyez-vous l'avenir de votre GHT ? (*Médico-social, privé...*)

Annexe III => Questionnaire pour les responsables de l'HAD

I - Caractéristiques de l'HAD

- 1/ Privé/public ou associatif ? Rattaché directement voire intégrée à une clinique ou à l'hôpital ?
- 2/ Quel périmètre d'intervention de l'HAD sur le territoire du GHT ?
- 3/ Quels sont les modalités du partenariat (Convention ? Objectifs ? Contraintes ?)

II - Caractéristiques du territoire

- 1/ Quels sont les points problématiques (santé populationnelle notamment...) sur votre zone d'intervention ? Comment ont-ils été intégrés dans la constitution du GHT ?
- 2/ Quelle répartition des infirmiers sur le territoire (déficit, concentration ...) ?
- 3/ Liens entre la ville et l'hôpital sont-ils suffisants ?

III - Mise en place opérationnelle des GHT

- 1/ Quels critères ont permis de définir le périmètre territorial de votre GHT ? (Liens historiques, conflits, contraintes de l'ARS, volontés de répondre aux besoins de santé, coopérations antérieures...) Quelle logique ? (Médicale, politique, économique. Retirez-vous un bénéfice particulier de votre participation au GHT ?
- 2/Quelle a été la position de l'ARS ? A-t-elle eu une posture de validation ? D'accompagnement ? De coercition ?
- 3/ Le GHT a-t-il utilisé des outils pour définir son périmètre et appuyer ses projets sur les caractéristiques du territoire ? (Diagnostic territorial ? Organisation de consultations ?)
- 4/ Quelle implication des usagers et des élus ?
- 5/ Quelle est ou sera votre participation aux instances du GHT ?
- 6/ Comment vous positionnez-vous par rapport aux zones d'interventions des autres HAD sur le territoire du GHT ? La répartition des zones d'intervention opérée par l'ARS entre les HAD vous semble-t-elle pertinente par rapport aux besoins de santé de la population ?
- 7/ Est-ce que le GHT remet en cause des partenariats antérieurs que vous aviez engagés ?
- 8/ Selon vous, les acteurs médico-sociaux sont-ils suffisamment pris en compte dans le GHT (intégration d'EHPAD, présence de GCSMS...) ? Quel lien de l'HAD avec les aides à domicile ?

IV - Evolution du GHT : Bilan et perspectives ?

- 1/ Le calendrier et la méthodologie des GHT (contraint) ont-ils été des freins ou des accélérateurs à la logique de territorialisation de l'offre de santé ? Pensez-vous qu'il faudrait contraindre les partenariats avec la ville ?

2/ Pensez-vous que le GHT va permettre d'améliorer les flux entre ville et hôpital en facilitant notamment les sorties, en raccourcissant les DMS de l'hôpital ?

3/ A l'avenir, quel redéploiement de l'offre de soins conséquent à la création des GHT : Y aura-t-il une influence sur les flux des professionnels paramédicaux, sur l'installation des patients ? Ce redéploiement sera-t-il bénéfique à l'offre de soins et à son accès ? Comment cela est-il anticipé ?

4/ Comment voyez-vous l'avenir de votre GHT ? (*Médico-social, privé...*) Quelle place pour la ville dans le GHT à l'avenir ?

Annexe IV => Questionnaire pour les élus locaux

I - Le GHT et le territoire

- 1/ Quel rôle joue l'hôpital sur votre territoire (place, importance, emploi) ?
- 2/ L'offre de soins permet-elle de répondre aux besoins de vos administrés ?
- 3/ Quels critères, dans l'élaboration des GHT, étaient selon vous prioritaires ? Dans les faits, quels critères ont finalement prévalu ?
- 4/ Le périmètre du GHT vous semble-t-il pertinent actuellement ?

II - Rôle des élus

- 1/ Quel a été votre rôle en tant qu'élu dans la mise en place du GHT ? (Rôle au sein du Comité territorial des élus locaux)
- 2/ L'AMF (association des maires de France) souhaitait que des élus locaux siègent au sein du comité stratégique des GHT. Ils ne siègent finalement qu'au sein du comité territorial des élus locaux. Quel est votre avis à ce sujet ?
- 3/ Quels réseaux avez-vous mobilisé pour peser sur l'élaboration du GHT ? (Autres maires, parlementaires, conseillers départementaux et régionaux, ARS, etc..)
- 4/ Comment vous positionnez vous par rapport aux territoires voisins ? Dans cette perspective, quelle est l'influence, selon vous, des majorités politiques des collectivités concernées par le GHT ?

III - Evolution du GHT : Bilan et perspectives.

- 1/ Le GHT est-il en capacité d'influencer l'attractivité médicale de votre territoire (médecine de ville notamment) ?
- 2/ Quel bilan dressez-vous à ce stade de la mise en place du GHT ?
- 3/ Comment le GHT devrait-il évoluer dans son périmètre et/ou son organisation ?

Annexe V => Questionnaire pour les Directeurs des Soins

I - Caractéristiques du territoire

1/ Quelles sont les points problématiques du territoire ? Comment ont-ils été intégrés dans la constitution du GHT ? Est-ce que le GHT répond aux besoins de santé du territoire ?

II - Mise en place opérationnelle des GHT

1/ Dans quelles conditions les professionnels seront prêts à se déplacer (dossier patient informatisé, primes, fiche de poste ... ?

2/ Existe-t-il une coopération entre la communauté médicale et les soignants, si non quels ont été les freins ?

4/ La répartition des activités a-t-elle été influencée au sein du territoire par les enjeux de pouvoir, les ententes, les conflits de la communauté médicale ?

5/ Est-ce que la logique soignante a été suffisamment prise en compte ? Si non, est-ce la logique politique, économique qui a prévalu ?

6/ Est-ce que les HAD ont été suffisamment sollicitées ? Est-ce que cela va permettre d'améliorer l'accès aux soins ?

7/ Sur quels types d'outils vous êtes-vous appuyés pour élaborer le PSP ? (Diagnostic territorial ...) Quelle collaboration entre le projet médical et le projet soignant ?

Est-ce qu'un Projet Patient serait plus adapté ?

8/ Quelle implication et place des usagers ? (Questionner sur la tenue de réunions, les retours d'information, les participants convoqués et présents...)

9/ Comment vous positionnez vous par rapport aux autres territoires qui vous entourent ? (Adapter la question à chaque territoire et aux particularités identifiées, particularités des activités, des frontières)

10/ Est-ce que le GHT remet ou remettra en cause des partenariats antérieurs ?

III - Evolution du GHT : Bilan et perspectives

1/ Est-ce que le GHT rend plus attractif pour des IDE, kinés ..., des hôpitaux qui ne l'étaient pas avant ?

2/ Est-ce que le GHT va fluidifier le parcours patient ? Est-ce que le GHT a facilité le lien avec la ville ?

3/Le calendrier et la méthodologie des GHT (contraint) ont-ils été des freins ou des accélérateurs à la logique de territorialisation de l'offre de santé ?

4/ Comment voyez-vous l'avenir de votre GHT ? (Médico-social, privé...)

Annexe VI => Lettre ouverte de M. Jean ARTHUIS au Ministre Guillaume GAROT

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE : MA RÉPONSE À GUILLAUME GAROT

Monsieur le Ministre,

Réagissant à la lettre que je viens d'adresser à Madame la Directrice de l'Agence Régionale de Santé, vous avez bien voulu me faire connaître vos convictions à propos de l'offre de soins hospitaliers en Mayenne. À toutes fins utiles, je me permets de vous transmettre la copie de mon courrier afin que vous ne vous mépreniez pas sur ma position. Je prends à nouveau la plume pour souligner deux remarques principales.

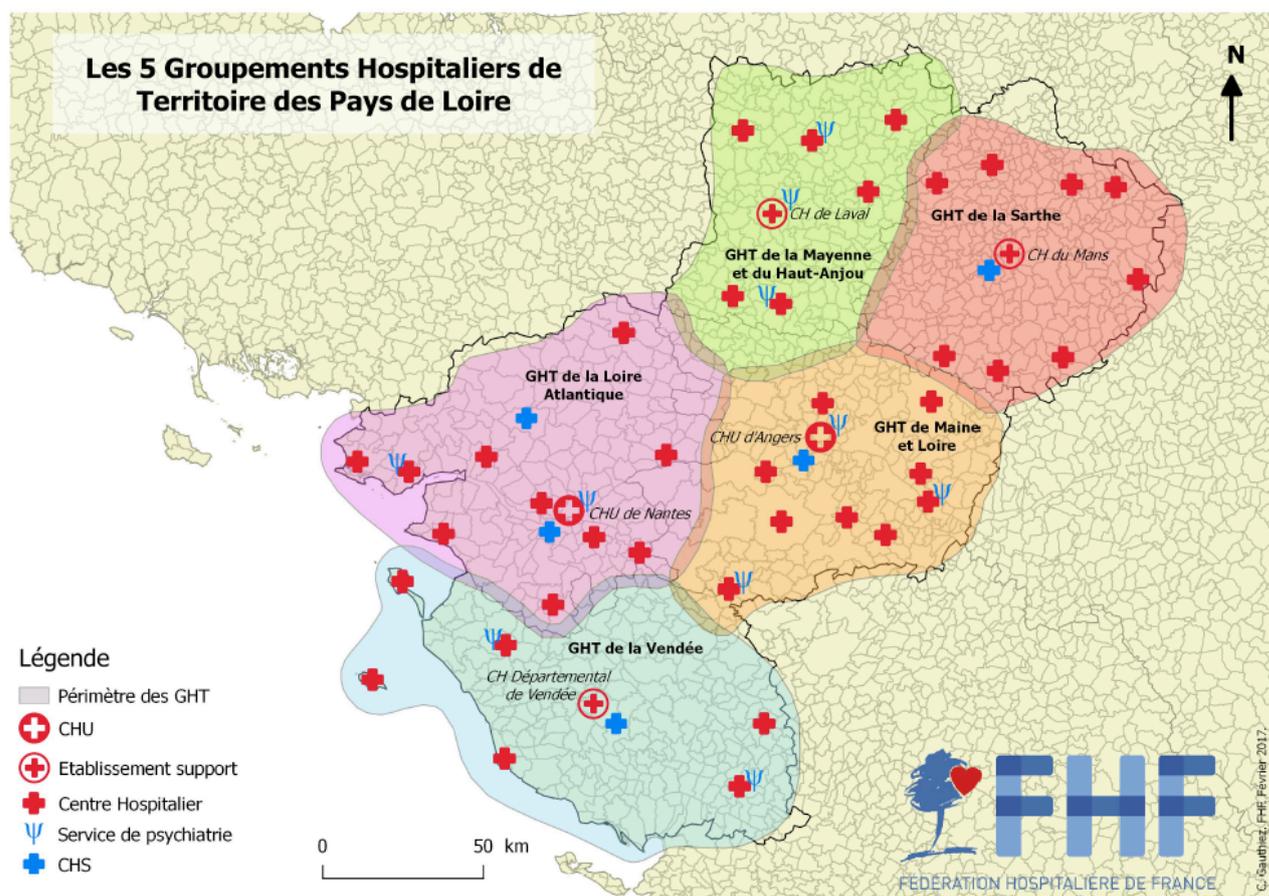
D'abord, vous conviendrez que l'institution du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) limité aux frontières de notre seul département constitue une régression par rapport à la Communauté Hospitalière de territoire, créée en 2013, rassemblant les deux départements du Maine-et-Loire et de la Mayenne.

En second lieu, établir un GHT mayennais sans prendre en compte la Polyclinique de Laval constitue une incongruité puisque celle-ci développe une activité chirurgicale trois fois plus importante que celle de l'hôpital. Dès lors, faire de l'hôpital de Laval le pôle du GHT fragilise l'ensemble. Je ne sais quelle était votre vision lorsque vous présidiez le Conseil d'administration du Centre Hospitalier de Laval, mais je regrette que vous ne soyez pas parvenu à mettre en œuvre les regroupements opérés tant à Mayenne que dans le Haut-Anjou (Segré - Château-Gontier). Le Centre Hospitalier, au nom duquel je m'exprime, a mieux à faire que de jouer les roues de secours.

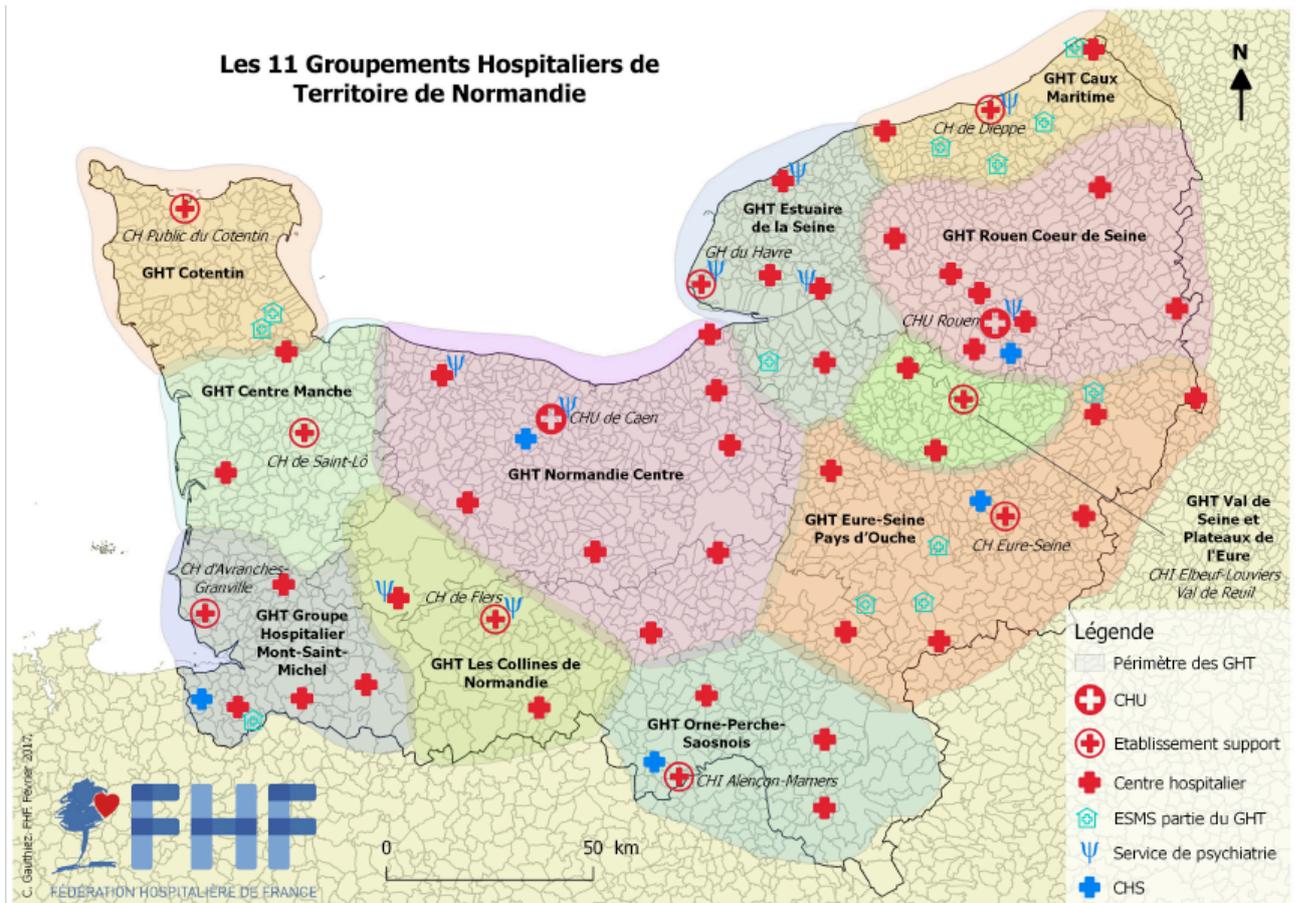
Le schéma qui nous est proposé va à l'encontre des objectifs de rationalisation et de renforcement de l'offre de soins hospitaliers en Mayenne. Après le départ annoncé de praticiens, les patients du Haut-Anjou seront sans doute nombreux à se rendre dans les établissements angevins. Je reste naturellement à votre disposition pour en débattre. Veuillez croire, Monsieur le Ministre, à ma considération distinguée.

Jean Arthuis

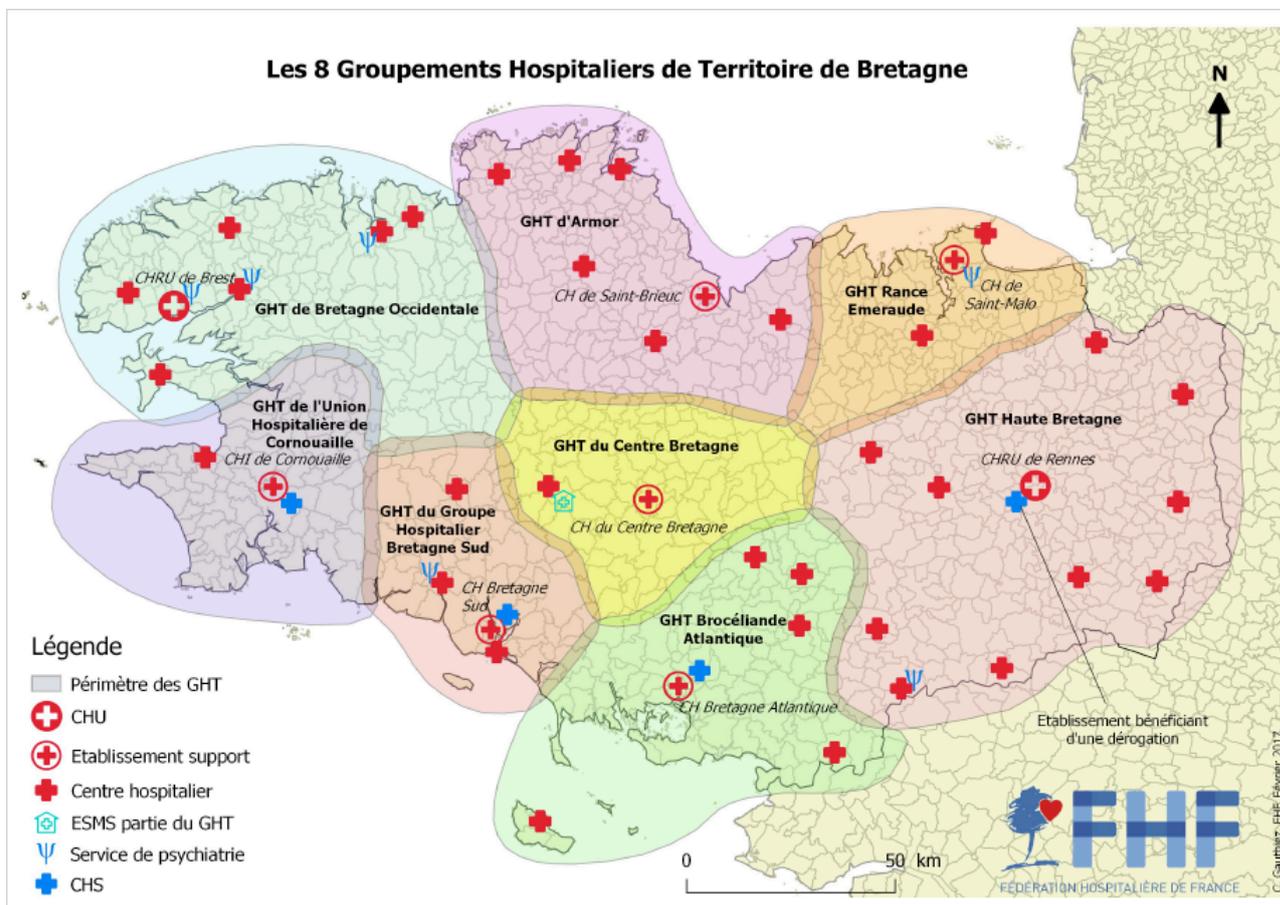
Annexe VII => Cartographie des GHT des Pays de Loire



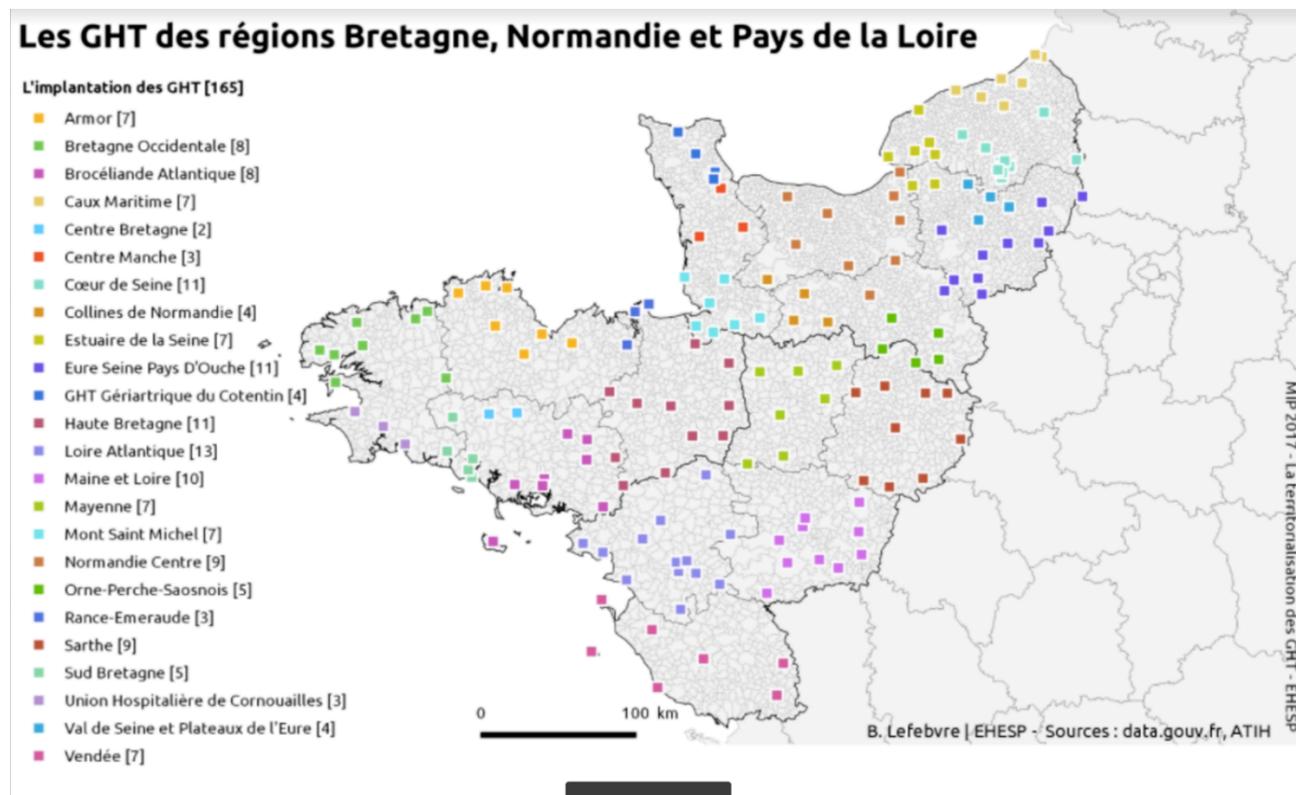
Annexe VIII => Cartographie des GHT de Normandie



Annexe IX => Cartographie des GHT de Bretagne



Annexe X => Cartographie des GHT des régions Bretagne, Normandie et Pays de la Loire



Annexe XI => Extrait de l'avenant 2 à la convention constitutive du GHT Haute-Bretagne, p.5-6. Définition de la filière.

ARTICLE 2 : Modification de l'article 1 du Volet 1 de la Convention Constitutive relatif au projet médical partagé du groupement

Les dispositions de l'article 1 de la convention sont complétées comme suit :

A compter du 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé déclinera l'organisation par filière d'une offre de soins partagée.

Définition de la notion de filière

Une filière est une réponse organisationnelle coordonnée correspondant à des prises en charge, tant sanitaire que médico-sociale, présentant un dénominateur commun. Elle se décline au travers d'une ou plusieurs disciplines constitutives de la filière, d'une ou plusieurs modalités de prises en charges, d'éventuelles structures de coordination et de coopération. Elle est propre aux établissements et à l'environnement dans lequel s'organise l'offre de santé.

Deux filières, quoique distinctes, peuvent couvrir temporairement, le même champ.

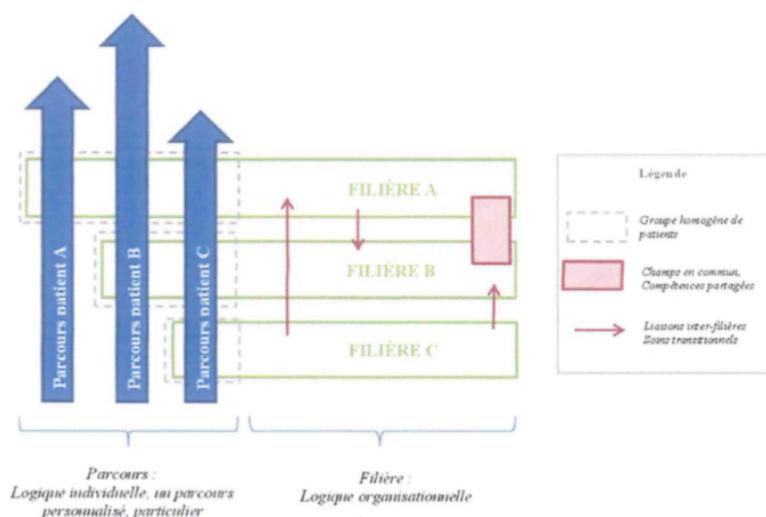
Les filières permettent de couvrir l'ensemble des besoins du parcours en santé d'une population donnée, selon le schéma de la page suivante.

Les parties ont convenu que la priorisation des filières doit répondre aux prérequis suivants :

- Répondre à une question d'organisation territoriale hospitalière de l'offre de soins,
- Conserver une visibilité d'organisation pour les patients et les professionnels ;
- Dépasser le périmètre des disciplines pour privilégier une approche plus globale et transversale ;
- Représenter un volume d'activité / volume de patients homogènes suffisamment critique sur le plan épidémiologique, et préservant une approche macroscopique,
- Limiter le nombre de filières dans un souci de lisibilité.

Les parties ont enfin convenu d'intégrer la prise en charge des personnes âgées comme une thématique à traiter au sein de chaque filière médico-chirurgicale, en sus des travaux propres à la filière gériatrique.

Annexe XII => Extrait de l'avenant 2 à la convention constitutive du GHT Haute-Bretagne, p.5-6. Les filières médico-chirurgicales retenues pour la construction du PMP.



Les filières médico-chirurgicales retenues pour la construction du projet médical partagé

Les parties ont convenu de retenir comme prioritaires les filières suivantes pour la construction du projet médical partagé, en cohérence avec les préconisations de l'ARS de Bretagne.

Les filières médico-chirurgicales devront répondre aux orientations stratégiques figurant dans les annexes n°2, n° 3, n° 4, n° 6 et n° 7 de la convention constitutive.

Filière « Urgences et soins critiques »

Filière « Gériatrie »

Filière « Cancérologie »

Filière « Femme-enfant »

Filière « AVC – Neurologie »

Filière « Pathologies digestives »

Filière « Locomoteur »

Filière « Cardiologie-pneumologie »

Filière « Santé mentale »

Les volets transversaux du projet médical partagé

Les volets transversaux suivants devront répondre chacun pour ce qui le concerne aux orientations stratégiques de l'annexe n° 5 à la convention constitutive.

Annexe XIII => Extrait du PowerPoint de présentation de la rencontre ARS Bretagne / groupe contact FHF, intitulé "Les futurs Groupements Hospitaliers de Territoire" le 2 février 2016, diapositive 8. Les enjeux des GHT en Bretagne.

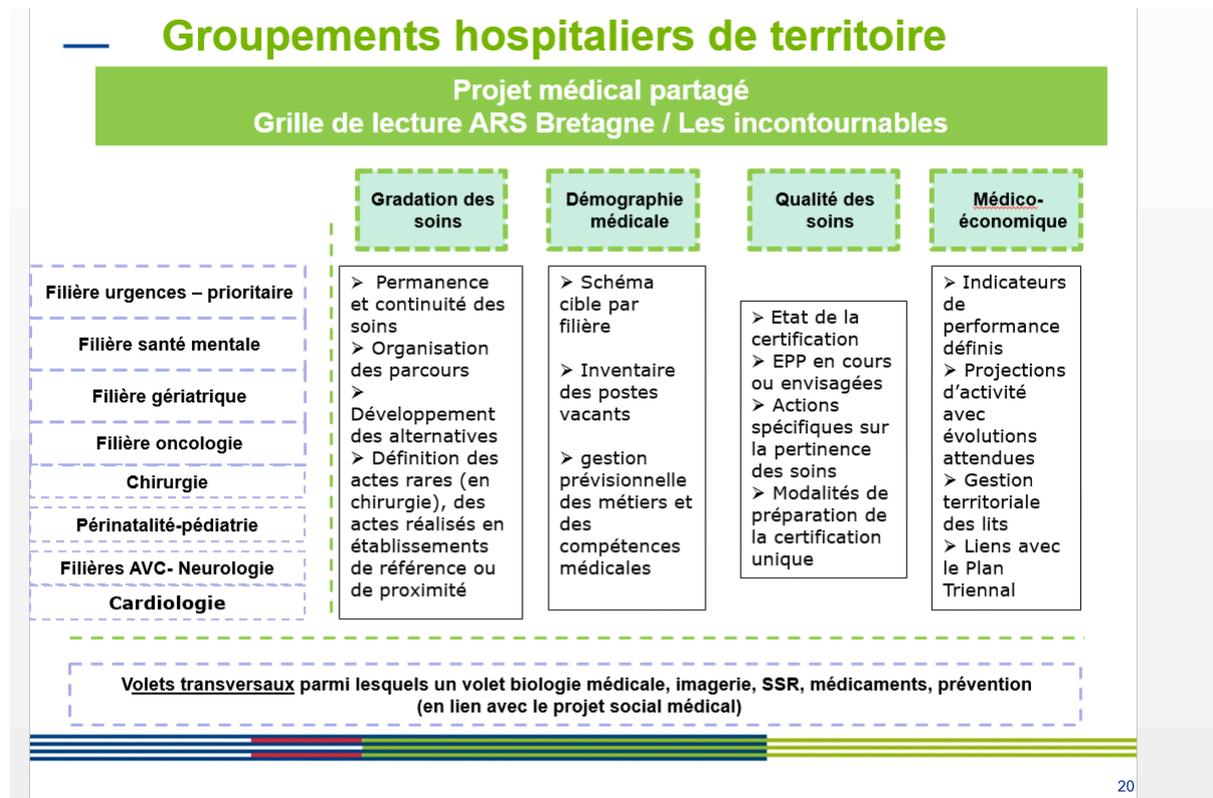
— Les groupements hospitaliers de territoire

En Bretagne, enjeux des GHT et capitalisation de dynamiques déjà amorcées

- Passage des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), forme de coopération facultative, déployés avec hétérogénéité...
- ... Aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), forme de coopération obligatoire pour les EPS.

- Les groupements hospitaliers de territoire doivent contribuer à répondre à de multiples enjeux qu'ils soient nationaux ou régionaux :
 - Mieux répondre aux besoins de la population en termes de gradation des soins
 - Avoir des ressources médicales partagées au sein d'un territoire compte tenu de la contrainte démographique médicale et des fortes dépenses d'intérim
 - Intégrer la solidarité budgétaire entre les établissements d'un GHT
 - Contribuer aux objectifs de performance par ailleurs portés par le Plan triennal

Annexe XIV => Extrait du PowerPoint de présentation de la rencontre ARS Bretagne / groupe contact FHF, intitulé "Les futurs Groupements Hospitaliers de Territoire" le 2 février 2016, diapositive 20. Les incontournables du Projet médical partagé en Bretagne.



20

Thème n°20 Animé par : LEFEBVRE Bertrand, Maître de conférence, Département santé-environnement-travail et génie sanitaire (DSETGS),

La territorialisation des GHT. Un processus inachevé ?

ABBAS Rachida (DS) – DUONG Jean-Louis (DH) – LEGLAND Sarah (AAH) – JAUBERT Stéphane (DH) – MALESCOT Cécile (DH) – OUATIKI Étienne (AAH) – PERODEAU Julie (AAH) – PINTE Adrien (D3S) – SMOLIK Pascale (DS) – SPILIOPOULOS Grégoire (D3S)

Résumé :

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été mis en place à partir du 1^{er} juillet 2016, dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Le présent rapport vise à étudier le contexte, les acteurs, les contraintes et les opportunités mis en lumière à l'occasion de la délimitation de ces regroupements ainsi que du démarrage de leurs premiers chantiers. L'étude a été centrée sur une analyse de terrain à partir d'une quarantaine d'entretiens réalisés sur le territoire du Grand Ouest, c'est-à-dire sur les régions Bretagne, Normandie et Pays de la Loire. Ils ont eu pour but de rencontrer des acteurs très variés concernés par les problématiques de 7 GHT (Mont Saint-Michel, Mayenne, Haute-Bretagne, Centre-Bretagne, Cornouailles, Bretagne Occidentale, Brocéliande-Atlantique) notamment des membres des directions d'établissements (supports ou membres), des responsables d'ARS, des maires et adjoints, des personnels médicaux et non-médicaux des différents établissements et services concernés.

Ce rapport se propose de revenir à la fois sur les objectifs posés par le texte de loi, tel qu'il a été pensé par le législateur et tel qu'il a été intégré et déployé au niveau des régions par les ARS. Cette réforme, marquée par une nouvelle contrainte juridique a dû trouver des voies d'adaptation à l'épreuve du terrain. Les différents acteurs sollicités durant cette étude nous ont ainsi apporté leur vision du territoire et leur ressenti pour nous permettre d'apprécier les différentes dynamiques à l'œuvre à la fois en termes de flux, d'aménagement, de coopérations hospitalières, d'offre de soins, etc.

Afin de prendre du recul à ce stade encore inachevé de la réforme, un ensemble de propositions sont faites afin de dégager des points de réflexion et d'amélioration possibles. En effet, l'ancrage et la cohérence territoriale des GHT dépendront de leur capacité à décroiser les champs des différents acteurs sanitaires ou non, à intégrer les innovations à l'œuvre dans le domaine de la santé, et à s'adosser à une dynamique d'acculturation.

Mots clés : Groupement hospitalier de territoire – Territorialisation des politiques de santé – Agence régionale de santé - Loi de modernisation de notre système de santé.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs