



EHESP

Filière Directeur d'Hôpital

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

LE GHT A L'ÉPREUVE DES FAITS :
*L'EXEMPLE DU GHT ATLANTIQUE 17 ENTRE
TRADITION DE COOPERATION ET
PARACHEVEMENT D'UNE IDENTITE SANITAIRE*

Mélissa RAMOS

Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma gratitude à M. Alain MICHEL, Directeur Général du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, pour sa bienveillance et sa disponibilité.

Je veux aussi remercier très chaleureusement mon encadrant mémoire, M. Aurélien VAUTARD pour son regard exigeant et éclairant de chercheur et pour ses conseils avisés sur le métier de directeur d'hôpital.

Mes plus vifs remerciements vont aussi à mon maître de stage, M. David CUZIN pour m'avoir accompagnée durant ces deux années, pour avoir facilité mon intégration au sein du GHLRRA comme au sein du GHT Atlantique 17 et pour la qualité de nos échanges.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe de direction du GHLRRA, ils ne m'en voudront pas de distinguer parmi eux :

- Mme Mathilde MAGUIS pour sa confiance, son amitié et pour m'avoir poussée à donner le meilleur en me confiant un dossier ambitieux ;
- M. Fabien CHANABAS pour ses encouragements et pour m'avoir permis de piloter plusieurs dossiers en autonomie ;
- M. Benoît FOUCHER pour sa bienveillance et pour m'avoir associée aux grandes étapes de la construction du Projet Médical Partagé.

Ces remerciements ne seraient pas complets si je ne mentionnais pas l'ensemble des personnes, directeurs comme praticiens hospitaliers ayant bien voulu échanger avec moi sur le GHT Atlantique 17 :

- M. Pierrick DIEUMEGARD, Directeur Général du Centre Hospitalier de Rochefort ;
- Mme Catherine LONQUETY, Directrice des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, GHLRRA
- M. Francis BRU, Directeur du Pôle Médico-Social/Handicap, GHLRRA

- Dr Thierry GODEAU, Président de la CME du GHLRRA, Président de la Conférence des Présidents de CME de Centres Hospitaliers
- Dr Jean-Marc EVEN, Président de la CME du Centre Hospitalier de Rochefort
- Dr Pascale PUZOS, Cheffe du Pôle Psychiatrie, GHLRRA.

Je remercie également les attachés, cadres, adjoints des cadres qui m'ont aidée quotidiennement dans mon travail.

Une pensée enfin pour ma famille et mes amis, relecteurs attentifs de ce mémoire et soutiens sans faille durant la préparation du concours comme la formation à l'EHESP.

Sommaire

Introduction	1
1 Créer ou recréer un territoire de santé : aux origines du GHT Atlantique 17	9
1.1 Une coopération initiée récemment avec le Centre Hospitalier de Rochefort	9
1.1.1 Un engagement fort pour la coopération partagé par la communauté médicale et l'administration.....	9
1.1.2 Une organisation territoriale propice à la coopération	11
1.2 Dont la mise en place de la CHT a constitué un premier aboutissement	12
1.2.1 Le territoire nord charentais-maritime, un précurseur de la coopération hospitalière.....	13
1.2.2 Une dynamique au service de la construction d'un véritable territoire sanitaire	13
1.3 Dans un territoire entre terre et mer	17
1.3.1 Concilier morcellement géographique et égalité d'accès à l'offre de soins .	17
1.3.2 Une offre publique diffuse face à une concentration du secteur privé.....	19
2 Des textes à la pratique : poursuivre et achever l'aménagement sanitaire du territoire nord charentais maritime dans un contexte contraint	21
2.1 La mise en place du GHT Atlantique 17 : de l'appropriation des textes au déploiement, course contre la montre et/ou stratégie à rebours ?	21
2.1.1 Repenser un Projet Médical Partagé dans un délai et un format contraints	21
2.1.2 Une identité sanitaire à imaginer en l'absence de personnalité morale	25
2.2 Les spécificités du territoire à l'épreuve d'un texte flou : comment intégrer sans absorber santé mentale et secteur médico-social au GHT ?	26
2.2.1 Une filière psychiatrique monopolistique entre prise en compte à géométrie variable et autonomisation	26
2.2.2 Le médico-social entre revendication d'intégration et reconnaissance a minima par les textes	28
2.3 Coût de coopération, coût de transaction : à quel prix mettre en place un GHT ?	29
2.3.1 Coopérer dans le cadre de la T2A, une mission impossible ?	30
2.3.2 Le GHT Atlantique 17, une stratégie de coopération à l'œuvre ?	31
3 De la direction commune à la construction d'un hôpital territorial : tout finit par une fusion ?	35
3.1 Dépasser les frontières d'hier pour créer les territoires de demain ?	35

3.1.1	une logique de regroupement à l'œuvre dans l'ensemble des composantes de l'Etat.....	36
3.1.2	...Dont la portée semble moindre à l'hôpital en raison de structures insuffisamment intégratives.....	37
3.2	La « responsabilité populationnelle » au service du façonnement d'une identité commune	39
3.2.1	S'orienter résolument vers une logique de parcours	39
3.2.2	Une intégration à compléter par l'extension des missions assignées au GHT... 41	
3.2.3	...Dont l'aboutissement pourrait être le nouvel hôpital territorial ?	41
3.3	Une coopération qui ne sera féconde qu'au prix d'une stratégie financière unique 42	
3.3.1	S'appuyer d'abord sur les avancées permises par les textes.....	42
3.3.2	Réfléchir à une DAF de territoire	43
3.3.3	Faire du GHT Atlantique 17 un territoire d'innovation financière	44
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- AIPN** : Autorité Investie du Pouvoir de Nomination
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CHT** : Communauté hospitalière de territoire
- CHRO** : Centre Hospitalier de Rochefort-Marennnes
- CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- COPERMO** : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins
- CPT** : Communauté Psychiatrique de Territoire
- DAF** : Direction des Affaires Financières
- DGARS** : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DIM** : Département d'Information Médicale
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes
- EPCI** : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
- ESPIC** : Etablissement privé d'intérêt collectif
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- GHLRRA** : Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis
- GHT** : Groupement hospitalier de territoire
- HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales
- LMSS** : Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
- MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economique
- PHW** : Paris Healthcare Week
- PMP** : Projet Médical Partagé
- PRE** : Plan de Retour à l'Equilibre
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- T2A** : Tarification à l'activité

Introduction

« *L'image de l'hexagone permet alors aux hauts fonctionnaires du pays de jouer passionnément à un jeu qui tenait du puzzle, du casse-tête et du kriegsspiel, mais qu'ils préféreraient appeler aménagement du territoire* » cette citation extraite du roman L'aménagement du territoire d'Aurélien Bellanger traduit bien la complexité que recouvre l'aménagement du territoire en général et pourrait, par certains aspects, définir le bouleversement qu'a été la mise en place des groupements hospitaliers de territoire.

Puzzle tout d'abord, car il s'agissait d'assembler les bonnes pièces. *Casse-tête* ensuite, en demandant aux acteurs du monde hospitalier de dépasser les frontières originelles. *Kriegsspiel* enfin, pour la stratégie et les jeux de pouvoir qu'il implique.

Le Groupement Hospitalier de Territoire, vu des établissements, est aussi souvent apparu comme une création technocratique, éloignée des réalités de ce que l'on nomme communément « le terrain ». De la détermination de l'établissement support à la mise en place d'un projet médical partagé, chaque étape de la construction du GHT constitue un enjeu, pour des motifs non seulement sanitaires mais aussi économiques, politiques et juridiques.

En outre, l'encadré ci-dessous rappelle qu'il s'inscrit aussi dans un mouvement historique qui débute avec la loi du 31 juillet 1991 créant la Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMI) permettant un rapprochement d'activités entre au moins deux établissements.

- ⇒ **RAPPEL** : *Les grands textes relatifs à la coopération hospitalière depuis 1991*
- **Loi du 31 juillet 1991** : création de la Fédération Médicale Inter-hospitalière (FMI)
 - **Ordonnance du 24 avril 1996** : création du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)
 - **Loi du 21 juillet 2009** : création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)
 - **Loi du 26 janvier 2016** : création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Si l'on se concentre sur la définition donnée par la Loi de Modernisation de notre système de santé, à son article 107, le groupement hospitalier de territoire est défini non comme une entité à part entière, puisqu'il est précisé qu'il ne dispose pas de la personnalité morale, mais par la mission qui lui est assignée. Ainsi, l'article L6132-1 prévoit qu'il « *a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisées et de qualité.* »

C'est là toute l'ambiguïté du GHT, forme hybride, tentative d'intégration toujours plus poussée, mais dont la définition reste, à bien des égards, floue. Dans un document intitulé « *Quels GHT voulons-nous ?* » publié en juin 2016, la Direction Générale de l'Offre de Soins décrit les fonctions assignées, tempère les inquiétudes des cadres de direction, et tente une définition par la négative du groupement. La faiblesse originelle du GHT réside ainsi dans l'absence de vision d'ensemble.

Cependant, une fois ce cadre général défini par la loi et précisé par divers décrets, qu'en est-il réellement du groupement hospitalier de territoire ? D'un point de vue strictement juridique, on pourrait le définir comme une feuille de route entre plusieurs établissements visant à instaurer une dynamique de coopération par la gestion commune de certaines fonctions. Beaucoup de flou, là encore. L'absence de personnalité morale renforce encore

le caractère « hybride » du GHT, tantôt simple support de coopération tantôt structure juridique en puissance. Pour beaucoup d'acteurs de la vie hospitalière, nous sommes donc « au milieu du gué », dans l'attente de toujours plus de précisions, faute d'une véritable définition juridique.

A ce propos, rappelons-nous, pour reprendre une citation plus que galvaudée d'Albert Camus, que « *mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde* ». Ici, s'abstenir de définir, c'est contribuer à l'instabilité juridique d'un dispositif et plus globalement de territoires en recherche d'une unité...imposée. En effet, si le contour territorial est lui clairement posé, voire imposé, la question de quoi faire de cette super structure reste d'actualité.

Aux premières difficultés d'application de l'article 107 tel que posé par la Loi de Modernisation de notre système de santé, ont répondu divers décrets publiés parfois avec retard créant un sentiment de « vide juridique » chez nombre de directeurs d'hôpital, soucieux de préparer au mieux les changements à venir. Il en est ainsi de la fonction achat, sans doute la plus emblématique de cet « entre-deux juridique » qui a caractérisé les années 2016 et 2017. Cette question des fonctions support ne sera d'ailleurs abordée que de manière partielle dans le cadre de ce mémoire. De facto, si on devait définir le GHT, c'est paradoxalement par l'absent, l'impensé que l'on pourrait le faire, car des oublis il y en a eu aussi. Oubli, impasse, report, cette gradation traduit bien les hésitations qui découlent de la Loi de Modernisation de notre système de santé concernant deux aspects si proches et parfois si éloignés du système sanitaire : la santé mentale et le médico-social.

Concernant la santé mentale d'abord, un décret a été publié à l'automne 2016 précisant le régime juridique des Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT), mais offrant une telle souplesse de gouvernance, qu'il en devient difficile d'en déterminer avec précision l'articulation avec le GHT. Mais cette structure de coopération nouvelle peut-elle/doit-elle exister de façon autonome ? Là encore, l'instabilité juridique règne et les interrogations demeurent.

Quant au médico-social, si la Loi de Modernisation de notre Système de santé prévoit son association au GHT, les modalités pratiques de mise en œuvre sont laissées à l'appréciation et surtout à la bonne volonté des établissements sanitaires au premier rang desquels l'hôpital support...

Si ces imprécisions laissent une latitude certaine à ceux chargés d'inventer le territoire de santé de demain, cette souplesse dans le flou est davantage vectrice d'incompréhensions et peut-être même de tensions au sein des équipes administratives comme médico-soignantes et ce d'autant plus dans un calendrier des plus serrés pour rendre effective une structure imaginée loin des contraintes et des spécificités propres à chaque territoire.

En effet, c'est par tranches semestrielles successives qu'ont dû être construits les groupements hospitaliers de territoire, entraînant un sentiment d'urgence chez les hospitaliers. Et, comme le soulignait le Vice-Président du Conseil d'Etat, Jean-Marc Sauvé dans un discours de juin 2015 « *L'urgence ne saurait conduire ni à la précipitation, ni à la confusion des rôles* »¹. Or, comment penser le territoire de santé, dans un délai aussi court et sans conduire à une déstabilisation du fonctionnement des équipes ? Quelles conséquences sur la réalisation de documents aussi stratégiques que les projets

¹ Jean-Marc Sauvé « Bilan de quinze années d'urgence devant le juge administratif », 26 juin 2015.

médicaux partagés ? Pour tenir la cadence, le Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis a fait le choix de s'attacher les services d'un cabinet de consulting chargé de l'aider à rédiger le projet médical partagé, ce qui fera l'objet d'une réflexion approfondie dans les développements à venir. Ce sentiment d'avancer « à marche forcée » ne conduit-il pas davantage à une gestion prudente du quotidien qu'à une réflexion de long terme sur les filières de soins et l'optimisation du parcours patient ?

Au-delà de ces premières interrogations, se pose aussi la question de la place des tutelles, chargées de fixer les échéances et de donner le cap aux établissements, oscillant alors entre aide de circonstance et contrôle de principe. Si pour Philippe Delmas « *L'Etat est le garant des horloges grâce auquel la lenteur nécessaire est donnée pour la gestation du futur.* », il semblerait que cette vision idéale voire idéalisée a été quelque peu écornée lors de la mise en place des GHT. En effet, la lenteur n'était pas de mise, il fallait agir et vite. Il ne s'agissait plus seulement de coopérer, mais aussi de changer de dimension, passer de l'unique au multiple.

A ce propos, dans un article de juin 2017, Emmanuel Eliot et al considéraient que « *Les transformations contemporaines des systèmes de soins présentent en somme de nouvelles constructions qui produisent une image complexe des paysages sanitaires. Elles peuvent certes générer de nouvelles coopérations, modifier les hiérarchies anciennes, réorganiser les périmètres institutionnels mais elles peuvent aussi, en contrepartie, renforcer certaines inégalités en termes d'offre ou d'accès et compartimenter le rôle des acteurs.* »² Et c'est sur cette notion de compartimentage du rôle des acteurs qu'il conviendra aussi de s'interroger dans les développements à venir. En effet, si désormais l'espace s'élargit, augmentant ainsi le « terrain de jeu » des hospitaliers, leur rôle, leurs fonctions ne se limitent plus à un ou deux établissements mais se divisent au gré des besoins et des réorganisations nées de la réforme. Les métiers changent de surface, se divisent entre les établissements, et c'est là peut-être un premier paradoxe, se regroupent, se recentrent. Dorénavant une direction se pense au niveau du territoire et se partage entre plusieurs établissements principalement sanitaires aujourd'hui, et demain sans doute médico-sociaux aussi. Le directeur d'hôpital devient progressivement un directeur d'hôpitaux, il coopère, tempère et obtempère.

Une fois ces premiers constats faits, il convient de s'interroger sur la mise en place effective du GHT dans nos établissements. Le cas du GHT Atlantique 17 est, par certains aspects, assez différent de ce qui a pu se produire ailleurs. En effet, la tradition de coopération, essentiellement entre les établissements de La Rochelle et Rochefort y est solidement ancrée, et ce depuis 2008, date à laquelle les présidents des conseils de surveillance des deux hôpitaux, ont appelé à un renforcement des liens entre les deux structures. L'objectif étant de faciliter les recrutements de praticiens et surtout de développer des filières de soin territorialisées.

Le GHT créé dans l'urgence, est, en effet, loin d'être une évidence. Certains y voient une menace, c'est le cas souvent des élus locaux à la tête des conseils de surveillance, qui craignent pour « leur hôpital » vivier d'emplois et relai de l'économie locale. Et c'est peut-être là, l'originalité du GHT Atlantique 17, dont les fondements coopératifs ont été le fait

² Emmanuel Eliot, Véronique Lucas-Gabrielli et Catherine Mangeney « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français » Revue francophone sur la santé et les territoires, juin 2017.

non de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou des directeurs mais bien des politiques. Loin des réticences habituelles, les maires des villes de La Rochelle et Rochefort, distantes d'une trentaine de kilomètres l'une de l'autre, ont su dépasser les intérêts propres à leurs cités, pour raisonner en termes de territoire de santé.

A cet engagement initial venu des élus locaux, il faut ajouter le travail mené en parallèle par les chefs d'établissements et les présidents de CME, soucieux eux aussi de faire de cette coopération un axe fort de leurs projets, capable d'assurer le maillage territorial le plus complet possible dans un souci de qualité et d'équité entre les différentes parties. Cette première coopération entre les établissements de La Rochelle et Rochefort, s'est amplifiée à l'ensemble du territoire nord charentais maritime en 2011 avec la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire (CHT), intégrant en plus les hôpitaux de Marennes, Oléron et Saint-Martin de Ré. Si le centre hospitalier de La Rochelle s'est rapidement imposé comme établissement siège, les autres établissements n'ont pour autant pas été oubliés, la présidence de la CME du CHT revenant au centre hospitalier d'Oléron par exemple. Il s'agit là d'un choix diplomatique et stratégique, visant à rassurer les plus petits établissements quant à leur place au sein de la structure.

Cette logique a amené les différents acteurs à s'interroger sur la notion de distance, dans un territoire marqué par son insularité. En effet, il s'agissait non seulement de couvrir l'ensemble du territoire nord charentais maritime, mais aussi de s'assurer de pouvoir offrir une qualité de soin équivalente aux habitants des îles de Ré et Oléron, comprenant toutes les deux un hôpital local. Par ailleurs, un autre aspect a dû être pris en compte, celui de la saisonnalité des flux, liée à un tourisme massif l'été, la Charente-Maritime ayant enregistré plus de 30 millions de nuitées en 2015³. Enfin, la faible distance qui sépare les établissements de La Rochelle et Rochefort (20 minutes de voiture) constitue également un point d'approche non négligeable.

C'est sur les fondements de cette coopération à la fois récente et ancienne qu'a été mis en place le GHT Atlantique 17 qui, sans en constituer le parachèvement, renforce encore les liens entre les différents établissements parties. Le GHT a en effet pu s'appuyer sur plusieurs instances créées lors de l'instauration de la CHT et sur la capacité des différents acteurs, à la fois administratifs et soignants, à travailler ensemble. Cette tradition de coopération a ainsi facilité le déploiement du GHT, celui-ci constituant finalement un prolongement de la CHT déjà reconnue pour sa maturité.

Cependant s'il existe une coopération que l'on pourrait qualifier de routinière sur le territoire nord charentais maritime, le GHT a tout de même été construit dans un contexte contraint. En effet, les différents établissements parties connaissent des difficultés financières, celles-ci sont particulièrement exacerbées au sein du Centre hospitalier de Rochefort et Marennes, suite à la construction du nouvel hôpital, celui-ci fait d'ailleurs l'objet d'un Plan de retour à l'équilibre (PRE) et d'une surveillance renforcée de la part de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Aux difficultés financières, s'ajoute aussi une logique de fusion déjà à l'œuvre sur le territoire. Ainsi, le Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis a fusionné avec l'hôpital local de Saint-Martin de Ré dès 2011 et en parallèle le centre hospitalier de Rochefort

³ <http://www.lefigaro.fr/conso/2016/05/07/05007-20160507ARTFIG00003-la-charente-maritime-destination-touristique-preferee-des-francais-apres-paris.php>

s'est lui rapproché de celui de Marennes. Désormais, ce sont 3 établissements qui forment le GHT Atlantique 17, donnant un rôle de « Petit Poucet » au Centre hospitalier d'Oléron face à Rochefort et La Rochelle. Mais cette tendance à la fusion n'est pas propre au territoire nord charentais maritime. En effet, le sud du département a lui aussi connu des regroupements, comme le montre l'exemple de la direction commune entre le centre hospitalier de Saint-Jean d'Angély avec celui du Saintonge (Saintes).

Derrière une vision, se cache toujours un stratège, une coopération réussie, si elle nécessite l'appui de tous, a besoin d'abord d'un capitaine. Le directeur d'hôpital se doit de penser son hôpital non de façon isolée, mais bien comme une structure territoriale dont les frontières évoluent au gré des besoins des patients.

Si les frontières sont par essence mouvantes, la question de savoir jusqu'où étendre le GHT reste elle, ouverte. En effet, il a parfois été décidé de créer des GHT à l'échelle du département, mais ce n'est pas le cas en Charente-Maritime, où la division entre GHT sud et GHT nord correspond aux territoires des deux centres hospitaliers les plus importants, Saintonge et La Rochelle. Pour en revenir au GHT Atlantique 17, si la question des frontières a été tranchée lors de la constitution de la CHT, ce n'est pas tant la question de ses limites qu'il faut trancher que celle de l'évolution de la structure. La coopération étant désormais ancrée, et la CHT ayant permis d'instaurer une organisation rôdée, ce qui manque aujourd'hui c'est la personnalité morale afin d'aller plus loin, le GHT n'apparaissant que comme une simple transformation juridique de la CHT.

L'on peut dès lors s'interroger sur le véritable apport du GHT au territoire sanitaire nord charentais maritime. Les avancées issues du GHT apparaissent relatives au regard du niveau d'ores et déjà atteint ces dernières années et au contraire plutôt que de faire progresser les relations entre les différents établissements, il semblerait que l'on assiste davantage à un retour de tensions lié à la désignation de l'établissement support et aux prérogatives que cela implique. Les enjeux de pouvoir, semblent, d'une certaine manière, l'avoir emporté sur la construction d'un projet commun. Sommes-nous face à une simple crise de croissance ou est-ce le signe d'un réel problème de gouvernance ?

Aux tensions internes, s'ajoute des menaces externes venues du secteur privé. Si certains pans hospitaliers peuvent se targuer de bénéficier d'un monopole sur le territoire, il en est ainsi pour la psychiatrie par exemple et demain probablement pour la maternité, ce n'est pas le cas pour tous. En effet, si la clinique a fermé à Rochefort, à La Rochelle, il faudra désormais continuer à se développer face à un adversaire offensif, le groupe Capiro qui a entamé une restructuration de ses activités et concurrencera directement certains services de l'hôpital et plus particulièrement les chirurgies.

Au regard de la situation du GHT Atlantique 17, le discours de Cécile Courrèges, nouvelle Directrice générale de l'Offre de Soins, lors du congrès du SMPS à la Baule en juin 2017 résonne de façon particulière puisqu'elle y a déclaré « *Le temps de la réglementation est terminé* »⁴. Cette phrase peut être interprétée de plusieurs façons.

Elle peut s'entendre, en premier lieu, comme l'annonce d'un arrêt de la publication de nouveaux décrets venant compléter les dispositions issues de la Loi de Modernisation de notre système de santé. S'il faut reconnaître la nécessité de ces décrets pour préciser

⁴ APM News, dépêche du 24 juin 2017

certaines fonctions du GHT, concernant les achats notamment, ceux-ci n'ont pas permis de répondre à l'ensemble des interrogations des hospitaliers, l'exemple des CPT (Communautés psychiatriques de territoire) est de ce point de vue intéressant, puisque le décret relatif ne précise pas s'il s'agit d'une dérogation au GHT ou au contraire d'une structure juridique intégrée.

Elle peut aussi s'interpréter comme la possibilité laissée aux acteurs de gérer et d'organiser le GHT en fonction des spécificités territoriales ou des engagements pris auparavant. Cette seconde hypothèse serait ainsi un gage de souplesse dans la gouvernance des GHT. Cependant, elle laisse les GHT déjà avancés, c'est-à-dire, ceux issus des CHT, comme le GHT Atlantique 17 dans une forme d'impasse juridique, l'absence de personnalité morale donnant aux hospitaliers, un sentiment d'entre-deux. En effet, si le GHT a constitué une avancée en matière de stratégie territoriale, à long terme, l'on peut s'interroger sur la viabilité de la structure, le risque de doublons et de superpositions reste élevé tant que la personnalité morale ne lui sera pas accordée.

Or, aujourd'hui, le contexte du GHT Atlantique 17 ne se résume pas à la construction d'une structure territoriale, ce travail a d'ores et déjà été effectué lors de la construction de la CHT, l'enjeu est de poursuivre et amplifier le travail de coopération dans une atmosphère de confiance mutuelle afin d'assurer un service toujours plus qualitatif aux patients. Derrière la construction technocratique que constitue le GHT, l'enjeu réside aussi dans l'obtention de l'adhésion des différents acteurs de l'hôpital à ce nouveau fonctionnement. Le GHT, constitue par bien des aspects, un changement profond des habitudes solidement enracinées, et pas uniquement pour nous managers. Désormais travailler à l'hôpital, ce n'est plus appartenir à un seul établissement mais bien à une communauté qui trouve sa source dans l'établissement support et se déploie sur un territoire dont la taille varie en fonction des besoins de la population...ou des frontières départementales ce qui peut parfois entraîner la construction d'ensembles peu cohérents au regard des enjeux sanitaires.

S'il est un aspect manquant à cette introduction, c'est bien la place des patients. Certes, le GHT est pensé en fonction d'un bassin de population, et donc pourrait-on penser, par un effet ricochet, aux attentes des patients. Mais, sa création s'est faite, dans une indifférence globale de la part des patients, qui ne voyant pas de différence aussi notable que la fermeture d'un établissement, l'exemple de la maternité de St Jean d'Angély est de ce point de vue assez représentatif, n'ont pas fait part de leurs craintes pour le futur de leur hôpital.

Au contraire, dans le cas de la CHT Atlantique 17, la mise en place de consultations spécialisées a été un vecteur incontestable d'amélioration de l'offre et de la qualité de soins. C'est donc peut-être davantage la communauté hospitalière dans son ensemble qu'il s'agit de faire adhérer au projet que les patients eux-mêmes.

Si la construction du GHT fut une étape importante, l'enjeu aujourd'hui est outre le déploiement d'une structure imposée, d'y faire adhérer ceux qui y oeuvrent au quotidien, en somme de revenir aux fondements de la coopération et de s'interroger sur l'intérêt de chacun à participer et de préparer l'étape d'après. En effet, si pour reprendre les mots de Cécile Courrèges, « *le temps de la réglementation est dépassé* », nous ne pouvons rester « au milieu du gué » et devons trouver une manière de faire vivre ce territoire de santé, afin que la construction venue d'en haut obtienne le consentement de ceux issus du « terrain ». On pourrait ainsi paraphraser Ernest Renan et se dire que le GHT comme la nation est d'abord une volonté de vivre ensemble. Il est vrai que c'est là un véritable enjeu

que de faire travailler des équipes si proches et pourtant si lointaines pour permettre un maillage territorial le plus efficace possible. Il s'agit dès lors de trouver des référentiels communs susceptibles de faire émerger ce sentiment d'appartenance à une seule communauté sanitaire, celle du territoire nord charentais-maritime, unie pour assurer le meilleur service possible au patient quel que soit son lieu de résidence.

Ainsi, au-delà des textes, comment faire émerger une identité sanitaire commune au sein du GHT Atlantique 17 ?

Si le territoire de santé s'est constitué dans la durée (I), le passage des textes à la pratique s'est fait dans un contexte contraint (II) avec la fusion pour horizon (III).

1 Créer ou recréer un territoire de santé : aux origines du GHT Atlantique 17

Les différents professionnels rencontrés lors des phases d'entretien, aussi bien directeurs que praticiens, sont unanimes sur un point, l'aménagement sanitaire du territoire c'est d'abord un objectif de réponse aux besoins des populations en matière de santé. C'est cet engagement qui a guidé les différents instigateurs lors du rapprochement entre La Rochelle et Rochefort, et plus tard lors de la mise en place de la CHT et aujourd'hui du GHT. Aux vœux pieux qui ont permis d'imaginer les premières coopérations, ont très vite succédé des actes forts en vue d'une association fructueuse.

Pour y parvenir, il a fallu dépasser les appréhensions, rassurer, en somme mener un véritable travail de pédagogie pour rapprocher, dans un premier temps, « les deux forteresses » que constituaient jusqu'alors les centres hospitaliers de La Rochelle et Rochefort avant d'étendre le partenariat jusqu'aux îles et au centre du département de la Charente-Maritime. Au regard du proche éloignement (proximité géographique mais éloignement stratégique) entre les deux établissements, la tâche apparaissait compliquée, et il faut, de ce point de vue reconnaître le rôle des élus locaux, qui ont su se mobiliser pour faire avancer le territoire dans le sens d'une plus forte coopération.

Si la coopération au niveau du territoire supposait au préalable un rapprochement entre La Rochelle et Rochefort (1), la mise en place d'une CHT a constitué un premier aboutissement (2) dans un territoire entre terre et mer (3).

1.1 Une coopération initiée récemment avec le Centre Hospitalier de Rochefort

1.1.1 Un engagement fort pour la coopération partagé par la communauté médicale et l'administration

Evidente au regard de l'organisation spatiale et de la faible distance qui les sépare, la coopération entre les centres hospitaliers de La Rochelle et Rochefort est longtemps restée de l'ordre de la fiction, faute d'une volonté de collaborer ensemble au service des patients. En effet, pour reprendre les propos du Docteur Jean-Marc Even, actuel président de la CME du Centre Hospitalier de Rochefort et Marennes, l'établissement rochefortais a gardé l'image d'une « verrue », mais « verrue nécessaire » pour répondre aux besoins sanitaires des zones insulaires.



La carte du GHT Atlantique 17 présentée ci-dessus permet de se rendre compte effectivement de la proximité entre les deux villes, de facto entre les deux établissements et de la logique que constitue une complète coopération entre les deux centres hospitaliers.

Mais, ce qui fait la spécificité de cette collaboration n'est pas tant la proximité entre les établissements que son origine. En effet, alors que bien souvent cette décision relève des directions ou des ARS, dans le cas présent, c'est d'abord d'une volonté politique, celle des présidents des conseils de surveillance qu'est née la coopération entre La Rochelle et Rochefort.

Cette situation atypique a donné sans doute davantage de force au projet et permis de lever les inquiétudes de la population, toujours soucieuse face à l'hypothèse de « perdre son hôpital », en particulier dans une ville comme Rochefort.

Il faut rappeler, à cet égard, que les compétences des collectivités territoriales et plus particulièrement des communes restent limitées en matière de santé, le système étant largement centralisé. Ainsi, la loi HPST ne prévoit pas de compétence obligatoire pour la commune en matière, hors pouvoir de police du maire. Certes, le maire préside le Conseil de surveillance, mais son rôle reste encadré.

Toutefois, l'ancienne Ministre de la Santé, Madame Marisol Touraine avait déclaré, à l'occasion de la présentation du Pacte de confiance de l'hôpital en 2013 : « *Les élus ne doivent pas être oubliés parce que, bien souvent, l'hôpital est un élément structurant de la vie d'un territoire. Les associer au projet d'établissement, c'est bénéficier de leur expertise, de leur connaissance du terrain et de leur capacité à accompagner le changement.* »⁵ Cette reconnaissance du rôle de l'élu dans l'organisation hospitalière et plus particulièrement dans l'aménagement sanitaire du territoire est emblématique de la situation observée entre La Rochelle et Rochefort.

A ce propos, dans leur article publié en juin 2017 « *Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français* », Emmanuel Eliot et al confirment cette tendance en expliquant que « *Les collectivités territoriales, malgré l'absence de compétences légales dans le domaine du sanitaire, sont quant à elles largement impliquées dans ce nouveau système de santé régional, qui fait de la territorialisation, du découpage, de la conception globale de la santé, de la fluidité des parcours de santé et de la réduction des inégalités des axes majeurs de son action. Cette implication est d'autant plus forte qu'elle répond aux sollicitations des citoyens qui sont telles que nombre de maires font de la lutte contre la désertification médicale de leurs territoires une priorité.* » Toutefois, dans le cas présent, l'on peut s'interroger sur les « sollicitations » émises par les citoyens, la décision de coopération apparaissant davantage comme un acte unilatéral que comme le fruit d'une concertation faite auprès des populations rochelaises et rochefortaises.

Si les politiques ont su impulser un rapprochement que l'organisation territoriale de la Charente-Maritime nord rendait inévitable, il a fallu traduire progressivement les paroles en actes, ce qui a fortement mobilisé les équipes des deux centres hospitaliers pour un résultat qui apparaît aujourd'hui globalement positif.

⁵ Déclaration de Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, sur les moyens mis en œuvre pour le pacte de confiance à l'hôpital, 4 mars 2013.

1.1.2 Une organisation territoriale propice à la coopération

Bien que la disposition spatiale l'y incite fortement, la coopération entre les deux principaux établissements du nord de la Charente-Maritime était loin d'être une évidence. Peu à peu, les relations entre La Rochelle et Rochefort se sont intensifiées au point d'adopter un projet médical commun pour la période 2010-2015 régi par une convention cadre adoptée signée le 20 mai 2011.

Aujourd'hui, ce sont plus de 30 médecins qui interviennent au sein des deux établissements, dans plus de 15 spécialités, ce qui constitue une amélioration sensible de l'offre de soins et de consultations. Pour parvenir à un tel résultat, c'est l'ensemble des conventions hospitalières existantes qui a été mobilisé, de la mise en place de postes partagés en passant par la création d'équipes médicales communes ou de fédérations médicales inter-hospitalières. Dans l'examen de gestion du Centre hospitalier de La Rochelle, la Chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, relevait ainsi 19 domaines de coopération entre les deux établissements.

A la coopération médicale, s'ajoute une coopération logistique, laquelle s'est traduite par la constitution d'un GCS, le « GCS de Charente-Maritime Nord » créé en mars 2012. Celui-ci a pour mission d'organiser les activités de blanchisserie, de restauration, des services techniques, d'anatomopathologie et de pharmacie d'usage intérieur entre les deux établissements.

Par ailleurs, plusieurs directions sont partagées entre La Rochelle et Rochefort, il s'agit à ce stade, de la direction des achats, de celle de la qualité, celle des travaux et du patrimoine et enfin celle du système d'information. A terme, la direction des affaires médicales pourrait aussi s'y ajouter, cette fonction étant actuellement autonome à La Rochelle mais assurée par la direction des ressources humaines à Rochefort.

Mais si les réalisations ont été nombreuses dans le cadre de cette collaboration entre les deux établissements, il apparaît nécessaire de s'intéresser à son bilan tant sur le plan médical qu'économique plus de 6 ans après l'adoption de la convention constitutive.

Bien que les résultats globaux apparaissent positifs, certaines questions sont restées en suspens avec l'espoir ou l'objectif c'est selon, d'aboutir dans le cadre de la CHT puis du GHT.

Si bien souvent les coopérations hospitalières se fondent sur des problèmes de démographie médicale, la Charente-Maritime nord fait figure d'exception, puisque la densité de médecins généralistes y est supérieure aux moyennes régionales et nationales⁶ même si la proportion de spécialistes y est elle inférieure. Aurélien Vautard souligne ainsi que « *ces coopérations ont permis de rendre l'offre de soins publique graduée, mieux structurée et répondant ainsi mieux aux besoins du territoire.* » Il voit dans la coopération La Rochelle-Rochefort, non une association visant à résoudre les problèmes mais davantage à les anticiper. A son sens, le bilan est donc plus que positif en matière médicale en ayant permis de maintenir certaines activités tout en développant de nouvelles sur le site de Rochefort et en renforçant le plateau technique du site rochelais. En parallèle, recrutements et projets communs ont été facilités.

Pour ce qui est du bilan médico-économique maintenant, la dynamique semble également positive, comme l'attestent les parts de marchés issues de la banque de données de la

⁶ Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine, mars 2017.

FHF. Ainsi, les établissements de La Rochelle et Rochefort ont vu leur positionnement être renforcé sur l'ensemble du département de la Charente-Maritime et ce, dans l'ensemble des grands secteurs de l'offre de soins. Le tableau ci-dessous détaille les évolutions de parts de marchés suite à la mise en place d'une véritable politique de coopération entre les deux établissements.

TOTAL ACTIVITE MCO

	2008	2012	2016	Evolution
GH LA ROCHELLE	38%	41%	47%	+ 9 points sur la période 2008-2016
CH ROCHEFORT	16,5%	19,3%	Donnée non disponible	+2,8 points sur la période 2008-2012

Source : Banque de données de la Fédération Hospitalière de France, Parts de marché Nord Charente-Maritime

La Chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, dans son examen de gestion relatif au Centre Hospitalier de Rochefort relevait, à ce propos, une progression des recettes de l'établissement depuis la mise en œuvre des actions de coopération, soulignant qu'elles atteignaient la somme de 807 550 € en 2013⁷. Elle conclue même le paragraphe dédié aux coopérations avec la phrase suivante : « *La coopération avec le centre hospitalier de La Rochelle représente plus de 90% des actions de coopération de l'hôpital de Rochefort et elle apporte incontestablement un gain en attractivité médicale et en recettes liées à l'activité.* »

Les chiffres comme les analyses sont clairs. La coopération entre les deux « forteresses » pour reprendre les mots du Docteur Even, apparaît plus que fructueuse, même si elle laisse certaines questions en suspens.

Le tandem La Rochelle-Rochefort est ainsi devenu un laboratoire de l'aménagement sanitaire du territoire, dont les avancées ont permis une structuration rapide et cohérente de la CHT Atlantique 17.

1.2 Dont la mise en place de la CHT a constitué un premier aboutissement

Instaurée par la loi HPST, la Communauté Hospitalière de Territoire a marqué un tournant dans les coopérations hospitalières, en permettant aux établissements membres de mettre en œuvre une stratégie médicale commune et de mutualiser certaines fonctions et activités pré-définies. Bien que ne disposant pas de la personnalité morale, elle constituait une forme de coopération renforcée, à l'échelle non plus d'une zone donnée mais bien d'un territoire, permettant de raisonner plus uniquement en termes d'établissement mais bien de groupe, association, ensemble.

⁷ Rapport d'observations définitives, Centre hospitalier de Rochefort, Chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, 2017.

1.2.1 Le territoire nord charentais-maritime, un précurseur de la coopération hospitalière

Passer du singulier au pluriel, c'est en résumé le programme annoncé de la CHT. Il s'agit là d'augmenter son champ de vision. En cela, la constitution de la CHT dans une zone pourtant rompue à la coopération, a pu constituer un bouleversement auprès des équipes. En effet, travailler à l'hôpital, c'est appartenir à une communauté, marquée par une histoire, des coutumes, qui en font une institution centrale et pas uniquement pour ceux qui le servent. Les patients revendiquent aussi ce lien avec l'hôpital et n'hésitent pas à se mobiliser lorsqu'ils considèrent que celui-ci pourrait s'éloigner ou pire...disparaître. Les médias locaux se font alors le relais de ses craintes, accueillant volontiers tribunes et autres pétitions destinées à « sauver l'hôpital ».

Incarnation du lien social, l'hôpital est un repère, une assurance de pouvoir être soigné ou au moins écouté, à toute heure du jour ou de la nuit. Pour autant, dans un contexte de baisse ou peut-être même de chute de la démographie médicale et de concurrence accrue à la fois entre établissements publics mais aussi avec le secteur privé, il faut savoir dépasser les anciennes rivalités pour se regrouper au nom de l'intérêt supérieur du patient.

Si certaines coopérations ne vont pas de soi, celle organisée sur le territoire de la Charente-Maritime nord semble s'inscrire dans une certaine continuité, celle des liens entre les établissements de La Rochelle et Rochefort, et dans un espace dont le caractère insulaire appelle à collaborer pour s'assurer du maillage territorial le plus large possible.

1.2.2 Une dynamique au service de la construction d'un véritable territoire sanitaire

Précédemment, nous avons vu la construction à la fois rapide et complexe de la coopération entre La Rochelle et Rochefort, à l'évidence du rapprochement répond le risque de l'artificialité des liens et interroge les hospitaliers sur les bases sur lesquelles fonder une collaboration. En effet, l'enjeu est, pour reprendre les mots d'Edouard Couty et al « *d'adapter les politiques de santé aux particularités épidémiologiques, géographiques et organisationnelles du territoire* »⁸. Au-delà des acteurs qui allaient le former, lesquels étaient presque tout trouvés, c'était la question du projet, de la genèse de cette collaboration qu'il fallait poser.

Pour y parvenir, il a fallu dépasser les *a priori* sur les autres établissements publics du territoire, faire taire les concurrences d'hier pour construire les solidarités de demain, le tout dans un contexte budgétaire contraint en particulier pour l'établissement de Rochefort, engagé dans une coûteuse opération de reconstruction. Il fallait aussi s'assurer d'une « égalité de traitement entre les membres » et éviter tout sentiment de dépossession en particulier au sein des petits centres hospitaliers de Marennes, Saint-Martin de Ré et Saint-Pierre d'Oléron, lesquels auraient pu s'inquiéter de disparaître sous le poids des deux principaux établissements que sont La Rochelle et Rochefort.

⁸ Couty Edouard, Kouchner C, Laude A, Tabuteau D, La loi Hôpital, patients, santé, territoire, regards sur la réforme du système de santé, 2010.

Une coopération, c'est en effet d'abord une rencontre entre des hommes et les établissements qu'ils représentent. Il s'agissait de créer un climat de confiance entre des centres hospitaliers habitués jusqu'alors à travailler de façon indépendante les uns des autres, si l'on met de côté la collaboration La Rochelle/Rochefort et repenser des organisations solidement installées.

A la volonté de collaborer ensemble, devait se construire en parallèle une identité commune, laquelle passe certes par une continuité spatiale et temporelle et par une dynamique de reconnaissance, mais aussi par l'attribution d'un nom. De ce point de vue, le choix du nom « Atlantique 17 » apparaît pertinent au regard des enjeux territoriaux, à savoir assurer l'offre de soins dans un espace tourné vers la mer ou plutôt vers l'océan, avec les contraintes que cela engendre au quotidien (accès, afflux massif en été, mise en place d'un SMUR maritime...).

Une fois le principe d'association acté, c'est la question des valeurs, des principes, des fondements sur lesquels construire cette alliance qu'il s'agissait de définir. Alors que la loi HPST, qui crée les CHT, avait supprimé la notion de « service public hospitalier » réintroduite depuis par la Loi de Modernisation de notre système de santé, les établissements membres ont fait le choix d'en faire le principe cardinal de leur coopération. Ils souhaitaient rappeler leur volonté de faire progresser la collaboration entre établissements publics tout en se laissant la possibilité d'intégrer des ESPIC présents sur le territoire.

De plus, il s'agissait aussi dans ce cadre, de s'inspirer et de reprendre les préconisations issues de la tutelle, en particulier celles issues du SROS. En effet, si dans le cas présent, la coopération ne s'est pas faite à l'initiative de l'ARS, son rôle reste prégnant dans l'aménagement sanitaire du territoire et encore plus aujourd'hui dans la consolidation des GHT et de leur PMP. La loi HPST prévoyait ainsi à son article 22 la possibilité pour le Directeur Générale de l'ARS de décider unilatéralement de la mise en place d'une CHT.

Enfin, la coopération repose sur l'objectif de gradation des activités médicales entre les établissements membres, ce qui doit s'entendre aussi comme une réponse commune aux difficultés de financement que connaissent les hôpitaux, dans un contexte de tarification à l'activité qui conduit davantage à la concurrence qu'à la complémentarité entre les établissements.

Mais pour insuffler cette nécessaire confiance, il a fallu aussi recourir à un savant numéro d'équilibriste afin que chaque partie se sente impliquée dans le projet, et que la désignation de l'établissement siège ne conduise pas à un sentiment de mise à l'écart chez les autres participants. Pour cela, directeurs et présidents de CME ont su adopter une démarche pragmatique, en donnant à chaque partie une responsabilité particulière au sein de la gouvernance de la CHT, sans pour autant déposséder l'établissement siège.

Ainsi, la présidence de la commission de communauté a été attribuée au maire de Marennes, tandis que la présidence de la CME de CHT revenait à la présidence de la CME du centre hospitalier de Saint-Pierre d'Oléron. Au-delà du symbole, ces élections marquaient surtout la volonté des hospitaliers de ne pas avoir un établissement siège aux pouvoirs hégémoniques mais d'assurer une répartition équitable entre tous, garante d'un climat de confiance.

Progressivement, la CHT est donc apparue comme « *la préfiguration d'une future organisation hospitalière territorialisée* »⁹ rassemblée autour d'un projet médical commun. Là encore, il fallait chercher un juste équilibre afin que chacun y trouve son intérêt. Pour y parvenir, « *le projet de territoire a d'emblée été basé sur une vision réaliste et pragmatique du rôle de chaque établissement public de santé du territoire. Les plus petits sites, éloignés des grands centres, avaient pour vocation de voir se développer en leur sein des consultations avancées afin d'offrir une offre de proximité qui n'existait pas ou plus dans certaines spécialités.* »¹⁰

En effet, la CHT visait à répondre à deux impératifs concernant à la fois l'aval et l'amont de l'hospitalisation :

- la bonne répartition des compétences et activités
- le développement de filières de soins graduées et de parcours patients

Le projet médical de la CHT a donc été construit autour d'un hôpital de référence, le centre hospitalier de La Rochelle, d'un hôpital de proximité, celui de Rochefort, tout en prévoyant la mise en place de consultations avancées sur le site de Saint-Pierre d'Oléron. Ainsi, selon Fabien Chanabas et Aurélien Vautard, directeurs adjoints au sein du Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis : « *cette définition et cette acceptation du rôle de chaque site ont permis de faire reconnaître la spécificité de chaque établissement public dans la construction des filières de soins.* »¹¹

Il a ainsi été décidé d'orienter le projet médical de la CHT Atlantique 17 vers la mise en œuvre de cinq objectifs prioritaires pour la période 2010-2015 :

- des filières de soins graduées et territorialisées s'appuyant sur des coopérations anciennes ou récentes, avec pour ambition de faire émerger des pôles territoriaux ;
- le développement d'une filière gériatrique pour la Charente-Maritime Nord ;
- l'orientation vers des projets médico-techniques communs (pharmacie, laboratoire, imagerie) ;
- une politique qualité commune ;
- un système d'information partagé, garantie d'une meilleure communication entre praticiens.

Au total, ce sont près d'une trentaine de filières qui ont été mises en place.

Peu à peu s'est donc dessinée une véritable stratégie territoriale propre au territoire nord charentais-maritime, ayant permis d'anticiper les problématiques de recrutement médical dans un espace relativement attractif. En ce sens, la coopération peut être considéré comme réussie, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Bilan des coopérations médicales pour la médecine

DOMAINE DE COOPERATION	GH LA ROCHELLE-RE-AUNIS	CH ROCHEFORT	CH SAINT-PIERRE D'OLERON
Anapath	Activité intégrée dans le GCS Nord Charente Maritime		
Gériatrie	Filière gériatrique de territoire : création d'un numéro d'appel unique MAIA		

⁹ Aurélien Vautard, *L'aménagement sanitaire du territoire*, 2016

¹⁰ CHANABAS Fabien, VAUTARD Aurélien « *Le groupement hospitalier de territoire Atlantique 17, Un modèle construit dans le temps* », Techniques hospitalières n°759, septembre-octobre 2016

¹¹ Article cité au-dessus

<i>Consultations mémoire</i>	Temps de gériatre du CH Rochefort	Temps de neurologue du GH La Rochelle	
<i>Réanimation</i>	Prise en charge de patients du territoire de Rochefort-Marennes		
<i>AVC</i>	Prise en charge des patients du territoire de Rochefort-Marennes		
<i>Pédiatrie</i>		Consultations avancées en neuropédiatrie par un praticien du GHLRRA	
<i>Gynécologie</i>			Consultations avancées réalisées par des praticiens du CHRO
<i>Cardiologie</i>	Prise en charge des patients de Rochefort-Marennes au GHLRRA ; Plages dédiées aux IRM cardiaques au GHLRRA		
<i>Diabétologie endocrinologie</i>	-	Temps médical partagé	
<i>Addictologie</i>	Equipe de liaison en addictologie territoriale (ELSA)		

Très vite, la coopération médicale a été complétée par le développement de projet soignant, social, administratif et logistique. C'est donc une stratégie véritablement globale qui a ici été pensée puis développée, puisque comme l'écrivent Fabien Chanabas et Aurélien Vautard « *Les acteurs de la CHT étaient dès l'origine convaincus qu'au-delà de la mise en œuvre des filières de soins, leur défi premier était d'arriver aux mutualisations nécessaires sur le plan de la gestion et des fonctions supports.* »¹² Mise en place de directions partagées pour certaines fonctions supports (achats, travaux et patrimoine, qualité), gestion commune de la blanchisserie ou de la restauration, mise en place d'un projet soignant de territoire ou encore d'un projet social de territoire, la diversité des projets développés montre bien le dynamisme des équipes aussi administratives que médicales ou soignantes ainsi que le caractère fécond de leur collaboration.

Ainsi, la plupart des outils juridiques existants en la matière ont été mobilisés pour parvenir à une coopération fructueuse. Le rapprochement opéré au travers de la CHT est même allé plus loin que prévu avec la mise en place d'une direction commune entre les Centres hospitaliers de Rochefort et Marennes et surtout avec des fusions initiées par les acteurs hospitaliers eux-mêmes, par exemple entre le Groupe Hospitalier de La Rochelle et l'Hôpital Saint-Honoré de Saint-Martin de Ré puis avec le centre SSR de Marlonges. Dans les cas cités, la direction commune et/ou la fusion ne vient pas répondre à une injonction de l'ARS, comme c'est souvent le cas et ce pour des raisons financières, mais s'inscrit dans une continuité territoriale, politique et stratégique.

Sans aller jusqu'à parler de « communauté naturelle », on peut dire que la greffe a plus que bien prise et que les racines de la CHT sont solidement implantées. En un sens, la CHT Atlantique 17 tire son succès et son identité de la combinaison entre « volonté de vivre-ensemble » et frontières naturelles, réunissant en quelque sorte Fichte et Renan. Le territoire de santé est venu répondre aux attentes et besoins locaux.

¹² Article déjà cité

Toutefois, ces résultats positifs ne doivent pas masquer les insuffisances issues de la loi HPST et les conséquences que cela a pu avoir sur la constitution de la CHT Atlantique 17, au premier rang desquelles, l'absence de personnalité morale. En effet, comme l'écrit le juriste Maxence Cormier « *Les communautés hospitalières de territoire constituent une véritable innovation bien que l'on y retrouve certains traits des anciennes communautés hospitalières, des fédérations médicales interhospitalières et des groupements de coopération de territoire* » mais l'absence de personnalité morale est un « handicap à la fois juridique et sociologique »¹³. En effet, la question de comment faire évoluer encore la coopération, sur quels fondements, reste posée.

Lors des phases d'entretien, le Dr Thierry Godeau, Président de la CME du GHLRRA regrettait, à ce propos, qu'une forme de « routine » se soit instaurée dans la coopération, empêchant une nouvelle dynamique d'émerger. Il est vrai que compte-tenu de l'avance prise par la Charente-Maritime nord en la matière, il est difficile d'imaginer à ce stade, comment faire évoluer encore les structures mises en place. L'enjeu est désormais de donner à l'établissement support un rôle véritablement intégratif pour sortir de l'impression de « crise de croissance » qui traverse actuellement le GHT Atlantique 17.

Nous verrons dans la deuxième partie de ce mémoire, de quelle manière le passage de la CHT au GHT sous l'effet de la Loi de modernisation de notre système de santé a modifié ou non la coopération hospitalière en Charente-Maritime Nord. Mais avant, il s'agira de rappeler quelques caractéristiques de ce territoire tourné vers l'Océan.

1.3 Dans un territoire entre terre et mer

1.3.1 Concilier morcellement géographique et égalité d'accès à l'offre de soins

La Rochelle, l'île de Ré, l'île d'Aix ou d'Oléron, autant d'endroits qui avant d'être des lieux de villégiature, sont des lieux de vie dont les habitants doivent bénéficier d'une offre de soins aussi qualitative, à défaut d'être quantitative, qu'ailleurs. C'est là, tout le défi à relever pour la Charente-Maritime nord, assurer le maillage territorial le plus étendu possible dans un territoire dont l'insularité se conjugue avec l'attractivité. Dans la plupart des entretiens que j'ai pu conduire, mes différents interlocuteurs ont insisté sur l'insularité du territoire mais aussi sur son attractivité touristique, dont les conséquences en saison estivale nécessitent une organisation et des aménagements dédiés. En effet, la Charente-Maritime constitue une des premières destinations touristiques de France, essentiellement dans le Nord du département, avec de fortes migrations saisonnières vers La Rochelle et bien sûr les îles de Ré et Oléron.

Alain Michel, Directeur Général du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, rappelait à cet égard la nécessité de déployer une 3^{ème} ligne de SMUR durant la saison estivale, laquelle fonctionne uniquement avec des médecins intérimaires, afin de pouvoir répondre aux besoins d'une population en forte croissance. Il faut également noter la mise en place d'urgences estivales sur le site de Saint-Martin de Ré ainsi que d'un SMUR temporaire sur l'île d'Oléron.

Pierrick Dieumegard, Directeur général du Centre Hospitalier de Rochefort – Marennes :
« *Il y a un problème de lissage de l'activité, avec des périodes de forte tension essentiellement l'été.* »

¹³ Op cit

Outre les problématiques d'afflux saisonnier, la Charente-Maritime nord bénéficie aussi d'une attractivité forte, le département étant un des plus peuplés de la région Nouvelle-Aquitaine, en accueillant près de 11% de la population totale¹⁴. Les projections montrent également que dans la prochaine décennie, celle-ci devrait encore augmenter de près de 7% soit 45 000 habitants en plus, soit autant de personnes à qui il faudra fournir une offre de soins de qualité demain. Aujourd'hui la Charente-Maritime est ainsi le 3^{ème} département le plus attractif de la région Nouvelle-Aquitaine.

Cependant, cette attractivité repose de plus en plus sur l'installation de personnes retraitées, la part de personnes âgées de plus de 75 ans représentant plus de 12% de la population contre 9% en moyenne nationale. Et cette tendance ne semble pas prête de s'endiguer. Il s'agit là d'un nouveau défi pour nos organisations sanitaires, ce que le projet médical de la CHT a su anticiper en prévoyant la création d'une filière gériatrique de territoire qui s'appuie sur 4 objectifs prioritaires :

- *la création d'un numéro unique d'appel pour l'obtention de conseils auprès d'un gériatre*
- *le développement des équipes mobiles en intra comme en extrahospitalier*
- *la création de lits et places en Court séjour gériatrique ou en SSR spécialisé*
- *le développement des consultations mémoire à l'échelle du territoire.*

Mais cette attractivité doit être relativisée car il ne s'agit pas uniquement de répondre à une demande ponctuelle mais aussi de garantir l'égal accès aux soins tout au long de l'année, dans un espace caractérisé par de fortes disparités de revenu entre le territoire de La Rochelle et celui de Rochefort-Marennes-Oléron. L'exemple de la gynécologie-obstétrique apparaît particulièrement pertinent, puisque la mise en place des consultations avancées entre le Centre hospitalier de Rochefort et celui de Saint-Pierre d'Oléron dans le cadre de la CHT, a contribué à assurer un suivi régulier des parturientes alors que ce n'était pas le cas auparavant. D'autres exemples auraient pu être pris, notamment le rôle joué par le Centre hospitalier de Rochefort, qui bien que n'étant pas l'établissement de recours du territoire, joue un rôle essentiel et a pu développer certaines activités, par exemple de chirurgie, en principe difficilement accessibles pour un établissement de cette taille.

Enfin, le territoire de la Charente-Maritime nord se caractérise par la présence de pathologies spécifiques, qui appelle à une réponse commune et coordonnée des établissements de santé.

Ainsi, Pierrick Dieumegard et Jean-Marc Even ont insisté sur le taux élevé d'addictions, ce que le Docteur Pascale Puzos, cheffe du Pôle Psychiatrie au sein du GHLRRA a tempéré en expliquant que ces problématiques étaient surtout propres au territoire de santé Rochefort-Oléron-Marennes-Surgères. Les chiffres fournis par le PRS Nouvelle-Aquitaine 2017 montrent, à cet égard, que le taux de cancer du poumon est supérieur à la moyenne nationale dans ce territoire, tout comme le taux de mortalité masculine pour maladies liées à la consommation d'alcool. Aussi, dans le cadre de la CHT, il a été prévu la territorialisation de l'équipe de liaison en addictologie (ELSA). Cette dynamique de filière est allée encore plus loin avec l'instauration en mai 2017 de l'ESPAR, Espace en Addictions Rochelais qui rassemble les différents services traitant l'addictologie.

¹⁴ Projet régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2017, diagnostic territorial de la Charente-Maritime.

Si l'environnement immédiat de la Charente-Maritime Nord aurait pu constituer un obstacle à la coopération hospitalière publique, les différents établissements ont su dépasser les contraintes pour assurer un maillage territorial le plus étendu possible en sachant s'adapter en fonction des périodes d'afflux. Cependant, dans le cadre de phénomènes météorologiques tels que la tempête Xynthia en 2011, il n'y a pas eu de coordination dans la gestion de crise, ce qui pourrait être une piste à envisager à terme dans le cadre d'un plan blanc commun par exemple.

Toutefois, plus que l'environnement naturel, c'est surtout l'implantation d'établissements privés qui pourrait à terme menacer le Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis et au-delà les résultats de la CHT devenue GHT Atlantique 17.

1.3.2 Une offre publique diffuse face à une concentration du secteur privé

En effet, alors que l'offre sur le territoire de Rochefort s'est réduite avec la fermeture de la clinique, laissant un monopole au centre hospitalier, à La Rochelle, les deux cliniques, celles du Mail et celles de l'Atlantique qui cohabitaient avec le groupe hospitalier laisseront place à un seul établissement en 2017. Il s'agit là d'une recombinaison voulue par le Groupe Capio Santé, lequel a prévu d'investir près de 15 millions d'euros pour fusionner les deux établissements¹⁵.

Cette fusion devrait par ailleurs s'accompagner d'une fermeture de la maternité de la Clinique de l'Atlantique, ce qui devrait avoir des conséquences sur la maternité publique car il va falloir absorber une patientèle nouvelle...ou bien en reconquérir une ancienne mais ayant cédé aux sirènes de l'établissement privé. Cela implique à la fois d'obtenir des autorisations nouvelles auprès de l'ARS, mais aussi et surtout, de disposer à la fois de capacités d'accueil et de personnel suffisants pour pouvoir y répondre. Ainsi, Hélène Gendreau, qui a consacré son mémoire à la question de l'attractivité de la maternité du GHLRRA¹⁶, notait une hausse de l'activité suite au déménagement de cette dernière, de l'ordre de 10% entre 2012 et 2014 alors que dans le même temps, celle de la maternité de la Clinique baissait fortement (-37% pour les accouchements). Déjà, les premières rumeurs concernant la fermeture prochaine de la maternité privée avaient permis une hausse de la patientèle au sein du GHLRRA, en plus de l'impact de la reconstruction et de toute la communication mise en œuvre autour.

Toutefois, avec un déficit de plus de 265 000€ pour l'année 2016, le GHLRRA sans être dans la situation de Rochefort, lequel est en PRE, reste dans une situation contrainte. Il faudra donc surveiller attentivement l'évolution de ce dossier et ses conséquences en termes d'activité.

La géographie nord charentaise maritime, bien qu'handicapante d'un premier abord, a su progressivement constituer le socle de la coopération hospitalière publique et permis d'organiser un maillage étendu du territoire, tout en laissant encore des perspectives d'évolution aux hospitaliers.

¹⁵ Article « *La Rochelle : La clinique du Mail va fermer ses portes* » Sud-Ouest, 15 octobre 2014.

¹⁶ Gendreau Hélène « *Développer l'attractivité de la maternité du GHLRRA : un défi à relever en associant les professionnels* » mémoire EHESP, 2016.

Au regard de la situation nord charentaise-maritime, il apparaît que le territoire de santé est un espace construit, évolutif dont l'environnement naturel peut constituer à la fois un frein et c'est là tout son paradoxe, un accélérateur. L'exemple de cette communauté hospitalière dont la mutation est toujours en cours, montre aussi qu'une identité sanitaire se construit certes sur des éléments naturels, dans le cas présent sa façade maritime et son découpage terrestre, mais aussi sur la volonté des décideurs publics, élus locaux, administratifs et praticiens d'œuvrer ensemble pour l'égal accès au soin par-delà les contraintes préexistantes. Il s'agira de voir, dans la suite de ce mémoire, comment faire évoluer encore la structure actuelle pour qu'elle puisse parachever son intégration dans un espace morcelé.

2 Des textes à la pratique : poursuivre et achever l'aménagement sanitaire du territoire nord charentais maritime dans un contexte contraint

« La notion d'équilibre est une notion clé de la géographie, et plus spécialement de la branche exécutive de celle-ci, nommée aménagement du territoire » écrit Aurélien Bellanger¹⁷ et il est vrai que cette conception a irrigué les réflexions et les premières réalisations du territoire de santé nord charentais maritime, faisant ainsi émerger une structure cohérente avec les enjeux spatiaux, sanitaires, sociaux et ce malgré les contraintes liées à l'insularité.

La coopération est ainsi devenue une mécanique, dans laquelle les acteurs se sont engouffrés avec plus de réussites que d'échecs, mais une mécanique que la Loi de Modernisation de notre Système de santé pourrait enrayer. En effet, alors que la CHT Atlantique 17 comptait parmi les exemples de coopération hospitalière les plus avancés, une « routine » pour reprendre les propos du Docteur Thierry Godeau¹⁸ s'est peu à peu installée dans l'organisation, expliquant pour partie le moindre intérêt manifesté pour la mise en place du GHT. Celui-ci résulte aussi d'une loi qui a pu apparaître incomplète, en n'accordant pas la personnalité morale au GHT, faisant vaciller tout espoir d'ajouter cette dernière pierre qui manquait à l'édifice CHT. A cela s'ajoutent aussi les interrogations nées de la désignation d'un établissement support, rappelant ainsi aux hospitaliers la précarité intrinsèque à tout équilibre... Si les fondements d'une identité supra-territoriale ont été posés, il appartient désormais aux décideurs publics d'en parfaire les contours.

La construction du GHT dans un délai contraint (1) a ainsi amené les hospitaliers à s'interroger à la fois sur les frontières (2) et le coût de la coopération (3).

2.1 La mise en place du GHT Atlantique 17 : de l'appropriation des textes au déploiement, course contre la montre et/ou stratégie à rebours ?

2.1.1 Repenser un Projet Médical Partagé dans un délai et un format contraints

Dans une enquête sur les GHT réalisée au printemps 2016 auprès de ses membres¹⁹, la Conférence des présidents de CME de Centres hospitaliers relevait comme premier frein à la constitution des GHT, la contrainte de calendrier. En effet, les hospitaliers ont dû, en l'espace de 18 mois, rédiger une convention constitutive, un projet médical partagé, créer de nouvelles instances...en résumé construire un espace juridique nouveau et peut-être par certains aspects artificiel, dans un territoire lui bien réel.

Le GHT Atlantique 17, contrairement à beaucoup de GHT, a pu s'appuyer sur les bases issues de la CHT, ce qui a sans doute contribué à une appropriation plus rapide de la nouvelle structure. En effet, l'article 2 de la convention constitutive du GHT Atlantique 17 rappelle que « *Les fondements du projet médical partagé ont été posés par la*

¹⁷ Op cit

¹⁸ Président de la CME du GHLRRA

¹⁹ GODEAU Thierry, PINEY David « *Constitution des GHT, Réalités de terrain et attente des présidents de CME des centres hospitaliers* » Revue Hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016

Communauté Hospitalière de Territoire Atlantique 17, dont le projet médical 2014-2018 a vu ses objectifs consolidés avec l'insertion en 2015 dans le CPOM de chaque établissement d'une annexe commune consacrée à la coopération territoriale. Le projet médical de la CHT Atlantique 17 s'appuie sur deux éléments essentiels : l'historique de la coopération entre établissements (...) en particulier l'accélération des coopérations depuis 2008... » Pourtant malgré ce semblant d'avance, tout n'a pas été aussi simple que les circonstances auraient pu le laisser penser.

Si les questions de périmètre sont apparues comme ponctuelles, ayant été partiellement réglées lors de la mise en place de la CHT, la configuration territoriale s'en est trouvée affectée, en raison notamment du rôle joué par l'établissement support dans le cadre du GHT. Sans être hégémonique, l'établissement support dispose de fonctions majeures dans la gouvernance du GHT, ce qui a pu cristalliser les tensions au moment de sa désignation. animateur, coordinateur du territoire, il est le relais juridique du GHT. Le décret du 2 mai 2017 est ainsi venu préciser les fonctions du directeur de l'établissement support. Sont ainsi explicitées les modalités d'exercice du pouvoir de nomination ou celles relatives à la passation des conventions de partenariats et d'association. Certes son pouvoir s'étend, mais toujours dans la limite (forte !) de l'absence de personnalité morale. Face à un établissement support aux pouvoirs renforcés par la Loi de Modernisation de santé et les différents décrets qui l'ont complétée, il s'agit encore une fois pour les autres établissements parties de trouver leur place, dans un ensemble qui les dépasse.

Emmanuel Vigneron et Sandrine Haas ont, à ce propos, cherché à définir une typologie des configurations territoriales possibles au sein des GHT²⁰, que le tableau ci-dessous reproduit partiellement.

	CRITERES		
	QUALITE	PERFORMANCE	ACCEPTABILITE
Territoire multipolaire : plusieurs établissements MCO de taille comparable dans des milieux à forte densité urbaine polycentrique	<ul style="list-style-type: none"> - seuils d'activité atteints par les différents établissements - recherche de complémentarités dans les surspécialités 	<ul style="list-style-type: none"> - gains potentiels sur la pertinence des actes 	<ul style="list-style-type: none"> - potentiel d'investissement accru - réciprocité dans la distribution des activités
Duopole artificiel : 2 établissements MCO peu éloignés, asymétrie de positions fréquentes, territoires de villes moyennes. Recompositions potentiellement importantes avec regroupement des plateaux techniques	<ul style="list-style-type: none"> - regroupement et intensification des activités de plateau technique - renforcement des activités hors plateau technique - niveau d'activité sécurisé des soins critiques 	<ul style="list-style-type: none"> - moindre redondance des offres - économies d'échelle sur les activités du plateau technique + médico-techniques - attractivité des postes de médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - remise en cause des positions des médecins comme des soignants - élus réfractaires
Quasi-monopole attractif : Un établissement MCO visant seul à desservir un territoire à 45 minutes. Recompositions souvent	<ul style="list-style-type: none"> - support renforcé aux petits établissements - facilité d'accès aux consultations, avis 	<ul style="list-style-type: none"> - amélioration de la DMS et attractivité offre publique/privée 	

²⁰ HAAS Sandrine, VIGNERON Emmanuel « La loi, les GHT et leurs critères d'évaluation » Gestions hospitalières n°554, mars 2016.

avancées.	et diagnostics - meilleure coordination des prises en charge par le partage des protocoles et pratiques		
Monopole isolé : Un établissement MCO visant seul à desservir un territoire à 45 minutes. Activité modeste.	- arrimage de l'établissement à un établissement plus important, hors du territoire	Financements ad hoc avec contrôle sur la bonne marche de l'établissement	Sentiment de menace

Source : HAAS Sandrine, VIGNERON Emmanuel « La loi, les GHT et leurs critères d'évaluation » *Gestions hospitalières* n°554, mars 2016.

Le GHT Atlantique 17 oscille ainsi entre « duopole artificiel » et « quasi monopole attractif », si à l'heure actuelle, il semble que le duopole artificiel l'emporte, à l'avenir en fonction de l'évolution du duo La Rochelle - Rochefort, c'est une situation de quasi-monopole qui pourrait caractériser le territoire nord charentais maritime. En effet, une direction commune sera mise en place en 2018 entre les deux établissements, laquelle sera assurée par le directeur rochelais, laissant présager à terme d'une fusion ce que nous examinerons plus en détail dans les paragraphes suivants. Face à des organisations appelées à évoluer prochainement, comment construire une structure aussi englobante que le GHT ? A l'heure actuelle, compte-tenu des organisations mises en place dans le cadre de la coopération La Rochelle/Rochefort puis de la CHT, l'on peut imaginer que la direction commune aura un impact limité sur la répartition des activités entre les deux établissements. Le rôle d'hôpital de recours sera visiblement joué par le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis pour des motifs à la fois historiques, architecturaux et surtout car il dispose des plateaux techniques. Malgré sa position centrale dans le territoire, le centre hospitalier de Rochefort devrait assez logiquement continuer à jouer le rôle d'hôpital de proximité, tout en bénéficiant de sur-spécialités et consultations avancées grâce à son partenariat historique avec le GHLRRA.

Une fois cette répartition actée, penser un projet médical apparaît plus aisé. Mais tout n'est pas si facile et il aura fallu beaucoup d'habileté pour construire le projet médical de la CHT. Comme nous l'avons vu dans la première partie, aux valeurs de service public qui fondent l'alliance des établissements, s'ajoutent des objectifs sanitaires ambitieux en adéquation avec les besoins/attentes du territoire, en résumé « la bonne offre à la bonne distance ».

Si les grands principes ont été posés sans difficulté, il a fallu ensuite choisir les concepteurs et rédacteurs du projet médical partagé tout en sachant que celui-ci reprendrait les orientations du projet médical de la CHT. En effet, pour reprendre Michel Crozier « *On ne réforme pas la société par décret ; on n'aménage pas le territoire sanitaire par le passage en force. La construction de projets territoriaux viables entre établissements passe par une appropriation par les équipes en place et une culture partagée.*²¹ »

Or, face à un délai restreint pour construire le projet médical partagé, le Comité stratégique a fait le choix de recourir à un cabinet de consultant, plutôt que de faire travailler de concert praticiens et administratifs, comme ce fut le cas pour le projet médical de la CHT. Cette décision a inquiété au sein de la communauté médicale, craignant de se voir dépossédée de cette prérogative, et surtout de ne pas être entendue. Il a donc été

²¹ Op cit, page 116

décidé d'associer les praticiens membres du Comité stratégique à la définition du cahier des charges en vue de la mission d'assistance à l'élaboration et à la rédaction du Projet médical partagé. Ce choix de recourir à un consultant a aussi été fortement encouragé par l'ARS qui faisait bénéficier d'une subvention aux GHT y ayant recours.

Le rôle de l'ARS est ici discutable, car s'il permet au GHT Atlantique 17 de répondre à des impératifs de temps, à savoir rendre le document final à la date impartie (1^{er} juillet 2017), l'on peut s'interroger sur la visée exacte du PMP et sur sa capacité à être un outil certes de coopération mais surtout de planification. Ainsi, Aurélien Vautard notait « *Pour pallier ces difficultés à imposer leurs vues planificatrices, les agences régionales ont parfois tendance à rentrer dans le détail de la coopération, imposant des conditions très précises qui sont une atteinte certaine à l'autonomie des établissements...De l'autre côté, les établissements qui sont les plus à même de construire des projets de coopération viables, n'y parviennent pas toujours, autant du fait de leurs contraintes internes que de l'absence d'outils pleinement pertinents.* »²²

La sélection du cabinet s'est donc faite entre la mi-février et le début du mois d'avril 2017 et le cabinet retenu a commencé ses travaux le 5 avril 2017, à l'occasion d'un séminaire réunissant les principaux acteurs du GHT au Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis. Par la suite, les consultants ont réuni praticiens et administratifs par filière, avant de proposer un premier rendu à la fin du mois de mai. Ces premiers retours ont déçu nombre de praticiens, qui ne retrouvaient pas « l'esprit » du territoire. Au sentiment de dépossession, s'est rapidement ajouté celui de ne pas être écouté et d'écrire un projet a minima sans vision réelle pour le Nord Charente-Maritime. Cependant, recourir à un consultant a aussi été un moyen d'éviter de poser les questions qui fâchent, dans un contexte assimilable à une « crise de croissance » pour le GHT Atlantique 17 où les questions de gouvernance sont difficiles à trancher, compte-tenu des incertitudes qui demeurent sur la mise en place d'une direction commune entre La Rochelle et Rochefort.

Focus : la méthode de construction du PMP par le cabinet de consultant X

- 1) Diagnostic territorial
- 2) Organisation du séminaire d'avril 2017
- 3) 1^{ère} session en groupe de travail restreint avec les animateurs de filière
- 4) 2^{ème} session en groupe de travail complet
- 5) Rédaction

Les coutumes n'auront donc pas suffi à faire du Projet médical partagé, un document aussi intégré que son nom l'indique. Malgré ces premières déceptions, le PMP fixe un cap au GHT Atlantique 17, les filières prioritaires répondent à des enjeux précis et nul ne doute que ce document sera amendé très rapidement pour en faire un véritable document de fond.

Les 8 filières identifiées comme prioritaires par le GHT Atlantique 17

- Cancérologie
- Périnatalité
- Prise en charge des personnes âgées
- Neurologie
- Santé mentale
- Cardiologie
- Soins palliatifs
- Prévention et éducation thérapeutique
- Pathologies chroniques

²² Op cit page 115

Désormais la coopération hospitalière est devenue la règle et gageons que le paysage sanitaire français en sera durablement transformé. Il ne s'agira plus en effet de raisonner à l'échelle d'un établissement, mais bien d'un groupe résolument offensif pour assurer un maillage territorial le plus étendu possible.

Toutefois, le GHT Atlantique 17, comme beaucoup de GHT aujourd'hui, trouve sa limite dans l'absence de personnalité morale, qui réduit la structure à sa mission stratégique sans lui donner les moyens juridiques d'être une véritable instance de décision, en somme un lieu de pouvoir. A ce stade, les différentes instances du GHT ne constituent que des déclinaisons territoriales de celles des établissements, conduisant ainsi à une complexification plus qu'à une simplification pourtant appelée de longue date à l'hôpital.

2.1.2 Une identité sanitaire à imaginer en l'absence de personnalité morale

L'identité du GHT Atlantique 17 apparaît donc incomplète, elle s'est certes étoffée par rapport à la CHT, mais reste partielle, celle-ci n'existant encore que par les établissements qui le composent, au premier rang desquels le Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, établissement support. Il apparaît, au final, qu'aujourd'hui l'identité du GHT Atlantique 17 repose sur une géographie et une volonté, celle de coopérer ensemble au service des patients, mais ne répond pas à la définition première de la notion d'identité qui est celle d'être « la qualité de ce qui est même », puisque le GHT, instance supra-territoriale n'est (toujours) pas un établissement comme les autres. Face à ce constat, quel avenir pour le GHT Atlantique 17 et les GHT en général ? La fusion ou la disparition, est-ce cette logique binaire qui guidera le futur des GHT, alors que la Ministre comme la DGOS ont expliqué que la réglementation sur les GHT n'évoluerait plus ? En effet, les hospitaliers ne peuvent rester dans cette « impasse juridique » qui constitue pour les coopérations les plus avancées comme le GHT Atlantique 17, un risque de « sur-place » voire de créer des stratégies de repli au sein des établissements de proximité. Fusion ou fission, l'avenir du GHT se jouera aussi à travers sa capacité à dépasser son rôle de simple stratège pour se muer en véritable décideur public, capable d'entraîner l'ensemble des établissements dans une logique de stratégie de groupe public, tout en maintenant une ouverture vers le secteur privé et la médecine de ville.

Docteur Thierry Godeau, Président de la CME du GHLRRA et Président de la Conférence des Présidents de CME de CH : « *Ce qui compte c'est de se retrouver dans un projet et dans une identité. Si la loi sur les GHT ne change pas, la fusion risque d'être la seule solution pour avoir des coopérations qui ont du sens.* »

Si l'article 107 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé impose la coopération hospitalière à l'ensemble des territoires sanitaires, parfois pour le meilleur, en permettant par exemple une gestion à terme plus efficiente des fonctions supports, elle laisse aussi une certaine marge de manœuvre aux hospitaliers que chacun saura utiliser en fonction des objectifs et surtout de la visée et de la vision qu'il assigne à son GHT.

2.2 Les spécificités du territoire à l'épreuve d'un texte flou : comment intégrer sans absorber santé mentale et secteur médico-social au GHT ?

2.2.1 Une filière psychiatrique monopolistique entre prise en compte à géométrie variable et autonomisation

Une identité repose aussi sur une dynamique d'intégration des singularités dans un espace facilement identifiable. En ce sens, elle est multiple et ne saurait être figée dans le temps. Ainsi, l'identité sanitaire du GHT si elle se compose pour l'essentiel d'établissements sanitaires ne pourrait y être réduite, le territoire qui l'accueille comprenant aussi des structures psychiatriques et médico-sociales.

Une fois ce constat fait, se pose la question de leur intégration puis de leur place au sein de cette instance supra-territoriale qu'est le GHT. Les enjeux ne sont, en effet, pas les mêmes, suivant que l'on s'intéresse à la santé mentale ou au secteur médico-social.

La santé mentale bénéficie ainsi d'un monopole sur le territoire Nord Charente-Maritime, seul le site Marius Lacroix, appartenant au Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, assure des soins de psychiatrie. Cette situation lui a permis d'avoir une place à part dans le GHT et surtout de se voir reconnaître comme objectif prioritaire dans le Projet Médical Partagé. Pourtant, si la reconnaissance est effective, qu'en est-il de la réelle intégration de la psychiatrie au sein du GHT ?

Dans le cadre du Projet Médical Partagé, de nombreux projets en lien avec la santé mentale vont ainsi être développés, y compris dans le cadre de filières liées au MCO, mais la logique de parcours patient implique une transversalité dans la prise en charge des patients, laquelle ne peut se résumer à une seule spécialité. Il s'agit, en quelque sorte de réorganiser un réseau de santé en cohérence avec les problématiques sanitaires du territoire.

A cette inclusion de fait, répond toujours la problématique de l'intégration de la psychiatrie en tant que telle. En fait, la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé prévoit à son article 69, la mise en place d'un Projet territorial de santé mentale, lequel peut être déployé dans le cadre d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) prévue par le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016, laquelle est réputée « fédérer » les différents intervenants du parcours du patient de psychiatrie. Cette réorganisation de la psychiatrie, historiquement divisée en différents secteurs, marque une rupture et en même temps un rapprochement avec le fonctionnement du MCO qui désormais se pense dans un espace toujours plus étendu, afin de répondre à une logique de parcours patient. Dès 2013, le rapport du député Denys Robilliard s'inscrivait dans cette philosophie en expliquant qu'il était « *impératif de rénover le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif.* » De même, Michel Laforcarde, DGARS pour la Nouvelle-Aquitaine, dans son rapport consacré à la psychiatrie publié en octobre 2016, plaidait lui aussi pour une territorialisation de la psychiatrie, en insistant sur le rôle facilitant de celle-ci pour les patients. Mais, si la psychiatrie répond historiquement à une logique de sectorisation géographique et ce depuis la circulaire du 15 mars 1960 et la loi du 31 décembre 1985, se pose la question désormais de son articulation avec le GHT.

En effet, le décret sur les CPT a été publié après que les conventions constitutives de GHT ont été signées et approuvées par les ARS (1^{er} juillet 2016), ce qui interroge quant à la possibilité de les associer au GHT et au PMP, d'autant que celle-ci, doit également prévoir une convention constitutive propre (à faire approuver par l'ARS)...En un sens, la CPT apparaît comme un miroir du GHT, avec pour seule différence de ne pas être obligatoire mais créée selon le souhait des établissements psychiatriques. En résumé, au lieu de simplifier, on complexifie davantage le système territorial de santé, en ajoutant une nouvelle pierre à l'édifice, sans véritable plus-value.

De ce point de vue, l'exemple nord charentais maritime est là encore intéressant, puisque si une filière santé mentale a été prévue dès la convention constitutive du GHT Atlantique 17, l'ARS a demandé aux établissements psychiatriques de la région Nouvelle-Aquitaine de réfléchir à la constitution de GCS psychiatrie/médico-social, tel que cela avait été réalisé dans l'ex-région Limousin lorsque Michel Laforcade en était le DGARS. En tant qu'élève directrice, j'ai été missionnée pour réfléchir au déploiement d'une telle structure sur le territoire nord charentais maritime. J'ai ainsi réalisé un comparatif juridique entre le GCS et la CPT²³ pour déterminer quel type de coopération était le plus adapté à la situation rochelaise. Compte-tenu de certaines incertitudes juridiques qui demeurent concernant les CPT et qui ne devraient pas connaître d'évolution prochaine, j'ai suggéré de privilégier à ce stade le GCS, pour sa stabilité juridique, tout en se laissant la possibilité, à plus long terme de s'orienter vers une CPT, laquelle dépasserait alors les frontières nord charentaises maritimes. En l'absence de véritables retours d'expérience, il était en effet difficile de se projeter dans une telle structure, certains établissements ayant constitué une CPT en totale autonomie, d'autres ayant fait le choix d'intégrer leur CPT au GHT.

Par ailleurs, le Docteur Puzos, cheffe du Pôle Psychiatrie au GHLRRA, s'interrogeait, lors de l'entretien que j'ai eu avec elle, sur la pertinence de déployer des outils similaires sur l'ensemble du territoire sans prise en compte des partenariats ou des organisations propres à un secteur ou à un territoire. Il est vrai que le site Marius Lacroix s'inscrit depuis plusieurs années dans une logique partenariale avec le secteur médico-social et avec les établissements MCO dans le cadre de le CHT, qui lui conférait déjà une place à part, et aujourd'hui encore dans le cadre du GHT.²⁴

Pour autant, comme l'écrivent le géographe Emmanuel Vigneron et le Docteur Gérard Massé « *Un projet ambitieux pour la psychiatrie ne peut être conçu de façon isolée sans une réflexion globale inter-établissements, ce qui n'empêche pas, bien au contraire, de voir se multiplier des communautés psychiatriques de territoire. Bien évidemment, au sein de GHT généralistes, l'établissement porteur principalement du dispositif de soins psychiatriques ne peut qu'être aussi également porteur de l'organisation des diverses filières à conforter et à développer en santé mentale pour tout le territoire.* »²⁵

Extrait de la loi du 26 Janvier 2016 relative au projet territorial de santé mentale (Art. L. 3221-2)

« *Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en*

²³ Comparatif à retrouver en annexe du mémoire

²⁴ Carte des coopérations en santé mentale à retrouver en annexe du mémoire

²⁵ MASSE Gérard, VIGNERON Emmanuel « *GHT, psychiatrie et santé mentale : les inquiétudes sont-elles fondées ?* » Gestions hospitalières n°556, Mai 2016.

œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. »

S'il est indéniable que la psychiatrie et la santé mentale, sont des axes constitutif du PMP du GHT Atlantique 17, déployer encore de nouvelles structures conduirait à complexifier un espace que le GHT voulait et/ou devait rendre plus lisible pour faciliter le parcours patient. Il s'agit donc de trouver la bonne imbrication afin de donner toute sa place à la santé mentale, laquelle constitue encore trop souvent le « parent pauvre » de l'hôpital public. En effet, malgré sa spécificité, intégrer la psychiatrie au GHT participerait à sa reconnaissance en tant que filière parmi d'autres et ainsi à la nécessaire déstigmatisation de la maladie mentale. Mais cette intégration suppose aussi une reconnaissance de ces acteurs laquelle passe par un dialogue constant et sans ambiguïté, une problématique que connaissent également les EHPAD, dont la place au sein du GHT est certes unanimement reconnue mais aussi source de tensions.

Docteur Pascale Puzos, Psychiatre, Cheffe du Pôle Psychiatrie, site Marius Lacroix, GHLRRA : *« Le vrai problème du GHT, c'est sa gouvernance qui telle qu'elle existe aujourd'hui conduit davantage au sur-place qu'à une véritable dynamique de coopération. »*

2.2.2 Le médico-social entre revendication d'intégration et reconnaissance a minima par les textes

L'article 27 de la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé précise que : *« Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire »*, faisant de cette coopération une faculté et non une obligation, alors même que les relations entre établissements sanitaires et médico-sociaux tendent à s'intensifier dans la logique de parcours. Un véritable rapprochement est ainsi à l'œuvre, permettant à nos structures de s'éloigner de l'hospitalo-centrisme qui a longtemps régné.

A ce sujet, dès la mise en œuvre de la CHT, les EHPAD publics autonomes ont bénéficié d'un statut d'associé, notamment pour développer la collaboration avec les établissements sanitaires dans le cadre de la filière dédiée aux personnes âgées et répondre à un impératif de gestion de l'amont et de l'aval. Si le contexte territorial marqué par le vieillissement de la population, tendance qui devrait s'accélérer dans les années à venir, incite à rapprocher sanitaire et médico-social, dans les faits cela apparaît beaucoup plus complexe à mettre en œuvre.

En effet, Francis Bru Directeur du Pôle médico-social et handicap au sein du GHLRRA a œuvré au printemps 2017 pour une véritable intégration des EHPAD publics autonomes dans le cadre du GHT Atlantique 17. Cependant, c'est le débat autour des fonctions support qui a cristallisé les débats entre directeurs adjoints concernant le déploiement d'un projet médico-social de territoire. D'aucuns ont pu constater les difficultés nées de la parution tardive de certains décrets en particulier pour la fonction achat et craignaient de voir leur tâche se compliquer encore face à une situation juridique particulièrement instable.

Aux inquiétudes techniques, s'est également greffée une discussion intense sur le statut à donner aux EHPAD afin de s'assurer de la fécondité de cette association. Francis Bru revendiquait l'intégration d'un groupe, et pas entité par entité, afin de donner de la « force » au projet médico-social de territoire qu'il entendait déployer. Il a ainsi cherché, en m'associant à ce dossier, à trouver la forme juridique la plus adaptée pour répondre à cet impératif. Fallait-il adhérer en tant que GCSMS, structure au sein de laquelle étaient déjà associés les EHPAD publics autonomes ou au contraire privilégier une intégration autonome par établissement ? Choix a été fait de répondre à cette question non de façon strictement juridique comme je l'avais préconisé, mais en fonction de cette volonté de faire des EHPAD des acteurs à part entière du GHT Atlantique 17, c'est pourquoi une intégration via le GCSMS a été privilégiée.

En parallèle du dépôt du PMP pour approbation à l'ARS, il a aussi proposé l'adhésion du GSCMS des établissements publics autonomes de l'Aunis au GHT Atlantique 17.

Ainsi dans la vision développée par Francis Bru, les relations entre sanitaire et médico-social devraient fonctionner comme suit :

- 1) *Repérer les ruptures de parcours au niveau du territoire (dans le sens de l'entrée comme de la sortie ;*
- 2) *En faire une analyse ;*
- 3) *Faire des préconisations et agir dans une logique de parcours*

Il considère que l'hôpital public doit viser une stratégie territoriale offensive et s'appuyer sur « la force du collectif », ce n'est qu'à cette condition, que le GHT Atlantique 17 conservera l'avancée qui était la sienne du temps de la CHT.

Cependant s'il semble évident que les établissements publics sanitaires et médico-sociaux doivent s'engager dans une stratégie de groupe offensive pour assurer le maillage le plus étendu possible et garantir ainsi l'accès au soin, le coût de ces coopérations constitue trop souvent encore un frein tout comme dans une certaine mesure le mode de financement actuel, à leur réalisation effective.

2.3 Coût de coopération, coût de transaction : à quel prix mettre en place un GHT ?

« Nous montons actuellement un groupement hospitalier de territoire. C'est une bonne chose, parce que des équipes médicales sont en train de réfléchir à un projet médical commun, qui permettra de réorganiser des filières de prises en charge de maladies chroniques au plus près des patients. Mais je vois déjà le piège du mode de tarification de la coopération. Si moi, gros hôpital centre, je délègue du temps soignant dans un établissement plus petit, qui doit percevoir les recettes ? Comment on les répartit ? Et puis, le petit hôpital risque d'avoir peur que mes médecins recrutent les patients de son territoire pour faire le gros de la prise en charge, surtout la partie technique, dans mon centre au détriment du sien. S'il existait un financement au parcours entre hôpitaux ce serait déjà plus simple. » Cette citation d'un directeur d'hôpital extraite du rapport d'étape relatif à la T2A du Docteur Olivier Véran, rappelle les effets pervers auxquels peut donner lieu un système de tarification comme la T2A qui encourage davantage à la concurrence qu'à la coopération entre établissements d'un même territoire. Il s'agit en effet de chercher à maximiser les files actives et volumes d'activité au détriment de la logique de parcours patient ou de la prise en compte des spécificités locales.

La Charente-Maritime Nord voit ainsi deux établissements principaux, ceux de La Rochelle et Rochefort se partager un territoire sur lequel la concurrence du secteur privé restait jusqu'à présent très ciblée, mais devrait s'intensifier en particulier sur le secteur rochelais avec la politique de restructuration envisagée par le groupe Capio. Par ailleurs, malgré la complémentarité apparente liée à leur tradition de coopération, une concurrence existe entre les deux établissements publics, laquelle s'observe essentiellement dans le recrutement de nouveaux praticiens. Dès lors, l'on peut s'interroger, face à ce constat, sur l'intérêt économique des coopérations, en particulier dans une situation tendue financièrement pour les principaux établissements du GHT, que sont La Rochelle et Rochefort.

2.3.1 Coopérer dans le cadre de la T2A, une mission impossible ?

De la T2A, on retient souvent les effets pervers à savoir la logique de concurrence qu'elle aurait contribué à renforcer entre établissements. Or, à l'heure où la coopération a été rendue obligatoire et où la baisse de la démographie médicale apparaît de plus en plus criante, c'est davantage sur ses forces qu'il faudra s'appuyer afin de faire émerger un modèle économique performant.

En effet, si le GHT est source d'inquiétudes pour de nombreux directeurs financiers, il faut aussi s'interroger sur les attentes et les bénéfices économiques qui peuvent en résulter, ce que synthétise le tableau ci-dessous repris d'un article publié par Erwann Paul dans *Gestions Hospitalières*²⁶.

	Au niveau national et/ou régional	Au niveau du GHT	Au niveau des établissements
<i>Domaines d'influence du GHT</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Rationalisation de l'offre de soins</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Amélioration de la prise en charge</u> ○ <u>Gradation des soins et filières</u> ○ <u>Rationalisation des processus industriels (blanchisserie et restauration)</u> ○ <u>Economies d'échelle sur les activités de soins (selon le PMP)</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Sortir d'une logique de concurrence pour se rapprocher d'une logique de complémentarité</u> ○ <u>Impact sur la trésorerie</u>
<i>Domaines hors influence du GHT</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Economies monétaires</u> ○ <u>Réduction des capacités hospitalières</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Gains financiers : une fois la convergence des fonctions support réalisée</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Economies budgétaires directes (dépendantes de la convergence des fonctions supports)</u>

Partant de cette analyse, les bénéfices économiques de la CHT et certainement demain du GHT, dans le cas de la Charente-Maritime Nord apparaissent clairement. La mise en place d'un GCS regroupant les activités logistiques a permis une réelle baisse des coûts, par exemple une baisse des prix des repas de l'ordre de 30 centimes même si en l'absence d'un compte de résultat propre à ces activités avant la création de la structure,

²⁶ PAUL Erwann « *La pertinence économique du GHT* », Gestions hospitalières n°544, mars 2016

il est difficile de faire une comparaison avec la situation initiale²⁷. Par ailleurs, l'historique des coopérations tracé en première partie montre bien le relatif succès de la CHT concernant le déploiement des filières et la réalisation d'économies d'échelle sur les activités de soins grâce à la mise en œuvre de structures juridiques telles que des fédérations médicales inter-hospitalières ou des équipes médicales partagées.

Toutefois, des divergences notamment au niveau salarial demeurent entre les établissements de La Rochelle et Rochefort, ce qui participe, dans un contexte de démographie médicale en berne, d'un renforcement de la concurrence entre les établissements, alors même que le bilan apparaissait, au moins en surface, « gagnant-gagnant » de ce point de vue. Et ceci pourrait avoir des conséquences importantes à terme pour l'attractivité de ces établissements en particulier dans l'hypothèse de plus en plus probable d'une direction commune des affaires médicales et demain pourquoi pas d'une fusion. Malgré la volonté affichée de vivre-ensemble, la tentation du repli sur soi est toujours bien présente, en particulier dans le contexte de la T2A. En effet, par exemple, dans le cadre d'une mise à disposition de praticiens, l'établissement « prêteur » ne bénéficie pas d'une autre rémunération de la part de l'établissement « sous-traitant » que le remboursement des charges pour les agents mis à disposition. Il y a donc une perte sèche de recettes d'activités qui se crée.

Le mode de financement ne saurait donc être vu uniquement comme un frein au déploiement des coopérations hospitalières, il peut aussi les faciliter, c'est là toute l'ambivalence de la T2A, ce que résumant parfaitement Thibault Robert et Stéphanie Ségui-Saulnier dans un article publié il y a 5 ans maintenant et intitulé « *Coopération hospitalière : la T2A m'a-t-elle tuée ?* » : « *A grands traits, il semblerait que la T2A favorise la coopération sur les fonctions supports, alors qu'elle est plutôt dissuasive, voire pénalisante, en ce qui concerne les partenariats médicaux. Alors que faire ? Au moins reconnaître une vertu à la T2A : celle d'inciter voire de contraindre les établissements de santé à réfléchir à la pertinence de leurs activités à l'échelon du territoire de santé.* »²⁸

2.3.2 Le GHT Atlantique 17, une stratégie de coopération à l'œuvre ?

Aux difficultés/facilités nées de la mise en place de la T2A, s'ajoute la complexité de définir une stratégie dans un territoire marqué par un « duopole artificiel », comme c'est le cas, pour quelque temps encore, en Charente-Maritime Nord pour reprendre la typologie dressée par Emmanuel Vigneron²⁹. Or, comme nous l'avons vu précédemment, au sein du GHT Atlantique 17, règne une oscillation permanente entre compétition et coopération. Cette compétition se fait principalement entre établissements publics et non pas à l'encontre des établissements privés, dont un est associé au GHT (un ESPIC SSR de la Croix-Rouge, la Villa Richelieu), et c'est là tout le paradoxe de cette coopération qui visait d'abord, si l'on tient à une application littérale des textes, à faire émerger une « stratégie de groupe public » à l'échelle du territoire.

²⁷ Chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine, Rapport d'Observations Définitives, Centre hospitalier de Rochefort, 2017

²⁸ ROBERT Thibault, SEGUI-SAULNIER Stéphanie « *Coopération hospitalière : La T2A m'a-t-elle tuée ?* » Revue Hospitalière de France, Septembre-Octobre 2012.

²⁹ HASS Sandrine, VIGNERON Emmanuel « *La loi, les GHT et leurs critères d'évaluation* » Gestions hospitalières n°554, mars 2016.

Il faut dire aussi que jusqu'à présent la concurrence du secteur privé apparaissait relative, la clinique privée ayant fermé à Rochefort et Capio s'étant lancé dans une opération de restructuration sur son site rochelais. Mais gageons qu'à l'avenir, celui-ci pourrait venir prendre d'importantes parts de marché à l'établissement rochelais. Actuellement, si l'on additionne les parts de marché, Le GHLRRA et le CHRO représenteraient ensemble plus du tiers des parts de marché sur l'ensemble du département contre un peu plus de 14% pour le groupe Capio³⁰.

Activité totale

Etablissement	Public / Privé	Nombre de séjours dans la zone en 2014	Parts de marché en 2015
<i>GH La Rochelle</i>	Public	40 529	22%
<i>CH Rochefort</i>	Public	20 502	11,1%
<i>Clinique de l'Atlantique</i>	Privé	17 724	9,6%
<i>Clinique du Mail</i>	Privé	8604	4,7%

NB : La Clinique de l'Atlantique et celle du Mail sont en cours de fusion sous l'effet de la restructuration voulue par le groupe Capio / Source : PMP GHT ATLANTIQUE 17

Cette collaboration pourrait être encore renforcée en s'orientant vers une logique de « *responsabilité populationnelle* »³¹ comme préconisé par la FHF, qui vise à l'amélioration de la santé de la population d'un territoire donné en renforçant la coordination entre services sociaux et services de soin et en développant l'accompagnement des personnes et la prévention, laquelle a d'ailleurs été reconnue comme un des objectifs prioritaires du GHT Atlantique 17. Les établissements de La Rochelle et Rochefort s'inscrivent donc dans une stratégie qui se rapproche de la « *coopétition* » entendue comme une « *relation dyadique et paradoxale qui émerge quand deux entreprises coopèrent dans quelques activités, et sont en même temps en compétition l'une avec l'autre sur d'autres activités.* »³² Différentes formes de « *coopétition* » existent et le cas du GHT se rapproche d'une « *coopétition en réseau complexe* ». Mais celle-ci est aussi marquée par son instabilité et il reste difficile de prédire comment elle peut évoluer, ce qui a un impact fort en termes de management, les décideurs hospitaliers développant des processus qu'ils ne pourront jamais totalement maîtriser, compte-tenu des incertitudes qui règnent. La stratégie déployée au sein du GHT Atlantique 17 pourrait être résumée à travers le schéma SWOT, à retrouver en annexe (n°17) de ce mémoire.

Face à ce constat, existe-t-il un véritable intérêt économique et stratégique à coopérer à l'échelon territorial ?

Si l'on raisonne d'un point de vue strictement économique, la théorie invite à penser qu'il s'agit là d'une évidence. Ainsi, la règle de l'équivalence budgétaire (Olson, 1969) qui établit que le niveau d'administration d'une politique publique doit coïncider avec son aire d'incidence géographique, justifie une administration territorialisée afin de pouvoir adapter au mieux la stratégie retenue à la répartition spatiale de ses effets. Pourtant, mettre en place une coopération est aussi facteur de coûts de transaction (Coase, 1937), mais répond à des incitations lesquelles augmentent en fonction des probables gains liés à l'opportunité et à la coordination. Tout l'enjeu est donc de parvenir à une entente, laquelle conduira à l'équilibre optimal qui par définition est un équilibre coopératif, si l'on reprend le célèbre dilemme du prisonnier (Tucker, 1950). L'exemple de la rémunération des

³⁰ Chiffres repris de la BDHF de la FHF.

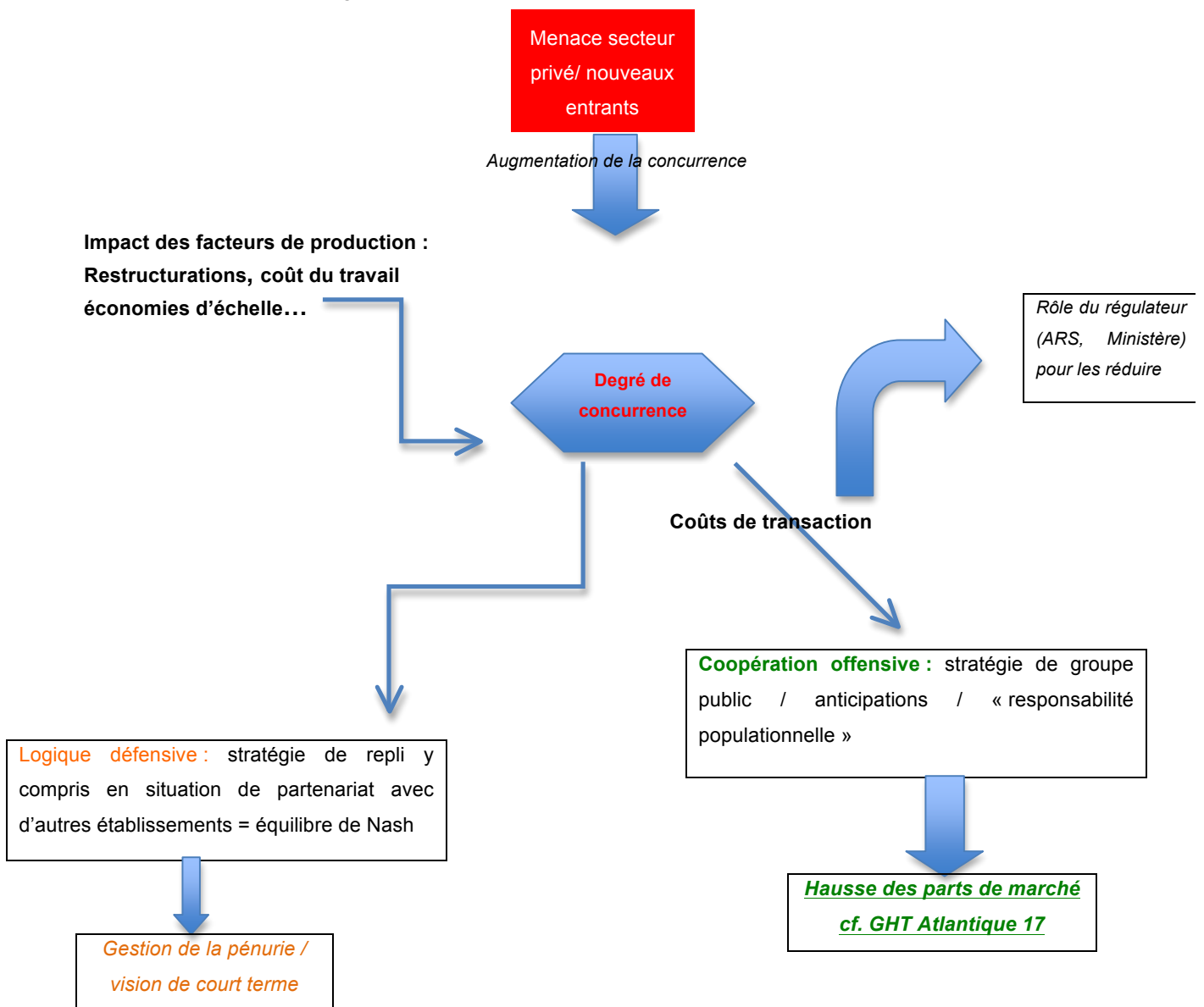
³¹ Communiqué de presse de la FHF « *S'ouvrir à la ville : quand l'hôpital public fait sa révolution à la Paris HealthCare Week* » mai 2017

³² Bengtsson et Kock 1999

praticiens est de ce point de vue intéressant puisque le CH de Rochefort offre un niveau de salaire supérieur à celui du GHLRRA, alors même que leur tradition de coopération les conduit à des investissements communs comme pour la formation d'équipes médicales communes. Cela crée une situation de concurrence qui déséquilibre les relations entre les deux établissements et conduit à un équilibre non coopératif ou équilibre de Nash. Le partenariat pérenne qui s'est construit au fil du temps entre les deux structures se retrouve ainsi ébranlé par une situation de pénurie qui conduit à la mise en œuvre de stratégies non coopératives, sur le modèle de Hotelling.

Dès lors, les coûts de transaction liés à la mise en place du GHT sont-ils supérieurs à ceux résultant d'une stratégie non coopérative ? Et quel impact des gains d'opportunité ? Les décideurs hospitaliers, comme tout agent économique, répondent à des incitations diverses qui les amènent à prendre des décisions, guidées par le contexte économique mais aussi géographique. L'impact du taux de recrutement qui mesure le flux de patients par zone et les parts de marché qui définissent la position de l'établissement au sein d'un territoire, est ici extrêmement fort.

Les enjeux économiques des coopérations pourraient ainsi être résumés par le schéma suivant repris en partie du modèle de Porter (1979) qui met en avant l'influence de l'environnement sur l'organisation hospitalière.



L'économie des coopérations est donc complexe mais la théorie laisse à penser que les gains sont supérieurs aux coûts engagés pour y parvenir, l'équilibre résultant d'une situation coopérative. Or jusqu'à présent, le bilan médico-économique de la coopération hospitalière en Nord Charente-Maritime en fait clairement ressortir la plus-value.

Coopérer encore, coopérer toujours voilà quel pourrait être le leitmotiv du territoire sanitaire nord charentais-maritime. Le mariage entre les différents établissements qui le composent a vu naître une identité plurielle et féconde, laquelle souffre toutefois de ses difficultés économiques et de son absence de personnalité juridique pour pouvoir parvenir à une situation d'équilibre dans laquelle elle s'affirmerait pleinement. Par ailleurs, la tentation de repli reste encore aujourd'hui forte. Il s'agira donc dans la troisième et ultime partie de ce mémoire de réfléchir à des pistes d'amélioration susceptibles, en l'absence d'évolutions législatives, de faire du GHT Atlantique 17 un espace certes géographique et symbolique mais surtout réel, en résumé faire disparaître l'illusion pour passer à la substance de la coopération.

3 De la direction commune à la construction d'un hôpital territorial : tout finit par une fusion ?

Le morcellement du territoire nord charentais maritime rappelle la difficulté qu'a été celle des hospitaliers à se rassembler derrière une structure commune. Les avancées ont certes été notables, mais quelques ralentissements liés à des incertitudes juridiques ou des contraintes internes ont pu faire craindre un arrêt forcé. Tandis que les textes ne devraient désormais évoluer qu'à la marge, il s'agira pour les acteurs du GHT Atlantique 17 de dépasser les faiblesses actuelles qu'elles soient structurelles ou conjoncturelles, par le recours à des expérimentations susceptibles de (re)faire de cet espace un précurseur en matière de coopération sanitaire.

En effet le regroupement ne saurait conduire à un sentiment de centralisation (1) mais à l'émergence d'une « *responsabilité populationnelle* » susceptible de consolider l'identité du GHT Atlantique 17 (2) et d'assurer la solidarité financière entre ses membres (3).

3.1 Dépasser les frontières d'hier pour créer les territoires de demain ?

« La gouvernance d'ensemble d'un système national de la taille et de la sophistication du système français ne peut, bien sûr, être simple. La diversité des acteurs, la complexité des questions posées et des problèmes à résoudre, sans compter le poids de l'histoire et de la géographie, conduisent inévitablement à une gouvernance elle-même complexe, faite de mécanismes et de règles multiples dont il n'est pas aisé d'assurer la cohérence stratégique. »

Cette citation extraite du rapport 2014 de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) relatif aux politiques d'innovation en France, rappelle bien la nécessité de simplifier le paysage administratif français, lequel apparaît encore comme une accumulation de strates sans réelle cohérence entre elles. Les différentes réformes entreprises pour modifier l'organisation territoriale hospitalière ont ainsi davantage contribué à sa complexification, avec des phénomènes de doublons par exemple pour les instances, qu'à sa clarification.

En cela, on pourrait rapprocher hôpital et collectivités territoriales, dont les dernières lois ont certes cherché à réduire le nombre de strates mais ont finalement conduit davantage à en déstabiliser qu'à en clarifier l'organisation. La loi NOTRe³³, en supprimant la clause générale de compétence pour les conseils départementaux et régionaux, visait ainsi à clarifier les compétences. En parallèle, elle a aussi redéfini la métropole, laquelle dotée de la personnalité morale, se voit aussi attribuer certaines compétences relevant initialement du département ou des structures intercommunales. Au final, c'est davantage une impression d'avoir maintenu et peut-être d'une certaine façon renforcé les doublons qui domine. Face à ce constat, qu'en sera-t-il demain pour le GHT ?

³³ Loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

3.1.1 une logique de regroupement à l'œuvre dans l'ensemble des composantes de l'Etat...

« Pendant des siècles, le même principe territorial a guidé la production de l'espace organisé : des frontières délimitant des espaces finis ainsi mis sous contrôle, et engendrant des situations d'emboîtement ou de côtoiements. En fonction de son peuplement, chaque fraction de continent, chaque pays, s'est ainsi inscrit dans une histoire territoriale avec une organisation, une armature urbaine spécifiques. (...) Il n'en est plus de même depuis une génération. Plus de vitesse, plus de mobilités, plus de réseaux : les territoires se « déforment », partout dans le monde... »³⁴

Ce mouvement décrit par le géographe Martin Vanier n'épargne pas l'hôpital. La réorganisation hospitalière à laquelle ont donné lieu les lois HPST et de Modernisation de notre Système de Santé n'est ainsi que la reproduction de ce qui se passe dans les autres composantes de l'Etat et notamment des collectivités territoriales. Au mimétisme des organisations, répond un sentiment de déstabilisation tant chez les agents que chez les usagers de ces différents services.

Un regroupement se prépare, s'anticipe et se communique. Sans cela, il fait naître rumeurs et crispations. En effet, derrière cette extension de l'espace historique se joue aussi une remise en cause des territoires hérités et de ce qu'ils incarnent dans l'imaginaire collectif par exemple en termes de proximité et de cohésion d'équipe.

Or, dans un espace élargi, la coopération entre les différents intervenants apparaît d'autant plus nécessaire pour garantir la concrétisation des projets. S'assurer de l'adhésion des agents, mais aussi des acteurs extérieurs à la structure (secteur privé, association, représentants des usagers) apparaît donc comme la condition première à ce changement d'échelle. Les retours d'expérience des premières CHT, comme celle de Dinan-St Malo-Cancale (Rance Emeraude) mettaient ainsi en avant les importants coûts de coordination (réunions, instances communes) pour s'assurer de l'appropriation de la nouvelle structure par les équipes des différents sites.

Interrogé par la *Gazette des communes* à l'automne 2015³⁵, Olivier Ducrocq, DRH de la Ville de Nice lors du passage à la métropole s'exprimait en ces termes : *« Certes nous avons réussi à tenir les délais qui nous avaient été fixés. Mais la mutualisation de la gestion aura au final pris trois ans et le rapprochement culturel dix ans. Au-delà de l'évolution de l'organigramme des directions mutualisées, il restait ensuite beaucoup à faire pour concrétiser au quotidien les évolutions organisationnelles. (...) Nous avons tenu un discours de vérité aux agents. Il faut assumer le changement, aller au devant des personnels impactés, et toujours communiquer, expliquer, communiquer, expliquer, communiquer, expliquer... »*

Le retour d'expérience des collectivités territoriales sur l'impact des différentes réformes territoriales constitue une référence utile pour les hôpitaux, longtemps centrés sur un établissement unique et peu habitués jusqu'alors à fonctionner dans un logique de réseau. Comme en témoigne Olivier Ducrocq, ce n'est pas tant le déploiement technique

³⁴ VANIER Martin « *La métropolisation ou la fin annoncée des territoires ?* », revue Métropolitiques, 22 avril 2013

³⁵ PARNAUDEAU Maud, entretien avec Olivier Ducrocq, directeur du Centre de Gestion du département du Rhône et de la Métropole de Lyon, ancien DRH de la Ville de Nice, publié dans La Gazette des Communes le 9 octobre 2015.

d'une structure nouvelle qui pose problème que son appropriation par les agents. Réussir à « faire corps » alors même que les référentiels historiques sont branlants, relève en effet d'un dépassement de soi qui n'est pas toujours évident à opérer.

Il faut sans cesse savoir s'adapter à la nouveauté et rester en alerte face aux dynamiques naissantes qui se construisent au fur et à mesure des recompositions spatiales, de la (re)création d'instances ou de l'annonce de nouvelles réglementations.

Dans ces circonstances mouvantes, l'existence d'une culture/ identité commune peut servir de repère afin de maintenir la nécessaire cohésion. Il s'agit en effet de créer les conditions de la coopération d'aujourd'hui pour assurer la complémentarité de demain.

De ce point de vue, l'exemple de la fusion des régions au 1^{er} janvier 2016 apparaît pertinent. Aux restructurations et mobilités imposées, répondait aussi l'urgence de construire une identité commune afin d'obtenir l'adhésion des agents, mais aussi et surtout des citoyens. Sur les 13 régions qui composent désormais la France métropolitaine, 7 sont nouvelles. Si, pour certaines comme les deux Normandie, le mariage semblait aller de soi, pour d'autres l'union fut beaucoup plus houleuse.

Le repère culturel est donc essentiel au moment d'un changement aussi profond que celui d'une réorganisation territoriale, peu importe la structure impliquée. D'ailleurs Martin Vanier mettait en garde à ce sujet, dans son article³⁶ en expliquant : « *On a trop tendance à chercher un nouveau territoire de la métropole, qui est en réalité un espace trop complexe, trop discontinu, trop multiscalair pour « rentrer » dans un territoire unificateur.* » Il rappelle clairement l'enjeu qui doit guider les décideurs publics lorsqu'ils préparent un tel changement, unir dans la nouveauté, unifier dans l'éclatement.

Toutefois, ces changements dans le cadre de la coopération hospitalière et plus particulièrement du GHT Atlantique¹⁷ semblent moindres. Il y a eu certes des évolutions législatives et réglementaires, mais le changement d'échelle acté et préparé en amont par la CHT a permis de s'engager sereinement dans la voie du GHT, même si la place confortée de l'établissement support a pu entraîner des crispations.

3.1.2 ...Dont la portée semble moindre à l'hôpital en raison de structures insuffisamment intégratives

L'instauration du GHT ne s'est pas traduite par l'attribution de la personnalité morale à la structure, en soulageant certains tout en laissant un goût d'inachevé chez d'autres. En ce sens, le GHT s'éloigne de la métropole qui bénéficie du statut d'EPCI et donc de la personnalité morale.

La métropole de Lyon, la plus aboutie à ce jour, malgré un bilan positif à certains égards, comme la baisse du budget de fonctionnement de près de 200 millions d'euros, ce qui n'est pas négligeable à l'heure où les dotations devraient encore baisser, semble elle aussi au milieu du gué. La personnalité morale ne fait donc pas tout. Comme cela est rapporté dans un article des Echos daté du 29 juin 2017³⁷ : « *Avec les compétences vont les recettes – taxe d'habitation, CVAE, frais de notaire, dotations de l'Etat – mais ce n'est pas pour autant une affaire à court terme tant les dépenses sociales pèsent.* (...) »

³⁶ Déjà cité

³⁷ DELPONT Léa « *La métropole de Lyon : un modèle encore en rodage* », Les Echos, 29 juin 2017 »

En l'état, le transfert a plus coûté que rapporté... » Olivier Landel, délégué général de l'Association des Communautés Urbaines de France (ACUF), cité dans le même article s'exprime lui en ces termes : « *Lyon est un exemple mais certainement pas un modèle.* » mais il reconnaît que cette expérience permet de considérer la question « *moins tabou qu'avant, que la métropole exerce ses nouvelles compétences à l'échelle du département entier, au-delà du territoire urbain, jusque dans le rural* ».

Métropole et GHT partagent finalement un point commun : repenser les modalités d'aménagement du territoire en renforçant les compétences des échelons locaux et se départir des organisations historiques pour promouvoir une approche globale. Métropole et GHT sont tous deux à la recherche d'une articulation nouvelle entre échelle spatiale et organisationnelle, faisant vaciller les alliances anciennes et « *la stabilité des systèmes d'acteurs* »³⁸.

Mais remodeler l'organisation sanitaire ne doit pas se traduire par la mise en place d'un établissement « seigneur » et de quelques vassaux répartis à travers le territoire. C'était la crainte de beaucoup d'établissements dont la taille ou le positionnement sur le territoire laissait peu d'espoir de devenir établissement support. Dans le cadre du GHT Atlantique 17, territoire pourtant rompu à la coopération, la place renforcée de l'établissement support est encore source de tensions, particulièrement concernant les ressources humaines. Ainsi, à titre d'exemple l'hypothèse de créer un pôle inter-établissement pour gérer en commun le laboratoire unique et la pharmacie, a amené les directeurs concernés à s'interroger sur le statut des agents et sur la définition de l'AIPN et des règles de mise à disposition. Il y avait en effet de véritables divergences dans l'interprétation des textes. En résumé, « *Les textes entretiennent la confusion. Sous les apparences d'une démarche coopérative, le groupement hospitalier de territoire se révèle être une machine redoutable à réformer la gouvernance des hôpitaux.* »³⁹

Mais, parler de « *processus jacobin* »⁴⁰ comme le fait Jean-Marc Macé, géographe au CNAM, est-il approprié dans ce contexte ? Pour appuyer cette vision, le géographe souhaite comparer « *les zones couvertes par un GHT* » avec « *les territoires vécus par les population* ». Avant même d'avoir fini son étude, il estime que le « *drame des GHT* » réside dans l'absence d'évaluation territoriale par les ARS et considère déjà que le GHT conduit à un « *renforcement des plus forts* ». Prenant l'exemple de la situation des hôpitaux de Meaux, Coulommiers et Marne-La-Vallée, lesquels ont fusionné après un GCS et une CHT, il voit dans le GHT la préfiguration de fusions pour demain.

Par comparaison, la métropole, telle qu'elle était prévue dans la loi du 16 décembre 2010, devait se substituer au département ou du moins en assurer les principales compétences, la fusion était ainsi clairement annoncée... Difficile aujourd'hui de dire que le GHT sera effectivement la dernière étape avant la fusion, même s'il conduira irrémédiablement à donner une place et des responsabilités croissantes à l'établissement support et au directeur qui sera placé à sa tête, compte-tenu de la vision « *concentrative* »⁴¹ que sous-tend le décret.

³⁸ Emmanuel Eliot et al

³⁹ DE LARD-HUCHET Brigitte, GEY Marine, TANGUY Hervé « *Et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?* » Gestions hospitalières n°562, janvier 2017

⁴⁰ Article Hospimedia « *Le découpage des GHT serait le symptôme d'une vision jacobine éloignée des usages de la population* », publié le 30 juin 2017

⁴¹ DE LARD-HUCHET Brigitte « *Et maintenant, comment construire ?* » Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016

Quoi qu'il en soit, il s'agira de maintenir la cohérence de la structure avec le territoire sur lequel elle s'appuie, en trouvant le juste équilibre entre rayonnement de l'établissement support et égalité des parties, et surtout de maintenir une culture partagée, condition sine qua non d'une identité commune.

Construire un GHT, ce n'est pas faire le choix d'un simple agrandissement d'échelle, c'est penser l'organisation sanitaire de demain dans une logique de réseau qui dépasse les structures hospitalières actuelles et s'ouvre résolument au médico-social, à la ville et à tous les acteurs intéressés, de près ou de loin par la santé. Pour reprendre, l'article de Emmanuel Eliot et al⁴² : « *Ces évolutions réinterrogent une nouvelle fois les modes de faire ensemble localement et de manière transversale, et ce d'autant plus fortement que la santé tend à s'appréhender aujourd'hui de manière « globale ».* »

A nous, décideurs hospitaliers de trouver les solutions les plus appropriées pour faire de cette réforme, un outil au service certes de l'amélioration de l'offre de soin mais surtout d'un parcours patient toujours plus qualitatif.

3.2 La « responsabilité populationnelle » au service du façonnement d'une identité commune

Une stratégie de groupe pour fonctionner se doit d'être ambitieuse. De ce point de vue, le GHT Atlantique 17 s'appuie sur des bases solides issues de la CHT susceptibles d'évoluer encore par une extension des missions assignées. Mais c'est véritablement dans la construction d'un nouvel hôpital que cette stratégie pourrait trouver son aboutissement.

3.2.1 S'orienter résolument vers une logique de parcours

La logique de filière déjà à l'œuvre au sein du territoire nord charentais maritime depuis la CHT peut encore être approfondie, notamment en s'ouvrant à l'ensemble des acteurs intéressés de près ou de loin par la santé. Bien que le GHT reprenne la plupart des orientations prévues dans le cadre du projet médical de la CHT, il reste encore à ancrer cette logique de filière dans la culture des équipes des différents établissements. C'est donc tout un processus d'appropriation et d'identification des filières qui devra être mené dans les années à venir.

D'autant plus que, même si le GHT Atlantique 17 bénéficiait d'une avance certaine par rapport à nombre d'établissements n'ayant pas adopté la culture de la coopération, le projet médical partagé tel qu'il a été présenté à l'ARS le 1^{er} juillet 2017 ne saurait être considéré comme exhaustif. En effet, à compter de l'automne, il a été prévu par le Comité stratégique de mener un travail d'approfondissement du document initial.

La notion de parcours, entendue comme l'ensemble des soins prodigués pour une pathologie donnée, sur une période déterminée et par un groupe de professionnels, doit ainsi participer d'une harmonisation des pratiques. En s'appuyant sur la notion de « *chemin clinique* », elle doit répondre à 4 impératifs :

- simplification des prises en charge
- amélioration de l'efficacité du soin

⁴² Article déjà cité

- clarification de l'information fournie au patient
- optimisation des ressources humaines et matérielles.

Pour intégrer la logique de parcours à la culture des soignants mais aussi des patients, un important travail de communication et de cohésion des équipes devra être mené, car « *La réforme des GHT touche à la question de l'identité des établissements, des responsables médicaux et des cadres dirigeants. Toute blessure identitaire peut figer, plus ou moins longtemps, le processus de changement.* »⁴³

Pour y parvenir, des initiatives avaient d'ores et déjà été lancées dans le cadre de la CHT comme l'organisation d'une journée paramédicale en 2015. Il s'agit désormais d'aller plus loin, en prévoyant par exemple des journées thématiques par profession mais aussi des séminaires interprofessionnels pour davantage de transversalité dans le soin. Ces rencontres pourront être organisées hors les murs, dans des lieux symboliques. En outre, la formation initiale ne doit pas être écartée de ce mouvement. Lorsque je suis intervenue devant les étudiants de l'IFSI et de l'IFAS, j'étais étonnée de voir à quel point la notion de GHT leur était étrangère. Il s'agit dans le cadre de leur programme de formation, de les sensibiliser à cette logique de parcours y compris durant les périodes de stage. Par ailleurs, outre les praticiens, l'association des paramédicaux et des usagers aux travaux d'approfondissement du PMP doit être encouragée.

En ce sens, la communication jouera un rôle majeur. Actuellement, les informations relatives au GHT ne font l'objet que de publications internes, il faudra demain veiller aussi à avoir une communication de territoire. Ainsi, elle pourra prendre la forme d'une newsletter trimestrielle du GHT distribuée aux agents de tous les établissements partenaires y compris ceux bénéficiant d'un statut d'associé comme les EHPAD publics autonomes ou encore l'ESPIC Villa Richelieu de La Rochelle. Il faudra aussi envisager à terme un site internet commun qui présente les différentes filières et les modalités d'accès, c'est une condition essentielle à la compréhension par les patients de la notion de parcours.

Toutefois, c'est la convergence des systèmes d'information qui permettra de parachever ce processus, en assurant une communication quotidienne de qualité entre les équipes à travers des logiciels communs mais aussi en développant des outils lui permettant de s'ouvrir vers la ville comme la messagerie sécurisée. La convergence des systèmes d'information prévue pour 2021 devrait incontestablement faciliter cette harmonisation. Dans le même esprit, le développement de la télémédecine participera aussi d'une amélioration de la communication et des pratiques, en espérant que cette harmonisation se fasse vers le haut.

S'il faut privilégier l'incitation à la coercition, la tutelle aura aussi un rôle à jouer pour assurer la diffusion de la culture du parcours. Ainsi, à terme, on pourrait envisager la mise en place de CPOM de territoire, lesquels prévoiraient des objectifs en fonction des parcours patients définis au préalable avec l'établissement support.

⁴³ CALMES Gilles, LUSSIEZ Cédric, MISSE Christophe, SCHMIDT Thierry « *Conduite du changement et pilotage de l'innovation. L'exemple du GHT Ile-de-France Sud* » Gestions hospitalières n°562, janvier 2017

3.2.2 Une intégration à compléter par l'extension des missions assignées au GHT...

Le GHT a eu pour conséquence l'augmentation du nombre de fonctions supports à mutualiser et à inscrire dans le logique de territoire, cependant l'enjeu est aussi, pour reprendre le leitmotiv du GHT Ile-de-France Sud, de « *conforter la proximité chaque fois que possible, organiser le recours chaque fois que nécessaire* ».

En effet, « *L'absence de personnalité morale du GHT a vocation, selon les promoteurs du projet, à être compensée par le rôle et les prérogatives de l'établissement support. (...) Ainsi, le directeur de l'établissement support du groupement exerce les compétences légales du directeur d'établissement pour le compte des établissements de santé parties au GHT, pour l'ensemble des activités mutualisées.* »⁴⁴

Ainsi, pour avoir un véritable parcours patient, il faudra par exemple réfléchir en commun au processus d'admission mais aussi de sortie du patient, une direction de la clientèle territoriale apparaîtrait alors aussi pertinente qu'une direction des affaires médicales de territoire. D'autres exemples pourraient être pris, mais sont comme dans le cas présent, conditionnés à la convergence effective des systèmes d'information et à une sécurisation juridique dans la définition des rôles de chacun, afin d'assurer le pilotage optimal des mutualisations.

Enfin, sur le modèle de la métropole dont les compétences sont définies en fonction de l'intérêt métropolitain, il pourrait être envisagé d'instaurer un « intérêt sanitaire territorial » qui faciliterait la définition des compétences à exercer au niveau du GHT et celles laissées à l'appréciation des établissements. Cet « intérêt sanitaire territorial » pourrait défini conjointement avec l'ARS, sur la base de critères tels que le temps d'accès à l'établissement de recours comme proposé par E.Vigneron⁴⁵ ou liés à l'état d'avancement de la pathologie.

3.2.3 ...Dont l'aboutissement pourrait être le nouvel hôpital territorial ?

Beaucoup d'observateurs voient dans le GHT la préfiguration d'une fusion des hôpitaux, comme le géographe Jean-Marc Macé cité précédemment. C'est un risque ou une opportunité, en effet et c'est surtout une hypothèse qui pourrait concerner dans les années à venir le GHT Atlantique 17.

La Chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, dans son examen de gestion relatif au Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, relevait ainsi que « *l'option d'une fusion physique, au moins pour une grande partie des services, qui pouvait être justifiée par la proximité géographique des établissements, n'a pas été élaborée, au détriment des finances publiques et au prix de coopérations, certes mises en œuvre, mais cependant toujours complexes en termes d'organisation et de temps de travail des équipes, en particulier des soins. De la sorte, seule une fusion juridique paraît pouvoir être envisagée à l'heure actuelle.* »

Hypothèse de moins en moins hypothétique, la fusion qui sera précédée d'une direction commune à compter de la fin 2018 entre les établissements de La Rochelle et Rochefort, laisse difficilement envisager un territoire organisé entre La Rochelle-Rochefort d'un côté

⁴⁴ DE LARD-HUCHET Brigitte « *Et maintenant, comment construire ?* » Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016

⁴⁵ Entretien avec Emmanuel Vigneron « *Beaucoup de choses qui ressemblaient aux GHT se sont cassé la figure* », Hospimédia, 22 août 2017

et...un ancien hôpital local celui de Saint-Pierre d'Oléron de l'autre. Cette hypothèse est en outre confortée par l'annonce au début du mois de juillet 2017 par le Directeur général du GHLRRA Alain Michel et le maire de La Rochelle Jean-François Fontaine de la reconstruction de l'hôpital rochelais pour la partie MCO. Cette reconstruction a été approuvée par l'ARS à la fin du mois de juin 2017. A l'occasion du Conseil de surveillance du GHLRRA du 30 juin 2017, il a d'ailleurs été annoncé que la reconstruction sur un site nouveau, encore à définir, devait permettre « *au nouvel hôpital de jouer pleinement son rôle d'établissement support pour le territoire Nord de la Charente-Maritime.* »

Cette phrase laisse entrevoir clairement la possibilité d'un hôpital territorial, dont la localisation a priori éloignée du centre-ville, devrait en outre se rapprocher des voies d'accès à Rochefort...

Mais le problème reste que le centre hospitalier de Rochefort a été reconstruit récemment, ce qui pour Pierrick Dieumegard, Directeur général du Centre Hospitalier de Rochefort-Marennes, cité dans le rapport de la Chambre régionale des comptes « *n'écarte pas le recours à un rapprochement juridique des deux établissements sous des formes qui restent à préciser...* »⁴⁶

La fusion juridique combinée à la fusion géographique apparaît cohérente au regard de la faible distance qui sépare La Rochelle et Rochefort et surtout du rôle joué par le GHLRRA en tant qu'établissement de recours. Elle répondrait par ailleurs à la règle des 3 unités qui façonne le théâtre classique mais pourrait tout autant s'utiliser dans le cadre hospitalier sous la forme suivante : une seule équipe, dans un seul lieu, réunie autour d'un seul et même projet.

3.3 Une coopération qui ne sera féconde qu'au prix d'une stratégie financière unique

La décision 2015-727 DC du 21 janvier 2016 par laquelle le Conseil constitutionnel a censuré l'habilitation prévue dans l'article 107 de la LMSS pour légiférer par voie d'ordonnance sur les règles comptables et budgétaires du GHT est venue limiter la possibilité de déployer un dispositif de solidarité de trésorerie. Pourtant, comme l'écrivent Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau dans leur rapport sur les GHT : « (...) *Mettre en place une solidarité budgétaire et de trésorerie est l'une des conditions de réussite pour instaurer une stratégie de groupe.* »⁴⁷

En effet, l'on peut s'interroger sur la logique/cohérence d'avoir des fonctions supports mutualisées telles que le DIM, les achats ou encore la formation explicitement prévues par les textes alors que les finances ne le sont pas. Dès lors, comment agir sur le terrain pour faire émerger cette solidarité, et ce dans un contexte marqué par une situation financière particulièrement tendue pour le centre hospitalier de Rochefort ?

3.3.1 S'appuyer d'abord sur les avancées permises par les textes

Le décret du 27 avril 2016 relatif au GHT est venu apporter quelques avancées en matière financière, lesquelles ne permettent pas de s'orienter dans la voie de la solidarité

⁴⁶ Chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine, Rapport d'Observations Définitives, Centre hospitalier de La Rochelle, 2016

⁴⁷ HUBERT Jacqueline et MARTINEAU Frédéric, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, rapport de fin de mission*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016.

financière, mais s'inscrit dans « la stratégie des petits pas » qui a caractérisé la réforme du GHT.

Il est ainsi prévu désormais :

- la présentation des EPRD des établissements membres du GHT au Comité stratégique du GHT ;
- la prise en compte de l'ensemble des budgets du GHT pour l'appréciation de l'EPRD de chaque partie par le DGARS ;
- la création d'un budget annexe pour les fonctions mutualisées dans le budget de l'établissement support.

Il ressort ici davantage une impression de renforcement du pouvoir de l'établissement support, sous l'effet d'un phénomène de « double approbation » des EPRD, que l'amorce d'une véritable solidarité financière. Pourtant des leviers existent pour s'orienter à terme vers une DAF de territoire, laquelle serait le corollaire de cette solidarité, même si le mode de financement actuel en limite la portée.

3.3.2 Réfléchir à une DAF de territoire

Mettre en place une DAF de territoire doit s'envisager à la fois comme un projet de long et de court termes.

A l'occasion de la Paris Healthcare Week 2017 une conférence sur cette thématique a été organisée, et un intervenant, Mustapha Khennouf membre de l'IGAS, a suggéré que dans un premier temps, soient mis en place des indicateurs et outils communs aux établissements d'un même GHT⁴⁸. Ceci apparaît en effet réalisable dans un délai court mais suppose là encore la coordination des différents directeurs financiers, lesquels pourront s'appuyer en toute hypothèse sur le DIM alors devenu territorial.

Par ailleurs, comme préconisé par le rapport Véran, la réflexion sur la mutualisation de l'investissement dans le cadre du GHT⁴⁹ doit être poursuivie, cela permettrait en effet une simplification des procédures avec un interlocuteur unique pour l'ARS qui serait l'établissement support. A ce propos, toujours lors de la conférence organisée au cours de la PHW 2017, Hélène Cart-Grandjean, cheffe du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés à la DGOS, a fait remarquer que le COPERMO évoluerait pour prendre en compte la dimension territoriale. Ces annonces sont positives et marquent une évolution notable. Toutefois le risque est de conduire à donner un rôle secondaire aux DAF des établissements parties au GHT. Pour éviter cet écueil, il conviendra dans un premier temps pour l'établissement support d'avoir uniquement un rôle d'harmonisation des pratiques. Il s'agit en effet de garantir l'implication de l'ensemble des parties et de ne pas créer un fossé entre l'établissement support et les autres établissements. En somme, trouver l'équilibre, principe clé de l'aménagement du territoire entre responsabilité exercée par l'établissement support et égalité des parties.

Romain Duvernois, DAF au sein du Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts à Paris et intervenant au sein de cette même conférence durant la PWH 2017, voyait ainsi dans le flou des textes sur la partie financière non pas un « loup » mais une « opportunité », une latitude à explorer pour construire une DAF de territoire.

⁴⁸ Dépêche APMNews « *L'absence de financement au parcours reste un frein à la solidarité financière entre les établissements* » 18 mai 2017.

⁴⁹ VERAN Olivier, « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur* » rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2017.

Toutes ces propositions doivent irriguer la réflexion des hospitaliers et si certaines comme la mise en place d'indicateurs communs sont envisageables à court terme dans le cadre du GHT Atlantique 17, d'autres comme la mutualisation des investissements devront sérieusement être étudiés en particulier dans l'optique de la reconstruction de l'hôpital de La Rochelle.

3.3.3 Faire du GHT Atlantique 17 un territoire d'innovation financière

Nous l'avons vu, il existe des leviers à un prémisses de solidarité financière. Toutefois pour certains observateurs, comme Romain Duvernois cité précédemment « *l'un des principaux freins à la solidarité financière restait le modèle de financement* » cependant « *un financement au parcours changerait complètement la situation.* »⁵⁰

Un financement au parcours repose sur l'idée de « *fixer pour une période donnée pour une pathologie chronique donnée (semestre ou année), une rémunération forfaitaire globale pour tous les acteurs qui interviennent dans la prise en charge de cette pathologie, pour l'ensemble des moyens nécessaires (actes, consultations, médicaments, produits de santé, hospitalisations, éducation thérapeutique, coordination, transports etc..).* »⁵¹

Ce type de financement aurait le mérite de renforcer la coordination entre l'hôpital et ses partenaires, et ce que l'on parle des structures médico-sociales ou de la ville. Pour y parvenir il faudrait déterminer le coût du parcours en fonction du coût évalué sur le territoire concerné. Le rapport Véran suggérait d'ailleurs de procéder à des expérimentations du financement au parcours dans des territoires volontaires tout en présentant les possibles modalités de mise en œuvre. Interrogée par Olivier Véran à ce sujet, la ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès Buzyn⁵² considérait cette possibilité comme compliquée, mais appelait à en passer par des expérimentations locales pour voir ce qui fonctionne « *avant de faire le grand soir de la tarification, que nous ne savons pas faire aujourd'hui et qui est indispensable cependant.* »

Le financement de parcours ne sera pas instauré demain certes, mais il mérite de s'y pencher et pourquoi pas de profiter du cadre du GHT pour se porter volontaire à son expérimentation. En effet, il permettrait une coordination entre différents corps de métiers de l'hôpital mais surtout entre les différents établissements et au-delà et ainsi de « faire véritablement GHT ».

Catherine Lonquety, Directrice des Affaires Financières GHLRRA : « *Le financement au parcours est intéressant sur le principe mais semble difficile à envisager dans le cadre de la T2A. Il suppose d'optimiser le parcours du patient de l'entrée à la sortie* »

Malgré les imprécisions juridiques qui l'accompagnent, le GHT ouvre la voie à une refonte complète de la gouvernance hospitalière, par le recours à des outils innovants et à l'expérimentation par exemple, permettant de s'inscrire demain dans une logique véritablement globale inspirée des préceptes de la « responsabilité populationnelle » où la notion de santé comme bien public prendrait tout son sens.

⁵⁰ Dépêche APMNews « *L'absence de financement au parcours reste un frein à la solidarité financière entre les établissements* » 18 mai 2017.

⁵¹ VERAN Olivier, « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur* » rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2017.

⁵² Dépêche APMNews, 20 juillet 2017

Conclusion

« Il ne devrait plus y avoir de vieux Paris ni de villes nouvelles, de banlieues difficiles ou de glacis pavillonnaire, mais un seul espace, une seule métropole, la métropole du Grand Paris. Je rêvais de réconcilier Paris et sa banlieue, d'abolir les vaines distinctions entre intra-muros, petite et grande couronne. J'avais ainsi imaginé lever la vieille malédiction des enceintes et du périphérique... » Cette citation extraite du roman *Le Grand Paris*, d'Aurélien Bellanger, rappelle à bien des égards, les ambitions portées par les tenants de la réforme du GHT à savoir, s'éloigner d'une organisation spatiale avec un nombre diffus d'établissements pour se rapprocher d'un modèle établissement support/établissements parties. Mais cet élargissement doit aller de pair avec une organisation sanitaire cohérente. C'est d'ailleurs sur cette alliance que repose, pour l'essentiel, le succès de la coopération en Charente-Maritime Nord.

En effet, c'est tout un ensemble de facteurs qui ont su être mobilisés pour permettre à cette collaboration de fructifier, au premier rang desquels la logique de co-construction entre hospitaliers en s'éloignant du clivage traditionnel entre administratifs et praticiens. Les différents intervenants ont ainsi interagi et réfléchi dans un esprit de communauté et on su dépasser les enjeux propres à leurs établissements pour penser un projet global, lequel a parfois pu les dépasser aussi. Ensuite pour promouvoir et déployer une logique de filières, il a fallu s'extraire de la tendance première à l'hospitalo-centrisme pour s'ouvrir vers d'autres structures, en particulier médico-sociales et agir en transversalité pour offrir un service toujours plus qualitatif au patient.

Cependant cette ouverture, c'est là sans doute sa force, s'est aussi faite dans le respect des spécificités du territoire, puisque ce sont aussi bien les enjeux démographiques que géographiques qui ont été pris en compte pour construire la CHT et parachever le GHT. C'est en effet par la coopération qu'ont pu être dépassées certaines problématiques telles que l'accès aux soins dans les îles.

Toutefois, il a fallu d'abord dépasser les craintes initiales venues principalement des petits établissements. Là encore, les hospitaliers ont su trouver par un savant jeu d'équilibriste, des modalités de rapprochement qui respectent l'égalité entre parties. Reste aujourd'hui encore à convaincre les agents des bienfaits de la coopération et à les entraîner dans ce mouvement en les y associant davantage. Pour y parvenir, il faudra leur montrer les effets concrets de la coopération sur leur quotidien, ce qui passe nécessairement par un cadre juridique beaucoup plus intégratif et ainsi protecteur de leur statut et surtout par une expérimentation de nouveaux modes de paiement susceptibles de valoriser davantage leur engagement auprès des patients.

L'identité du territoire sanitaire nord charentais maritime n'allait pas de soi. Protéiforme, elle s'est construite dans le temps par un mouvement permanent de va-et-vient entre ses différents acteurs. Désormais, il faudra « faire GHT »⁵³ en dépassant les frontières de l'établissement pour étirer son regard jusqu'aux limites du territoire. Ce dépassement de vision est à l'œuvre et il ne lui manque désormais plus que l'émergence d'une culture partagée à travers la fabrication de souvenirs communs et la reprise des principes de la « responsabilité populationnelle », pour pouvoir parler d'une véritable identité sanitaire.

⁵³ Allusion à une citation de la démographe Michèle Triballat qui parlait de « faire France ».

« L'identité n'est pas un héritage, mais une création. Elle nous crée et nous la créons constamment. Nous la connaissons demain. Notre identité est plurielle, diverse. Aujourd'hui je suis absent, demain je serai présent. »
Mahmoud Darwich

Bibliographie

OUVRAGES

- BELLANGER Aurélien, L'aménagement du territoire, 2014
- BELLANGER Aurélien, Le Grand Paris, 2016
- BEROIGNAN-ESPER Claudine, DUPONT Marc, Droit hospitalier, 2017
- VAUTARD Aurélien, L'aménagement sanitaire du territoire, 2016

RAPPORTS

- HUBERT Jacqueline et MARTINEAU Frédéric, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, rapport de fin de mission*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016.
- VERAN Olivier, Rapport d'étape remis à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, mai 2016
- LAFORCADE Michel, Rapport relatif à la santé mentale, Octobre 2016.
- Chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine, Rapport d'Observations Définitives, Centre hospitalier de La Rochelle, 2016
- Chambre régionale des comptes de Nouvelle Aquitaine, Rapport d'Observations Définitives, Centre hospitalier de Rochefort, 2017
- VERAN Olivier, « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur* » rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, avril 2017.

ARTICLES

- Santé et territoire
- ELIOT Emmanuel, LUCAS-GABRIELLI Véronique, MANGENEY Catherine « *Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français.* » Revue Francophone sur la santé et les territoires, juin 2017
- Article Hospimedia « *Le découpage des GHT serait le symptôme d'une vision jacobine éloignée des usages de la population* », publié le 30 juin 2017

- GHT généralités

- LOUAZEL Michel, « *Coopérations hospitalières, Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir* » Gestions hospitalières, n°523, février 2013
- HASS Sandrine, VIGNERON Emmanuel « *La loi, les GHT et leurs critères d'évaluation* » Gestions hospitalières n°554, mars 2016.
- BLUA Philippe, « *Une direction commune à l'échelle d'un département et d'un GHT, Stratégie de groupe des Hôpitaux Champagne Sud* » Revue Hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016
- GODEAU Thierry, PINEY David « *Constitution des GHT, Réalités de terrain et attente des présidents de CME des centres hospitaliers* » Revue Hospitalière de France, n°569, mars-avril 2016
- DE LARD-HUCHET Brigitte « *Et maintenant, comment construire ?* » Gestions hospitalières, n°558, août-septembre 2016
- COMPTE-RENDU Territorialité en santé /AUTOUR DES GHT, Journées des Conférences des centres hospitaliers, dossier, Gestions hospitalières n°561, décembre 2016
- DE LARD-HUCHET Brigitte, GEY Marine, TANGUY Hervé « *Et maintenant comment sortir de la (con)fusion ?* » Gestions hospitalières n°562, janvier 2017
- CALMES Gilles, LUSSIEZ Cédric, MISSE Christophe, SCHMIDT Thierry « *Conduite du changement et pilotage de l'innovation. L'exemple du GHT Ile-de-France Sud* » Gestions hospitalières n°562, janvier 2017
- BAZ Ellie, « *GHT Analyse du décret du 2 mai 2017* », Revue Hospitalière de France, Mai-Juin 2017

- GHT Atlantique 17

CHANABAS Fabien, VAUTARD Aurélien « *Le groupement hospitalier de territoire Atlantique 17, Un modèle construit dans le temps* », Techniques hospitalières n°759, septembre-octobre 2016

- Financement et GHT

- LE MENN Jacky et MILON Alain, rapport d'information « *Refonder la tarification hospitalière au service du patient* », MECSS, SENAT, JUILLET 2012
- ROBERT Thibault, SEGUI-SAULNIER Stéphanie « *Coopération hospitalière : La T2A m'a-t-elle tuée ?* » Revue Hospitalière de France, Septembre-Octobre 2012.
- CHAUCHAT Aymeric, « *La T2A, un levier pour les coopérations sanitaires ? Plaidoyer pour une modélisation économique* » Gestions hospitalières N°523, février 2013.
- PAUL Erwann « *La pertinence économique du GHT* », Gestions hospitalières n°544, mars 2016

- Dépêche APMNews « *L'absence de financement au parcours reste un frein à la solidarité financière entre les établissements* » 18 mai 2017.

- Psychiatrie et GHT

MASSE Gérard, VIGNERON Emmanuel « *GHT, psychiatrie et santé mentale : les inquiétudes sont-elles fondées ?* » Gestions hospitalières n°556, Mai 2016.

- EHPAD et GHT

DE BONNAY Patricia, TASSERY Magali « *Les groupements hospitaliers de territoire, un nouveau défi pour le secteur médico-social ?* » Revue Hospitalière de France, Mars-Avril 2016

- Réforme territoriale

VANIER Martin, « *La métropolisation ou la fin annoncée des territoires ?* » Métropolitiques, 22 avril 2013.

MEMOIRES DE L'EHESP

- TRIBALLEAU Clément « *Le groupement hospitalier de territoire au prisme de la fusion. Analyse et enseignements des origines, de l'itinéraire et des conséquences d'une décision stratégique des Hôpitaux du Sud-Bretagne* » 2016
- PAUL Erwann « *Appréhension économique des coopérations hospitalières. Un essai de modélisation* » 2014
- CHAUCHAT Aymeric « *La modélisation économique des coopérations sanitaires en soutien à une stratégie de groupe hospitalier public* » 2009

THESES

- VAUTARD Aurélien, « *L'aménagement sanitaire du territoire : les enjeux issus de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire* », 2014

TEXTES JURIDIQUES

- Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- 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

- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107
- Vademecum des GHT, édité par la DGOS mai 2016

DOCUMENTS INTERNES AU GHLRRA

- Convention constitutive du GHT ATLANTIQUE 17, JUILLET 2016
- Projet médical partagé du GHT ATLANTIQUE 17, JUILLET 2017
- Projet médico-social de territoire, GHT ATLANTIQUE 17, JUILLET 2017

DOCUMENTS ARS NOUVELLE-AQUITAINE

- PROJET REGIONAL DE SANTE NOUVELLE AQUITAINE, Diagnostic territorial de la Charente-Maritime, juin 2017.

Liste des annexes

1. Liste des entretiens
2. Entretien avec Alain MICHEL, Directeur Général du GHLRRA
3. Entretien avec Pierrick DIEUMEGARD, Directeur Général du CHRO
4. Entretien avec Catherine LONQUETY, Directrice des Affaires Financières, GHLRRA
5. Entretien avec Francis BRU, Directeur du Pôle Médico-Social/Handicap, GHLRRA
6. Entretien avec Thierry GODEAU, Président de la CME du GHLRRA et Président de la Conférence des Présidents de CME de CH, Endocrinologue
7. Entretien avec Jean-Marc EVEN, Président de la CME du CHRO, Gériatre
8. Entretien avec Pascale PUZOS, Cheffe du Pôle de Psychiatrie, Site Marius Lacroix, GHLRRA, Psychiatre
9. Tableau comparatif GCS – CPT
10. Etude : quel mode d'intégration pour les EHPAD dans le GHT ?
11. Information du Directeur au Conseil de surveillance : Point sur la construction du nouvel hôpital, 30 juin 2017
12. Communiqué de presse FHF « S'ouvrir à la ville : quand l'hôpital public fait sa révolution à la Paris Healthcare Week » mai 2017
13. Carte des GHT de la Nouvelle-Aquitaine
14. Lettre de transmission du PMP à l'ARS, 1^{er} juillet 2017
15. Lettre de l'ARS approuvant la convention constitutive du GHT Atlantique 17, 2016
16. Carte des coopérations en santé mentale sur le territoire Nord Charente-Maritime
17. Modélisation SWOT du GHT Atlantique 17
18. Carte agrandie du GHT Atlantique 17

LISTE DES ENTRETIENS (par ordre alphabétique)

Directeurs d'hôpital :

M. Francis BRU, Directeur du Pôle Handicap/Médico-social, Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis.

M. Pierrick DIEUMEGARD, Directeur Général du Centre Hospitalier de Rochefort et Marennes.

Mme Catherine LONQUETY, Directrice des Affaires financières et du Contrôle de Gestion, Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis.

M. Alain MICHEL, Directeur Général du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, établissement support du GHT Atlantique 17, Docteur en droit.

Praticiens hospitaliers :

Dr Jean-Marc EVEN, Président de la CME du Centre Hospitalier de Rochefort, Gériatre.

Dr Thierry GODEAU, Président de la CME du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, Président de la Conférence des Présidents de CME de Centres hospitaliers, Endocrinologue.

Dr Pascale PUZOS, Cheffe du pôle de psychiatrie, site Marius Lacroix, Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, Psychiatre.

**Le regard de Francis Bru,
Directeur du Pôle Handicap/médico-social au GHLRRA.**

Francis Bru s'est fortement investi entre janvier et juin 2017 dans la structuration d'un projet médico-social de territoire. Il m'a d'ailleurs sollicitée pour la réalisation d'une étude juridique relative à l'intégration des EHPAD dans le GHT. Choix est ici fait de restituer son analyse et ses espoirs pour l'hôpital de demain.

Dès le début de l'entretien, il l'affirme, son objectif est de faire des EHPAD un projet du GHT, en les rendant parties à la structure, il ambitionne d'améliorer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social. Pour lui, la condition sine qua non de la réussite de ce projet est le système d'information qui devrait participer d'une fluidification des parcours.

Il envisage la collaboration entre le médico-social et le sanitaire comme suit :

- 1) *Repérer les ruptures de parcours au niveau du territoire (dans le sens de l'entrée comme de la sortie)*
- 2) *En faire une analyse*
- 3) *Faire des préconisations et agir dans une logique de parcours*

Francis Bru insiste, à l'échelle du GHT Atlantique 17, il faut vraiment être dans une stratégie de groupe, et élargir le champ des partenariats non seulement aux EHPAD, mais aussi à la ville, à l'associatif, aux collectivités territoriales...

Il considère que l'hôpital public doit viser une stratégie territoriale offensive et s'appuyer sur « la force du collectif » et que c'est à cette condition, que le GHT Atlantique 17 conservera l'avancée qui était la sienne du temps du GHT.

<p style="text-align: center;">Entretien Pierrick Dieumegard Directeur Général Centre Hospitalier de Rochefort et Marennes</p>
--

Que recouvre pour vous la notion d'aménagement sanitaire du territoire ?

Il s'agit de répondre aux besoins de la population, ce qui est souvent un oubli selon Pierrick Dieumegard. Il regrette que la réflexion soit davantage axée sur l'évolution des structures que sur leur visée même.

Il insiste sur la nécessaire identification des besoins et l'impératif d'y répondre le mieux possible.

Il parle ensuite de la distinction entre le recours et la proximité et appelle à une démarche cohérente, structurée et fondée sur les besoins.

2) Quelles sont, à votre avis, les caractéristiques saillantes du territoire nord charentais maritime en matière sanitaire ?

Il souligne la précarité davantage présente à Rochefort qu'à La Rochelle, les problématiques liées aux addictions (tabac et alcool) ainsi que le taux de décès prématurés. Il note une absence de disparité dans l'offre de soins.

Il met en avant l'impact du tourisme et les flux importants que cela implique à certaines périodes de l'année, en rappelant que cela pose un problème de lissage en créant des périodes de fortes variations de l'activité.

Le positionnement de l'établissement support, situé à l'extrémité du territoire, a aussi un impact sur l'organisation des soins. Ainsi le CH de Rochefort a une offre de soins supérieure aux établissements de Charente-Maritime Sud (Jonzac, St Jean d'Angély) du fait de l'éloignement de l'établissement support. Par ailleurs, Pierrick Dieumegard, note le faible écart en termes de population entre l'agglomération de La Rochelle et le territoire formé par Rochefort, Marennes et Oléron.

3) Qu'attendiez-vous du GHT ? Quel regard portez-vous dessus aujourd'hui ?

Il considère que le GHT n'apporte pas de plus-value par rapport à la CHT. Il y voit même plus une contrainte pour ce qui est des fonctions support.

Pierrick Dieumegard estime que concernant le GHT Atlantique 17, l'enjeu se situe davantage dans le « post GHT », c'est-à-dire une coopération toujours plus intégrée.

L'absence de personnalité morale est véritablement vue comme un frein. Il considère que la possibilité de détenir la personnalité morale aurait pu permettre une fusion à géométrie variable.

4) Coopération à marche forcée ou fusion qui ne dit pas son nom ?

Pierrick Dieumegard explique que le GHT donne le sentiment d'avoir épuisé les différentes possibilités et que l'on se rapproche d'une logique de fusion.

Le regard de Catherine Lonquety, Directrice des Affaires Financières, GHLRRA.

Que pensez-vous du financement au parcours ? Comment le mettre en œuvre dans le cadre du GHT ?

Catherine Lonquety juge le principe intéressant mais s'interroge sur la possibilité de mise en œuvre dans le contexte de la T2A. Elle considère qu'il faudrait mettre un « point d'arrêt » à la T2A pour pouvoir tarifer au parcours.

Elle estime qu'avant de tarifer au parcours, il faut au préalable optimiser le parcours du patient à l'hôpital, depuis son entrée jusqu'à sa sortie.

La tarification au parcours constitue selon elle, une cible idéale mais qui suppose d'être expérimentée d'abord. Aujourd'hui l'enjeu est surtout, pour elle, de mettre en œuvre concrètement le PMP.

Un système de péréquation à l'image de ce qui est fait entre collectivités territoriales est-il envisageable ?

Le système de péréquation est difficilement envisageable dans le cadre du GHT, ce serait une solution par défaut dans l'esprit de Catherine Lonquety.

La T2A est-elle un frein à la coopération hospitalière ?

Catherine Lonquety pense que dans le contexte actuel, c'est davantage la démographie médicale qui pose problème que la T2A qu'elle assimile à un « épiphénomène » auquel il convient de s'adapter.

Entretien Alain Michel
Directeur général du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, établissement support du GHT Atlantique 17

1) Que recouvre pour vous la notion d'aménagement sanitaire du territoire ?

Pour Alain Michel, le véritable problème est de définir les services sanitaires en fonction des besoins de la population. Il s'agit de définir les tâches de chacun, où installer les plateaux techniques par exemple.

Il pense que l'erreur qui est faite aujourd'hui est d'utiliser la santé pour aménager le territoire et non l'inverse.

Il considère que l'aménagement du territoire est d'abord un problème politique.

2) Quelles sont, à votre avis, les caractéristiques saillantes du territoire nord charentais maritime en matière sanitaire ?

C'est un territoire très touristique, ce qui suppose de préparer en amont la saison estivale et d'anticiper les flux qui y sont liés (présence sanitaire dans les îles, 3^{ème} ligne SMUR à La Rochelle...)

La Charente-Maritime concentre 5 hôpitaux, 2 au nord et 3 au sud, et par ailleurs, le maillage privé est important, avec une concentration des activités de Capio sur le territoire de La Rochelle.

3) Qu'attendiez-vous du GHT ? Quel regard portez-vous dessus aujourd'hui ?

Pour Alain Michel, la loi apparaît trop générale au regard des spécificités de territoire. En effet, considérant l'avancée du territoire nord charentais maritime en matière de coopération, la structure telle qu'instituée par la loi, c'est-à-dire sans personnalité morale. L'autre problème qu'il mentionne est celui des flux financiers et des conséquences que cela a dans les rapports entre les centres hospitaliers de La Rochelle et Rochefort.

4) Coopération à marche forcée ou fusion qui ne dit pas son nom ?

Alain Michel considère que pour les établissements qui n'avaient pas jusque-là un fonctionnement coopératif, c'est une coopération à marche forcée. Il estime que donner la personnalité morale au GHT reviendrait à mettre en place une « fusion déguisée ».

1) Que recouvre pour vous la notion d'aménagement sanitaire du territoire ?

Le Dr Even considère qu'il s'agit d'abord de proposer un accès à des soins de qualité dans un périmètre cohérent. A son sens, l'objectif est d'éviter d'avoir des endroits dépourvus de soins. La question de l'équipement et des professionnels de santé lui semble également essentielle. Il estime que le territoire dispose de suffisamment d'équipements hospitaliers. Il pense qu'avant de construire un GHT, il faut réfléchir davantage en fonction des flux de population que selon les frontières départementales. Il pense que ce qui pose problème sur le territoire nord charentais maritime est l'accès au soin de 1^{er} recours et aux soins non programmés. Il insiste également sur la permanence d'accès aux soins et la démographie médicale.

2) Quelles sont, à votre avis, les caractéristiques saillantes du territoire nord charentais maritime en matière sanitaire ?

Pour le Dr Even, la principale difficulté réside dans l'insularité du territoire, avec la présence de 3 îles (Aix, Oléron et Ré). Pour ce qui est des pathologies, il relève une augmentation des soins en gériatrie liée à une population vieillissante, une précarité élevée et un taux d'addictions important en particulier sur l'île d'Oléron.

3) Qu'attendiez-vous du GHT ? Quel regard portez-vous dessus aujourd'hui ?

Le Dr Even revient sur l'historique des relations entre les hôpitaux de La Rochelle et Rochefort. Il prend l'image de deux châteaux forts pour décrire leurs rapports passés et cite même la fable de La Fontaine « La grenouille qui voulait se faire aussi grosse que le bœuf ». Il explique qu'il a fallu attendre les arrivées de Pierrick Dieumegard et Alain Michel à la tête des deux établissements pour que l'on s'oriente vers une dynamique de coopération. Il raconte que pendant longtemps, Rochefort a été considéré comme une « verrue », mais cette verrue lui apparaît nécessaire compte-tenu de l'insularité du territoire, afin d'offrir une offre de soins de proximité aux habitants de l'île d'Oléron. Cette coopération s'est construite dans la durée, grâce à une volonté de travailler ensemble. Elle a permis au centre hospitalier de Rochefort de disposer de certaines spécialités médicales dont un établissement de taille similaire dispose rarement. Il voit dans la coopération une « solution de sagesse » alors que ces deux établissements ont longtemps eu une stratégie de repli tout en étant situés à seulement 20 minutes de voiture l'un de l'autre.

Concernant le GHT, il estime que cela a apporté beaucoup de rigidités et de crispations liées à la désignation de l'établissement support. Il regrette également l'absence de personnalité morale. Il assimile le GHT à une « côte mal taillée », source de flou et de complications. Il y voit une opportunité, « une chance » pour aller plus loin et s'orienter vers une fusion qui se concrétiserait par un seul établissement. Il estime que le rôle de l'établissement support doit être de développer des sur-spécialités voire des spécialités de pointe.

Pour ce qui est du GHT Atlantique¹⁷, il considère que c'est un GHT à taille humaine, en cohérence avec le territoire sur lequel il se trouve, en résumé « un GHT qui a du sens » dans la perspective d'une fusion.

Entretien Dr Thierry GODEAU
Président de la CME du Groupe hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis
Président de la Conférence des Présidents de CME de CH

1) *Que recouvre pour vous la notion d'aménagement sanitaire du territoire ?*

Le Dr Godeau insiste sur les notions de sécurité et d'égalité d'accès aux soins, il rappelle aussi l'importance du maillage territorial.

Il considère que l'aménagement sanitaire du territoire repose sur une offre de soins graduée, de qualité et de proximité. Pourtant, il pense « qu'il ne faut pas tout faire partout ».

2) *Quelles sont, à votre avis, les caractéristiques saillantes du territoire nord charentais maritime en matière sanitaire ?*

Le territoire sanitaire correspond au bassin de population, avec une vraie complémentarité entre les établissements et l'existence de consultations avancées dans les îles (Oléron et Ré). Le Dr Godeau explique qu'il n'y a pas de désert médical. Il souligne le caractère concurrentiel de l'offre public/privé.

Pour ce qui est des pathologies, il faut noter une mortalité précoce importante, une population vieillissante et des addictions en hausse. Pour le Dr Godeau, le véritable problème est celui de la permanence des soins.

3) *Qu'attendiez-vous du GHT ? Quel regard portez-vous dessus aujourd'hui ?*

Le Dr Godeau considère que les GHT doivent améliorer l'organisation de l'hôpital public, par rapport aux besoins de santé.

Il estime que le point faible des GHT réside dans sa logique coopérative, laquelle fait dépendre la réussite de l'entité de la bonne volonté des acteurs. Mais surtout, il pense que l'aspect financier est le principal frein à la construction des GHT, il considère qu'il faudrait réfléchir aux flux financiers entre établissements.

Le GHT Atlantique 17 est en théorie en avance, toutefois faible influence sur les organisations médicales selon le Dr Godeau. Il considère que le PMP comme une amélioration du projet médical de la CHT et pas comme une 1^{ère} version, comme c'est le cas dans la plupart des GHT aujourd'hui.

A son sens, le GHT ATLANTIQUE 17 issu de la CHT ATLANTIQUE s'inscrit dans une forme de « routine », qui l'empêche de créer une dynamique au sein de ses membres.

Le Dr Godeau se montre exigeant à l'égard des CME de territoire qui ne sauraient, selon lui, être des « redondances des CME locales ».

Il s'inquiète aussi de l'adhésion de la communauté médicale au projet, il rappelle qu'obtenir la reconnaissance des médecins suppose de les laisser délibérer. Il considère que le comité stratégique incarne la vision des directeurs et insiste sur une validation par le corps médical issue de la CME de territoire.

Il reconnaît la cohérence du GHT par rapport aux flux de santé, et ce aussi bien pour la MCO que pour la psychiatrie.

4) *Rôle des coopérations dans la construction des projets médicaux ?*

Globalement, Thierry Godeau considère que c'est un « bilan gagnant-gagnant ». Il estime toutefois qu'il faut concentrer les pathologies rares, nécessitant de la technicité dans un même lieu et, dans le même temps, permettre à tous d'avoir accès facilement aux soins courants.

Il espère que la constitution d'équipes communes conduira à une harmonisation par le haut des pratiques et participera ainsi d'une logique d'amélioration de la qualité des soins.

5) *Coopération à marche forcée ou fusion qui ne dit pas son nom ?*

Pour Thierry Godeau, la fusion ne doit pas être un objectif, ce qui compte pour lui c'est de « **se retrouver dans un projet et dans une identité.** »

« Si la loi sur les GHT ne change pas, la fusion risque d'être la seule solution pour avoir des coopérations qui ont du sens. »

Il s'inquiète de voir apparaître des « PH sac à dos » et insiste sur le problème du recrutement médical comme facteur limitant les réorganisations hospitalières.

La conférence des présidents de CME de CH considère que l'établissement de santé de demain c'est le territoire du GHT.

Sans personnalité morale, il ne voit pas comment peut évoluer le GHT Atlantique 17.

Entretien Dr Puzos
Cheffe du pôle Psychiatrie – Hôpital Marius Lacroix

1) Que recouvre pour vous la notion d'aménagement du territoire ?

Le Dr Puzos explique que le fonctionnement par secteur rend complexe la projection dans un territoire, elle voit ce système comme totalisant, qui conduit à une forme d'isolement. Elle ne fait pas de réelle différence entre le secteur et le territoire, pour elle, la question qui se pose est celle du travail en équipe. Il y a une question d'échelle qui se pose. Elle considère toutefois que le GHT Atlantique 17 est cohérent par rapport au territoire de santé. Sa taille permet de mener des projets communs, elle y voit beaucoup de fonctionnalité.

2) Les caractéristiques saillantes du territoire nord charentais maritime ?

Le Dr Puzos observe une très grande diversité des pathologies, à son sens, il n'y en a pas une qui se détache particulièrement.

3) Quelles attentes vis-à-vis du GHT ? Quel regard portez-vous dessus aujourd'hui ?

Le Dr Puzos commence par un historique de la coopération sur le territoire et explique qu'il y avait eu un moindre engagement de la psychiatrie au moment de la mise en place de la CHT car l'hôpital Marius Lacroix avait la réputation d'être en avance. Elle reconnaît aussi que dans ce cadre, priorité avait été donnée au MCO. Toutefois, elle s'est aussi rapidement rendue compte, que la psychiatrie avait parfois été associée à certaines filières sans en être prévenue.

Dans le GHT actuel est prévue une filière dédiée à la santé mentale, liée à la situation monopolistique de l'hôpital Marius Lacroix sur le territoire nord charentais maritime et aussi à une volonté d'affirmation par rapport à l'hôpital de Saintes.

Le Dr Puzos évoque aussi l'hypothèse de création d'une CPT, laquelle permettrait de créer ou de renforcer les partenariats notamment avec le médico-social. Toutefois, elle s'interroge sur la pertinence de déployer des outils similaires sur l'ensemble du territoire sans prise en compte des partenariats ou des organisations propres à un secteur ou à un territoire. Elle voit dans la mise en place du GHT le développement d'une liaison entre le généraliste et le spécialiste et considère la logique de parcours comme étant l'avènement de l'hyper compétence.

Pour elle, l'enjeu aujourd'hui est de construire un parcours respectueux à la fois des patients ET des soignants/médecins, et derrière cela, se pose le défi de construire une identité commune. Pour elle, le vrai problème du GHT c'est celui de sa gouvernance, elle craint que la répartition des pouvoirs, telle qu'elle existe aujourd'hui conduise à du sur-place plus qu'à une véritable dynamique de coopération.

4) Rôle des coopérations dans la construction des projets médicaux ?

Le Dr Puzos considère que le projet psychiatrique est davantage un projet médico-soignant qu'un projet médical. Pour elle, le travail se fait dans une structure mixte.

Etude juridique : GCS ou CPT quelle organisation territoriale pour la santé mentale ?

Type de coopération	Champ de la coopération	Pérennité	Contrainte juridique	Choix du régime juridique	Adaptabilité	Souplesse dans la gouvernance	Contraintes financières
GCS		Libre choix du partenariat		Droit public / Droit privé / Mixte		Nécessité d'instances dédiées + règlement intérieur + Administrateur	SOUTIEN ARS Autonomie financière
CPT	Possibilité d'associer le médico-social et les CT	A préciser	Nécessité d'un projet territorial de santé mentale + le médico-social ne peut être qu'associé Dérogation au GHT ? Cas de la CPT autour du CH Marchand à Toulouse intégrée dans le GHT formé autour du CHU de Toulouse	Droit public en principe	?	Pas de retour à ce sujet même si dispositif plutôt souple à première vue notamment pour l'intégration du médico-social	Accompagnement FHF possible via SPH Conseil

POURQUOI PRIVILEGIER LE GCS AUJOURD'HUI ?

GCS

UN OUTIL QUI A MONTRE SON EFFICACITE

- ✓ **Adaptabilité, souplesse juridique**
- ✓ **Autonomie financière**
- ✓ **Personnalité morale**
- ✓ **Possibilité d'élaborer une/des stratégie(s) territoriale(s)**
- ✓ **Mutualisation des ressources**
- ✓ **Constitution d'un réseau**
- ✓ **Prise en charge globale du patient**
- ✓ **Renforcement de la coopération avec le médico-social cf. constat de la carence de structures d'aval dans la PEC psychiatrique.**

CPT

UN OUTIL EN COURS DE FINALISATION

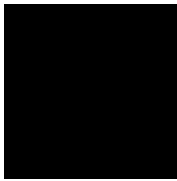
- Décret paru récemment (automne 2016)
- Incertitudes juridiques qui demeurent
- Quelle place par rapport au GHT Atlantique 17 dans le territoire ?
- Pas de retour d'expérience, à ce stade
- Souplesse du dispositif à première vue

A LONG TERME

Faire évoluer le GCS en CPT par la mise en place d'un Projet territorial de santé mentale (article 69 LMSS)

Etude juridique : quel statut pour les EHPAD publics autonomes dans le GHT ?

Mode d'intégration	Avantages	Inconvénients	Bilan
<i>Intégration autonome par établissement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Souplesse juridique - Possibilité d'être partie à part entière 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible portée stratégique et politique 	<p>Les deux options présentent des avantages et des inconvénients.</p>
<i>Intégration commune en tant que GCSMS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'être associé à l'élaboration du projet médical partagé - Possibilité de conclure une convention de partenariat permettant l'articulation du PMP avec celui adopté par le GCSMS - Capacité d'influence 	<ul style="list-style-type: none"> - Le GCSMS ne peut pas être partie au GHT, il ne peut être qu'associé ou partenaire - Nécessité de créer un GCSMS d'abord 	<p>Pour donner une véritable force stratégique et politique aux établissements médico-sociaux, la solution d'un GCSMS semble la plus adaptée, mais suppose au préalable la création de cette entité.</p>



GROUPE HOSPITALIER LA ROCHELLE-RE-AUNIS
CONSEIL DE SURVEILLANCE

SEANCE DU 30 JUIN 2017

INFORMATION DU DIRECTEUR

4 POINT SUR LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL

Par lettre du 28 juin 2017, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine a donné son accord à la reconstruction du Groupe Hospitalier dans sa partie Médecine-Chirurgie-Obstétrique.

L'ARS écarte la reconstruction complète de l'établissement sur place et est favorable à un projet sur un nouveau site. Ce dernier devra permettre au nouvel hôpital de jouer pleinement son rôle d'établissement support pour le territoire Nord de la Charente-Maritime.

Le terrain choisi devra garantir des possibilités d'évolutions indispensables au développement, sur les prochaines décennies, de notre établissement de recours.

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE, prend acte de l'information du Directeur.

.....
.....

**POUR EXTRAIT CONFORME,
LE PRESIDENT,**

J.-F. FOUNTAINE.

Communiqués de presse

La FHF dévoile sa plateforme de propositions pour le prochain mandat présidentiel

Alors qu'elle constate l'intérêt marqué des Français pour les questions relatives à l'hôpital public mais aussi, plus largement, à l'avenir du système de santé et de la protection sociale, la Fédération hospitalière de France (FHF) lance, ce 3 février 2017, sa plateforme de propositions pour le prochain quinquennat. L'objectif de ces orientations portées par l'ensemble de la communauté hospitalière ? Dessiner un système de santé et des accompagnements médico-sociaux plus justes, plus accessibles, innovants et de qualité.

A partir d'une méthode d'élaboration fondée sur la concertation (cf. encadré), la FHF dévoile une plateforme de propositions qui se décline autour de deux contributions :

- **12 orientations politiques** à l'attention des candidats à l'élection présidentielle, afin de donner un nouvel élan rassembleur au système de santé ;
- **50 propositions détaillées** à l'attention du prochain ministre de la Santé afin de décliner les orientations générales en autant d'actions de déverrouillage de notre système de santé et de libération des énergies des professionnels de santé et médico-sociaux.

Faire vivre le contrat républicain du service public

Les orientations comme les propositions visent à préparer le système de santé aux défis du XXI^e siècle et à faire vivre le service public de santé et médico-social en lui gardant sa force et son sens. Le service public hospitalier est une exigence pour la République tout comme les valeurs de la République sont une exigence pour le service public hospitalier. La FHF appelle à faire vivre, ensemble, pour les Français ce contrat républicain.

Pour cela, la FHF part de quatre principes cardinaux :

- La santé n'est pas un marché comme les autres ;
- La diversité au sein du système de santé est une richesse et non un handicap mais tous les acteurs ne sont pas substituables ;
- La politique des économies au rabot doit être remplacée par une réorganisation globale ;
- La santé et le secteur médico-social sont des atouts et non des charges pour la France.

Afin que les établissements publics relèvent quatre défis majeurs :

- Le défi de l'adaptation permanente de l'offre de soins à la demande des populations.
- Le défi de l'attractivité ;
- Le défi de la réorganisation des établissements ;
- Le défi de l'avenir du financement.

Changer de paradigme pour notre système de santé

Pour y parvenir, la FHF propose un programme ambitieux de rénovation du système de santé. Ce programme, détaillé en 50 propositions qui sont autant de « clés de

déverrouillage » du système de santé, repose sur un élément clé, le principe de la responsabilité populationnelle. La responsabilité populationnelle se définit comme l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- Rendant accessibles un ensemble de services sociaux et de soins pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;
- Assurant l'accompagnement des personnes ;
- Agissant en amont sur les déterminants de santé.

Quelles priorités demain ?

Les priorités s'organisent autour de quatre axes majeurs :

- Engager la convergence des devoirs entre tous les acteurs de santé reconnaissant les spécificités de l'hôpital public ;
- Accompagner et promouvoir le secteur médico-social public : sortir de la dichotomie sanitaire/médico-social pour s'adapter au vieillissement de la population et renforcer l'accès à la santé des personnes handicapées ;
- Respecter et prendre soin des professionnels de santé en leur offrant notamment le meilleur environnement et les meilleures conditions de travail possibles ;
- Donner des marges d'action accrues aux établissements publics pour leur permettre de s'adapter plus rapidement aux réalités territoriales.

Avec ce programme, fruit d'un long travail réflexion et de concertation, la FHF propose des clés pour transformer le monde hospitalier et médico-social en un secteur moteur de la rénovation de notre système de santé et, au-delà, de la modernisation économique de notre pays tant en France que dans le monde.

Tout au long de l'année, la FHF reviendra sur les clés de déverrouillage qui lui semblent indispensables à travers des focus et des cas concrets issus du terrain.

Pour en savoir plus :

- Retrouvez les plateformes en ligne :
- le site de la concertation numérique lancée par la FHF : <http://monavisnotresante.fhf.fr>
- le blog du Tour de France FHF des établissements : <http://tourdefrance.fhf.fr>

Pour en reparler :

Rendez-vous à HôpitalExpo du 16 au 18 mai : <http://www.parishealthcareweek.com/fr/>

Frédéric Valletoux,
président de la Fédération hospitalière de France



Direction de l'offre de soins et de l'autonomie
Pôle performance et investissements

Département adaptation de l'offre et contractualisation

Dossier suivi par : Mathieu AMODEO
Téléphone : 05 57 01 44 62
Courriel : mathieu.amodeo@ars.sante.fr

Bordeaux, le 10 août 2016

Nos réf. : 2016-39

Monsieur Alain MICHEL
Directeur
Groupe Hospitalier La Rochelle Ré-Aunis
Etablissement support du GHT «Atlantique17»
Rue du DR Schweitzer
17019 LA ROCHELLE

Objet : *Approbation convention constitutive
GHT «Atlantique 17»*

Pièce jointe : 1

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, du décret n°2016-524 en date du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et au regard des éléments que vous m'avez transmis lors de la création du GHT «Atlantique 17» le 1^{er} juillet dernier, j'ai le plaisir de vous informer que la convention constitutive du groupement est approuvée.

Toutefois, je vous saurai gré de bien vouloir prendre en compte les observations et éléments d'informations ci-joints concernant la convention constitutive du groupement. A cet effet et afin d'harmoniser le calendrier de validation des différents documents par les instances du GHT, vous pourrez présenter la convention constitutive actualisée et ses avenants dans le même temps que le Projet Médical Partagé et me transmettre l'ensemble de ces documents pour le 1^{er} janvier 2017.

Enfin, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels hospitaliers du GHT pour leur engagement et leur implication dans cette réforme et vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Directeur Général de l'Agence régionale de santé,
et par délégation,
le Directeur de Cabinet

Vincent CAILLIET



**Groupement
Hospitalier
de Territoire
Atlantique 17**

La Rochelle, le 3 juillet 2017

Nos réf. : FC/SB n° 2017-70
Affaire suivie par M. FOUCHER
Adjoint au directeur
Direction des Pôles et des Parcours MCO
☎ 05 46 45 50 69

**Monsieur le Directeur Général
Agence Régionale de Santé
Nouvelle Aquitaine
103bis rue Belleville
CS 91704
33063 BORDEAUX CEDEX**

Objet : PROJET MEDICAL PARTAGE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
ATLANTIQUE 17

Pièces jointes : 2 documents

Monsieur le Directeur Général,

Etablissement Support

**Groupe Hospitalier de
La Rochelle-Ré-Aunis**
Rue du docteur Schweitzer
17019 LA ROCHELLE Cedex

**Centre Hospitalier
de Rochefort**
1 avenue de Béligon
BP 30009
17301 ROCHEFORT Cedex

**Centre Hospitalier
de Marennes**
9 à 13 avenue Leclerc
17320 MARENNES

**Centre Hospitalier
de Saint-Pierre d'Oleron**
Rue Carinena
17310 ST PIERRE D'OLERON

Conformément à la réglementation, et après avis favorable des instances territoriales et locales, je vous prie de bien vouloir trouver, en annexe du présent courrier, le **Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17**.

Ce projet, adopté par l'ensemble des communautés médicales, s'appuie sur un socle solide constitué de l'ensemble des actions initiées dès 2008 entre les hôpitaux de La Rochelle et de Rochefort, puis entre les établissements dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire créée en septembre 2011.

Les organisations médicales et les complémentarités déjà mises en œuvre à ce titre ont naturellement nourri la réflexion qui a présidé à la rédaction du PMP qui traduit d'abord la consolidation de ces acquis.

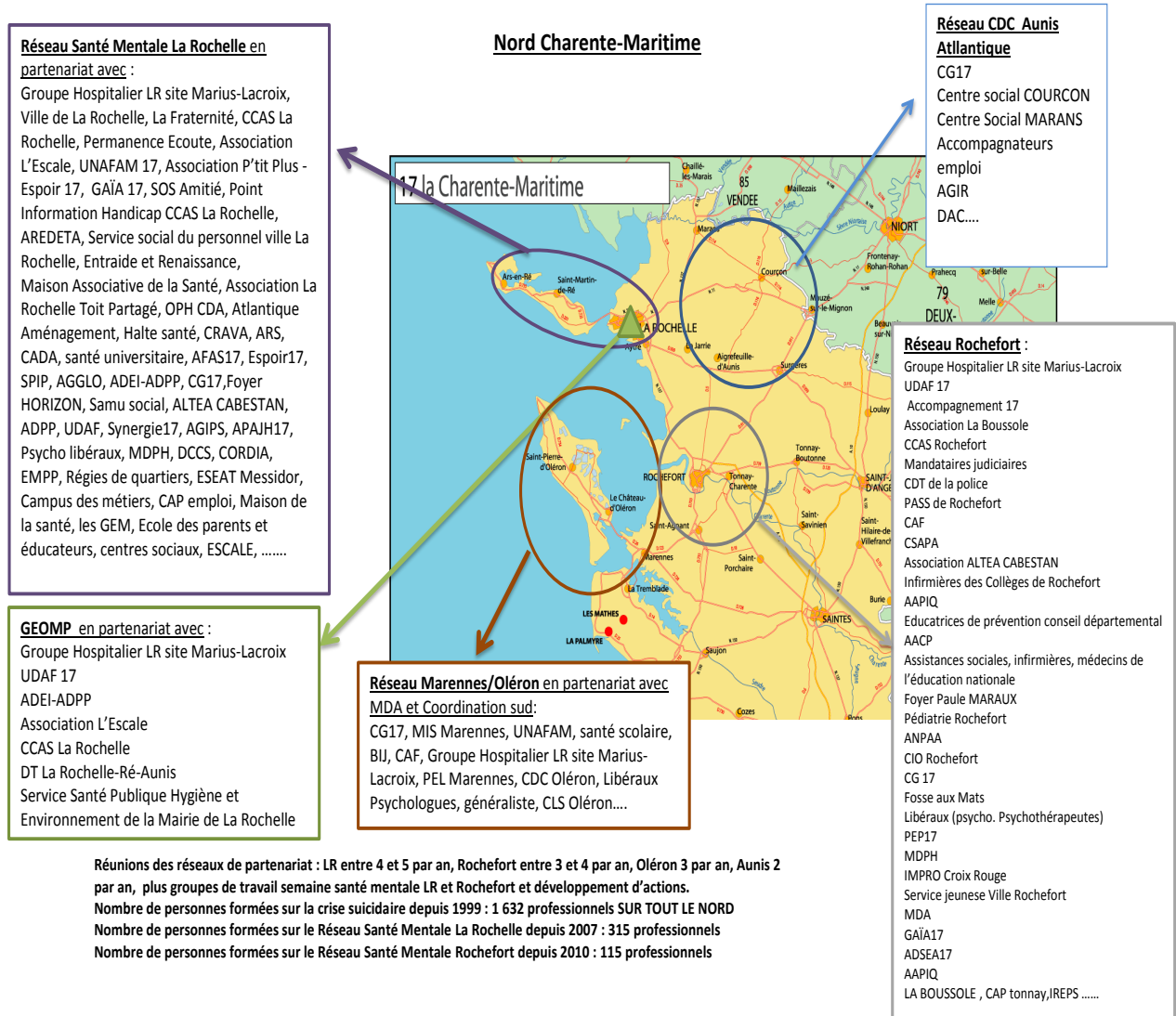
Il comporte aussi des projets médicaux et chirurgicaux nouveaux et entend donner à la coopération une dimension renforcée par la construction d'une politique commune en termes de qualité. Il vise par ailleurs l'objectif d'un système d'information communicant entre les établissements de la communauté.

L'ambition principale des établissements de la communauté est d'amplifier cette dynamique de coopération pour adapter l'offre de soins aux évolutions des besoins en santé en Nord Charente-Maritime, aux besoins de santé des populations des bassins de La Rochelle et Rochefort tout en s'adaptant aux enjeux généraux de la démographie médicale, des évolutions techniques, de la continuité des soins et aux enjeux spécifiques du vieillissement de la population et de l'accroissement de la demande de soins.

Parallèlement, les EHPAD publics autonomes constitués en groupement de coopération social et médicosocial (GCSMS) et les 4 EHPAD rattachés à la commune de La Rochelle, ont souhaité formaliser le projet d'une politique médico-sociale de territoire favorisant le lien fonctionnel entre le sanitaire et le médico-social et, in fine, la qualité de la prise en charge des usagers. Ce **Projet Médico-Social de Territoire**, également joint, à vocation à s'articuler avec le Projet Médical Partagé du GHTA 17.

Etablissement support : Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis - Rue du Docteur Schweitzer - 17019 La Rochelle Cedex
direction@ch-larochelle.fr
Direction de la Coopération : 05.46.45.50.69 - Télécopie : 05.46.45.50.00

Carte des coopérations en santé mentale sur le territoire Nord Charente-Maritime, Site Marius Lacroix, GHLRRA.



Source : Direction des Pôles et Parcours de Psychiatrie GHLRRA

Modélisation SWOT GHT ATLANTIQUE 17 réalisée par Mélissa RAMOS



Carte du GHT ATLANTIQUE 17



RAMOS

Mélissa

Octobre 2017

FILIERE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2016-2017

LE GHT A L'EPREUVE DES FAITS :

L'EXEMPLE DU GHT ATLANTIQUE 17 ENTRE TRADITION DE COOPERATION ET PARACHEVEMENT D'UNE IDENTITE SANITAIRE

Résumé :

Héritier d'une longue tradition de coopération hospitalière, le territoire Nord Charente-Maritime a longtemps eu un rôle de précurseur en la matière.

Aujourd'hui, dans le contexte de mise en place du GHT, il semble traverser une « crise de croissance » qui résulte à la fois d'une gouvernance incomplète et d'une identité sanitaire encore à définir. A cela, s'ajoutent également les incertitudes juridiques issues d'un texte de loi à la vision parcellaire.

Il s'agit alors d'expliquer les motifs de cette coopération, d'en démontrer les succès et d'en comprendre les limites, avant de faire des propositions susceptibles de recréer la dynamique qui existait auparavant. En effet, malgré des difficultés structurelles, ce territoire de santé a su dépasser ses faiblesses originelles voire les sublimer pour permettre le maillage le plus étendu possible.

L'enjeu désormais est de parvenir à souder une communauté aux frontières mouvantes afin de (re)faire du Nord Charente-Maritime un territoire d'innovation sanitaire, capable d'intégrer son environnement dans toute sa diversité.

Mots clés :

Coopération, Groupement Hospitalier de Territoire, Projet Médical Partagé, Identité, Territoire, Patient, Stratégie, Gouvernance, Frontière, Charente-Maritime Nord, Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis, Centre Hospitalier de Rochefort, GHT Atlantique 17.

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