



EHESP

Élève directrice d'hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**La crise Covid, levier
d'approfondissement des coopérations
territoriales en santé**

***Etude et mise en perspective de l'expérience du
territoire sarthois***

Marie LE MÉE

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement mon maître de stage Fabrice Prigneau pour son accompagnement sans relâche à toutes les étapes de ce mémoire, de sa conception, sa réalisation, jusqu'à la relecture. L'aide de Fabrice a été déterminante pour orienter ma réflexion et mener à bien ce travail.

J'adresse également mes remerciements à Monsieur Olivier Bossard, pour ses conseils quant à la thématique choisie et plus largement, pour avoir inspiré le sujet d'un mémoire basé sur les innovations portées par le CH du Mans.

Je remercie par ailleurs les professionnels qui ont accepté de m'accorder un entretien. Leur expérience et de leur vision des coopérations ont largement contribué à enrichir ma réflexion sur le vaste sujet des coopérations.

Enfin, j'ai une pensée toute particulière pour mes collègues du CHM pour nos échanges et pour leur soutien. Merci également à Léa pour nos longues discussions sur nos sujets respectifs, ainsi qu'à mes proches pour leur aide précieuse dans les derniers moments.

Sommaire

Introduction.....	3
1 La crise Covid, catalyseur d'une réorganisation hospitalière fondée sur le renforcement des coopérations territoriales	6
1.1 Orientations et mise en œuvre de la coopération territoriale en santé	6
1.1.1 Réorganiser le secteur de la santé par la coopération entre établissements : des logiques contradictoires ?	6
1.1.2 Les initiatives de coopération en Sarthe : l'ouverture du CHM sur son territoire 11	
1.2 Le décloisonnement de l'hôpital dans le contexte de la crise Covid	17
1.2.1 La définition d'une organisation territoriale de réponse à la pandémie Covid sous le pilotage du CHM.....	17
1.2.2 Les coopérations durant la crise Covid : renforcement pérenne ou éphémère des liens entre acteurs de santé sur le territoire ?	21
2 Accompagner le renforcement de l'offre de soins sur le territoire à travers la coopération entre acteurs de santé	25
2.1 Convaincre de la nécessité de coopérer.....	25
2.1.1 La contrainte comme levier des coopérations ?.....	25
2.1.2 Initier la coopération afin de pérenniser un réseau territorial des acteurs en santé	27
2.2 Mobiliser sur le sujet de la coopération et s'engager vers une stratégie territoriale de santé	29
2.2.1 Les instruments d'une coopération territoriale en santé	29
2.2.2 L'hôpital dans son territoire : pour une organisation de santé territorialisée	32
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	41
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CHM : Centre Hospitalier du Mans

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DT-ARS : Délégation Territoriale de l'Agence Régionale de Santé

GCS : Groupements de Coopération Sanitaire

EPI : Equipement de Protection Individuelle

ESMS : Etablissements sociaux et médico-sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHT 72 : Groupement Hospitalier de Territoire de la Sarthe

HAD : Hospitalisation à Domicile

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PMSP : Projet Médico-soignant Partagé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise.

Jean MONNET

Face à l'épidémie de Covid-19, entre hésitations politiques et indubitable urgence sanitaire, les acteurs de santé ont tous œuvré pour un but commun, et dans cette crise, ont vu la nécessité de travailler ensemble. Cet élan collectif a été salué, pour les initiatives qui en sont nées, pour la rapidité et l'ampleur des dispositifs mis en place. La crise a ainsi davantage ouvert l'hôpital vers l'extérieur, et a permis d'accélérer les coopérations. Les acteurs de la santé ont « accepté un changement » perçu comme nécessaire dans le contexte d'urgence sanitaire, accélérant un processus de réorganisation hospitalière par les coopérations déjà engagé depuis plusieurs décennies.

Depuis les années 1970, la coopération fait en effet partie des outils de régulation de l'offre hospitalière. Elle a pour but de rapprocher des acteurs sur des sujets nécessitant une action commune. Il existe divers dispositifs juridiques permettant de formaliser les coopérations, et visant à instaurer une démarche de mutualisation des moyens, de réorganisation des activités et des plateaux médico-techniques. La coopération est un instrument au service de la restructuration des établissements de santé, et plus généralement de la recomposition de l'offre en santé¹.

Parmi ces dispositifs deux types de coopérations se distinguent. D'une part, la coopération conventionnelle se traduit par des instruments qui impulsent la coopération ou de la réaliser sans pour autant entraîner la création d'une personne morale. Il peut s'agir d'organismes consultatifs afin de susciter une réflexion entre les acteurs, ou encore de la signature d'une convention fixant un cadre juridique à la collaboration. C'est un mode souple de coopération mais qui comporte un risque d'insécurité juridique quant à la capacité de retrait d'un acteur de tout ou partie du dispositif.

D'autre part, la coopération institutionnelle correspond à la création d'une personne juridique tierce, à laquelle il est ainsi conféré une autonomie budgétaire, patrimoniale, et financière. Ces dispositifs de coopération institutionnelle ont progressivement pris de l'ampleur au fil des réformes.

¹ MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

L'ordonnance Juppé du 24 avril 1996 renforce en effet singulièrement les instruments de coopération institutionnelle en créant, en sus des syndicats inter-hospitaliers (SIH) conçus depuis 1970 pour les établissements publics, les communautés d'établissements de santé (CES) et les groupements de coopération sanitaire (GCS). Ces dispositifs s'ajoutent aux groupements d'intérêt économique (GIE) et aux groupements d'intérêt public (GIP) déjà existants. C'est le passage à une « coopération-décloisonnement »² avec des formes de coopération institutionnelle permettant d'associer acteurs publics et privés.

Le gouvernement simplifie cette organisation par l'ordonnance du 4 septembre 2003 en privilégiant le GCS et supprimant pour l'avenir la création des CES et SIH. Puis, la loi du 21 juillet 2009 confirme le GCS comme instrument de coopération institutionnelle entre tous les établissements de santé, privé ou public et introduit une nouvelle forme de coopération, conventionnelle cette fois-ci, entre établissements publics, dénommée communauté hospitalière de territoire (CHT).

Au moment de l'élaboration de la loi de modernisation du système de santé (LMSS)³, le bilan des recompositions hospitalières par le moyen des coopérations se révèle décevant. L'étude d'impact de la LMSS constate en effet que « si les coopérations ponctuelles sur une fonction ciblée prolifèrent, rares sont les opérations de rapprochement plus intégrées dans le secteur public ». La LMSS poursuit par conséquent le renforcement de la coopération, principalement entre établissements publics et, à ce titre, opère la transformation de la CHT en groupements hospitaliers de territoire (GHT). C'est l'avènement d'une « coopération-intégration », avec un travail entre établissements de santé publics. Cette nouvelle forme de partenariat est fondée sur une stratégie de groupe public, au sein d'un groupement qui ne détient pas la personnalité morale.

Ainsi de nombreux dispositifs se sont succédé et agrégé dans le paysage des coopérations en santé. Les coopérations en santé font désormais partie du champ des missions de nombre d'acteurs de la santé, qui ont eu à les mettre en œuvre ou qui s'en sont saisi afin de porter leurs projets. Toutefois, ne suscitant pas forcément l'adhésion immédiate, les coopérations font en outre l'objet d'incitations plus ou moins contraignantes de la part des pouvoirs publics. L'ARS peut encourager les établissements à s'associer par le biais de financements dédiés (LFSS 2012). Par ailleurs, le directeur général de l'ARS possède un pouvoir d'injonction en matière de coopérations (loi HPST) et la tutelle qui peut subordonner la délivrance d'une autorisation à engagement de mise en œuvre des mesures de coopération (art 6122 CSP).

² MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

³ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Si des réticences existent quant à la formation de coopérations, elles sont souvent liées à la crainte et au refus d'une perte d'autonomie mais aussi à la complexité et l'engagement que les coopérations impliquent. Elles peuvent en effet sembler lourdes à mettre en place, et le contexte de concurrence lié à la tarification à l'activité n'encourage par ailleurs pas les établissements à collaborer. Aussi, le secteur de la santé fonctionne encore aujourd'hui de manière cloisonnée, avec la difficulté de créer des liens entre établissements et libéraux, entre sanitaire et médico-social, entre structure d'hébergement et hospitalisation à domicile... La mise en œuvre des coopérations est finalement très hétérogène selon les territoires et s'applique en fonction des besoins et du contexte propre à chacun d'entre eux. Les acteurs sont conscients qu'il est nécessaire de travailler ensemble, notamment dans les situations de pénurie médicale, mais cela n'est pas nécessairement leur priorité.

La crise a initié un changement dans l'organisation et le consensus autour des coopérations, lesquelles sont devenues une priorité. Elles ont pu se mettre en place de façon beaucoup plus fluide et plus rapide. La crise a ainsi été un sujet de mobilisation générale, et a rassemblé une grande diversité d'acteurs qui ne se parlaient pas nécessairement auparavant.

Les coopérations en santé regroupent un vaste champ d'interactions et mobilisent une grande diversité d'acteurs. Pour cette raison, ce mémoire ne pourra être exhaustif mais aura vocation à aborder ce sujet sous l'angle d'un terrain d'observation, celui de la région des Pays de la Loire, et plus particulièrement du département de la Sarthe. A travers des entretiens semi-directifs, j'ai souhaité recueillir différents points de vue, avec un biais hospitalier lié à mon implantation de stage, afin de comprendre ce qui, selon les acteurs de terrain, fait fonctionner les coopérations. Au cours de ma réflexion, j'ai par ailleurs voulu élargir mon étude à d'autres territoires afin de donner de la profondeur à l'analyse, et d'avoir un regard critique sur les dispositifs mis en place en Sarthe. *In fine*, l'objet de ce travail est de proposer une vision à la fois stratégique et opérationnelle de la méthode qui favorise le travail en commun des acteurs, afin d'assurer et d'améliorer l'accès aux soins.

Ainsi, la gestion de cette première phase de la crise a montré qu'il est possible de décroisonner le système de santé, et tout l'enjeu est donc d'en tirer les conclusions afin de pérenniser ces dynamiques.

En quoi la crise Covid a-t-elle montré la nécessité d'une coopération territoriale renforcée et innovante pour assurer un maillage efficace de l'offre de santé ?

1 La crise Covid, catalyseur d'une réorganisation hospitalière fondée sur le renforcement des coopérations territoriales

1.1 Orientations et mise en œuvre de la coopération territoriale en santé

1.1.1 Réorganiser le secteur de la santé par la coopération entre établissements : des logiques contradictoires ?

Il s'agira non pas de faire un exposé exhaustif de toutes les formes de coopération, mais d'analyser les récentes tendances réglementaires de la coopération-décloisonnement à la coopération-intégration⁴, avec un recentrage de l'étude sur les collaborations entre établissements.

A) Le succès de dispositifs de coopération organique associant public et privé

Face aux limites de la coopération conventionnelle, le législateur a permis le recours des établissements de santé à des outils plus efficaces de coopération organique avec les GIP, GIE et GCS⁵. L'intérêt de ces dispositifs est de réaliser un decloisonnement dans les collaborations en santé, car ils sont ouverts aux personnes publiques comme privées.

Les GIP visent à favoriser la coopération entre personnes publiques et privées pour mener en commun des activités, telles que la blanchisserie ou la restauration, des actions de formation ou encore gérer ensemble des équipements communs. Le GIP ne peut pas en revanche être porteur d'une autorisation d'activité de soins.

Le GIE vise à développer l'activité économique de ses membres, sans pour autant chercher à faire des bénéfices. C'est une sorte d'intermédiaire entre l'association au format de la loi 1901 et la société commerciale⁶. A la différence du GIP, le GIE dispose de la personne morale de droit privée, donc le droit privé s'applique avec les règles de la comptabilité privée. Sa création est actée par la signature d'un contrat. Tout comme le GIP, un GIE ne peut en aucun cas se voir confier des activités de soins. Il peut par exemple être constitué pour l'acquisition d'un équipement lourd.

Les GIE sont des partenariats public/privé et ne peuvent être composés uniquement d'établissements publics, afin d'éviter qu'un établissement public ne cherche à déroger des règles du droit public (statut du personnel, code des marchés publics, etc.). Par

⁴ MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

⁵ BARBOT J-M., ROSSIGNOL J., 2017, *GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, LEH Edition, 275 p.

⁶ MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

ailleurs, entre les établissements d'un GIE existe une solidarité financière. Un établissement peut être contraint de rembourser entièrement les dettes du groupement, tandis que cette obligation n'est valable qu'à hauteur de l'apport de l'établissement dans le cas d'un GCS ou d'un GIP. C'est donc une règle contraignante, qui contribue à expliquer les réticences que peuvent susciter la mise en place d'un GIE.

L'objet du groupement de coopération sanitaire (GCS) est d'améliorer, de faciliter ou de développer l'activité de ses membres. Le groupement de coopération sanitaire pouvait, dès sa création en 1996, bénéficier d'une autorisation d'équipement lourd sans être établissement de santé. Depuis 2003, le GCS est ouvert à l'ensemble des établissements de santé, aux médecins libéraux et aux organismes médico-sociaux⁷, avec des compétences accrues (possibilité d'être employeur et d'assurer les missions d'un établissement de santé).

Un GCS peut revêtir deux formes :

- Le GCS de moyens, dont le rôle est d'organiser ou de gérer des activités (administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche), de gérer des équipements d'intérêt commun, ou encore de permettre des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux. Depuis 2016, le GCS de moyens peut exploiter les autorisations détenues par l'un ou plusieurs de ses membres⁸.
- Le GCS établissement de santé, qui permet d'exercer des activités de soins ou d'exploiter des équipements matériels lourds. Depuis 2009, le GCS établissement de santé peut être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd ou d'activités de soins. C'est un acteur de soins à part entière, avec les mêmes droits et obligations, et qui peut facturer directement des soins à l'assurance maladie. Il est également possible de constituer des groupements de coopération sociale et médico-sociale auxquels peuvent participer les établissements de santé.

Les GCS représentent désormais près de la moitié des coopérations, et semblent ainsi en constituer un des outils privilégiés⁹. Le rapport sur les recompositions hospitalières remis au Parlement en 2017 attestait de « la dynamique constante d'efforts de coopération des établissements de santé, via des partenariats multiples et variés entre offreurs de soins¹⁰ » et dénombrait près de 700 GCS constitués, dont une majorité de GCS de moyens.

⁷ Art L6133-2 CSP

⁸ MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Direction Générale de l'Offre de Soins, mai 2018, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*

Les GCS ont dès lors connu un certain succès et permis de favoriser le décloisonnement des coopérations en santé. Le GCS a en outre l'avantage d'être une forme de coopération dite « dure », et donc d'apporter une pérennité aux partenariats mis en place.

B) Le choix d'une stratégie de groupe public sanitaire : l'intégration progressive ?

Cette stratégie de groupe public trouve ses origines dans la constitution de communautés hospitalières de territoire (CHT). Au sein de la CHT, il devait déjà être désigné un établissement siège de la communauté, ce qui a pu créer des réticences des établissements de petite taille quant au maintien de leur autonomie juridique. La CHT, facultative n'a donc pas eu le succès escompté.

La LMSS a donc remplacé les CHT par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont la constitution était cette fois-ci obligatoire¹¹. A l'instar de la CHT qu'il remplace, le GHT n'est pas doté de la personnalité juridique. Il semble toutefois constituer davantage qu'une simple convention de coopération, sa dénomination s'apparentant à une institution¹². Le GHT engage ainsi la recomposition de l'offre des établissements publics de santé dans une logique de groupe, analysé par certains comme l'étape précédant la mise en place d'établissements publics territoriaux de santé¹³. Les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent être parties à une convention de GHT. A la différence du GCS, le GHT n'est ouvert ni aux établissements de santé privés ni aux professionnels de santé libéraux, les établissements privés ne pouvant être que partenaires ou associés.

Le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, afin d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité¹⁴. Le GHT vise à optimiser les modes de gestion et la recomposition de l'offre de soins par le biais d'une mise en commun de fonctions ou de transferts d'activités entre établissements.

Dans la perspective de cette offre de soins graduée, les établissements parties au GHT doivent élaborer un projet médical partagé (PMP) dont l'objet est de garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. Le PMP se veut être à la fois un « document stratégique », répondant aux besoins du territoire, un « traité de

¹¹ Art L6132-1 CSP

¹² MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

¹³ MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

¹⁴ *Ibid.*

subsidiarité » qui conjugue proximité, recours et référence, et un « référentiel de prise en charge », élaboré grâce à un travail collégial¹⁵.

La LMSS impose par ailleurs aux établissements de mutualiser 4 activités au niveau du GHT :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent ;
- La gestion d'un département d'information médicale de territoire ;
- La fonction achats ;
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du GHT et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels.

Le GHT est ainsi imaginé comme un véritable outil de restructuration hospitalière avec son caractère obligatoire, l'encadrement strict de sa mise en place, ou encore le contenu très précis de la convention et des activités mutualisées. Par ailleurs, il n'est pas mentionné de modalités de retrait ou de dissolution d'un GHT, alors qu'il en existait pour les CHT, preuve que le législateur souhaite en faire un outil de long terme¹⁶.

Les établissements publics ont donc été très encadrés dans la constitution des GHT, avec toutefois la possibilité d'adaptation de certains volets de la coopération. Dans le cadre des conventions de GHT, les établissements ont en effet une marge de décision sur le niveau d'intégration du groupement et notamment sur le champ des compétences qui lui sont déléguées. Différentes stratégies de mutualisations ont ainsi pu être adoptées¹⁷.

Ces marges de manœuvre sont finalement l'un des principaux écueils soulevés dans les bilans de la mise en œuvre des GHT pour lesquels on constate un « rythme d'intégration très variable », avec une typologie en 4 niveaux différenciant les groupements « réticents », « optimisateurs », « volontaires », ou encore « stratèges »¹⁸. Par exemple, la mise en œuvre de la mutualisation des fonctions supports pour le système d'information reste par ailleurs difficile¹⁹. On constate enfin le choix d'instances peu intégratives et une délégation de compétences limitées, malgré la souplesse du cadre juridique initial²⁰.

¹⁵ MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ MARTIN P., FARCY N., CHAUSSIN L. et al., octobre 2019, « GHT et évolutions organisationnelles », *Gestions hospitalières*, n° 589, pp.477-479

¹⁸ FARHI F., mai 2019, « Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration », *Gestions hospitalières*, n° 586, pp.283-286

¹⁹ MARTIN P., FARCY N., CHAUSSIN L. et al., octobre 2019, « GHT et évolutions organisationnelles », *Gestions hospitalières*, n° 589, pp.477-479

²⁰ *Ibid.*

Un niveau d'intégration supplémentaire de ces groupes publics s'observe avec le « regain d'intérêt »²¹ pour les directions communes autour d'établissements déjà eux-mêmes supports de GHT.

La direction commune est un dispositif instauré en 2005. Il a connu un certain engouement avec l'évolution démographique des personnels de direction et la volonté de restructuration des ARS, les directions communes permettant d'amorcer le regroupement des établissements. L'intérêt est d'avoir un pilotage unique et une convergence des fonctionnements par le biais du partage et de l'harmonisation des pratiques, ou encore du développement de postes partagés. Politiquement, ce dispositif est davantage accepté que la fusion car les établissements conservent leur autonomie juridique, et la direction commune est actée par délibération identique des conseils de surveillance des établissements²².

De nombreuses directions communes ont d'ailleurs été instaurées dans le secteur médico-social afin de mutualiser des fonctions et renforcer des établissements qui pouvaient pâtir de leur isolement.

La direction commune permet une concentration des arbitrages sur un même territoire et apporte donc davantage de flexibilité. La logique de fonctionnement par filière favorise la réflexion sur des mutualisations nécessaires, notamment dans un contexte de faible démographie médicale. L'essor des directions communes amorce un virage intégratif des GHT qui deviennent un outil de planification. Les directions communes dépassent ainsi le cadre d'une simple convention. La forte proportion d'établissements sous direction commune témoigne de la volonté des pouvoirs publics d'en faire un outil de recomposition de l'offre hospitalière, certaines évoluant vers un processus de fusion²³.

Les besoins et opportunités en coopération sont plus ou moins marqués selon les spécificités de chaque territoire. Le niveau de concurrence et l'attractivité médicale sont par exemples des facteurs déterminants pour la mise en place de coopérations. Dans le département de la Sarthe, marqué par une faible démographie médicale, de nombreuses initiatives de coopérations se sont développées.

²¹ GALLET B., mai 2018, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », *Gestions hospitalières*, n° 576, pp.305-307

²² BARBOT J-M., ROSSIGNOL J., 2017, *GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, LEH Edition, 275 p.

²³ DE LARD-LUCHET B., octobre 2017, « Conventions de direction commune : formelles ? Simplement formelles ? », *Gestions hospitalières*, n°569, p.519

1.1.2 Les initiatives de coopération en Sarthe : l'ouverture du CHM sur son territoire

A) Le contexte du territoire sarthois

L'offre de santé en Sarthe est concentrée au sein de la ville du Mans, avec 4 cliniques privées au Mans, 11 établissements publics (dont un établissement public de santé mentale, 6 centres hospitaliers et 4 hôpitaux de proximité), 2 structures d'hospitalisation à domicile (HAD), 5 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), et 3 maisons de santé pluridisciplinaires. Plusieurs projets de CPTS sont en cours d'étude par l'ARS.

Le Groupement Hospitalier de Territoire de la Sarthe (GHT 72), dont le Centre Hospitalier du Mans est l'établissement support, est un groupement à périmètre départemental composé des 11 établissements publics du territoire. Le GHT 72 compte plus de 4 000 lits et places sur l'ensemble des activités (MCO, Psychiatrie, SSR, USLD, EHPAD, HAD...). L'activité MCO est très largement portée par le Centre Hospitalier du Mans avec près de 80 % des lits et places.

En élargissant la comparaison aux établissements de santé privés, le CHM reste le principal offreur de soins MCO sur la Sarthe en termes de part de marché. Dans la métropole du Mans, où est concentrée l'offre privée MCO, il existe toutefois une situation de concurrence sur l'activité de chirurgie, dont 37,6 % est réalisée par le CHM, contre 50% pour l'ensemble des cliniques.

Le département de la Sarthe est caractérisé par une pénurie de ressources humaines médicales et non médicales. Sur le volet de la médecine de ville, la Sarthe compte en effet 66 généralistes pour 100 000 habitants tandis que ce chiffre s'élève à 90 pour la région Pays-de-la-Loire et 88 pour la France. La Sarthe se situe ainsi au 88e rang des départements en termes de densité médicale²⁴.

Par ailleurs, suivant une évolution similaire à de nombreux territoires, la démographie médicale de la Sarthe décline sur la dernière décennie. Selon le conseil national de l'ordre des médecins, on observe entre 2007 et 2016 une diminution de 20% des effectifs en médecine générale dans le département de la Sarthe.

Cette pénurie a de multiples conséquences sur le système de santé en général. Tout d'abord, face aux insuffisances de la médecine de ville, la demande en soins se reporte

²⁴ Rapport d'activité 2018, CPAM de la Sarthe

mécaniquement sur les établissements de santé, et notamment les services d'urgence, proportionnellement beaucoup plus sollicités que dans les autres départements de la région. Par ailleurs, cette pénurie touche également les hôpitaux qui font face depuis plusieurs années à une difficulté d'attractivité des professionnels, que reflète notamment le volume de l'intérim médical, particulièrement élevé en Sarthe. Le GHT de la Sarthe est en effet le groupement avec la plus forte croissance d'intérim, avec des dépenses totales d'intérim sur le département qui atteignent 6 millions d'euros en 2018²⁵.

Cette difficulté d'attractivité médicale incite aux coopérations, qui deviennent nécessaires afin d'assurer une couverture médicale du territoire. Ainsi, de nombreuses coopérations se sont déjà mises en place, au sein du GHT, mais aussi avec établissements privés, et influent sur les projets du CHM qui tendent à s'orienter vers le territoire.

B) La mise en place d'un modèle intégré de direction commune au sein du GHT 72

A la différence d'autres territoires, la construction du GHT 72 a été difficile à mettre en place, se heurtant notamment aux réticences de certains établissements. L'établissement public de santé mentale de la Sarthe n'a par exemple rejoint le groupement qu'en 2019.

Toutefois, l'état d'avancement du GHT 72 a fini par progresser grâce à la volonté des établissements, sensibilisés par la situation difficile des urgences en Sarthe. Les acteurs ont ainsi accepté de se réunir pour répondre à la nécessité d'une coopération pour maintenir accès aux soins de la population.

Par ailleurs, le Centre Hospitalier du Mans a progressivement mis en place une direction commune avec les Centres Hospitaliers de Saint-Calais, de Château-du-Loir et du Lude. Celle-ci a nécessité une adhésion des élus locaux, souvent attachés à l'autonomie de l'établissement rattaché à leur commune. Sur cette forme de coopération, le facteur des personnalités a également été primordial pour convaincre les acteurs de s'associer.

La direction commune du Centre Hospitalier du Mans a ensuite pris un tournant intégratif avec le schéma de direction commune validé en janvier 2020. L'objectif est d'organiser les différentes directions communes du CHM sous le prisme de la direction commune, avec une centralisation des directions fonctionnelles et des liens hiérarchiques directs entre les équipes du Mans et celles des sites rattachés. Cela permet d'engager une harmonisation des pratiques, l'identification de référents pour *in fine* intégrer complètement et aussi sensibiliser les directeurs du site du Mans aux problématiques des autres établissements.

²⁵ DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., décembre 2019, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Inspection Générale des Affaires Sociales

Les principes du modèle adopté au CH du Mans sont les suivants. Une fonction socle d'appui et de contrôle est assurée en continu par chaque direction fonctionnelle, en appui des directeurs de site. Le directeur de site est systématiquement informé pour l'ensemble des fonctions par les directions fonctionnelles, qui assurent en outre la veille réglementaire.

Cette organisation se décline en trois niveaux de pilotages :

- Un pilotage de proximité pour les ressources humaines, la direction des soins, et le contrôle de gestion. Le directeur de site a alors un lien hiérarchique sur les équipes de ces trois fonctions.
- Un pilotage mutualisé pour les fonctions achats, système d'information, formation, et qualité gestion des risques. Le directeur fonctionnel a le lien hiérarchique avec les équipes, et le directeur de site a une fonction de relais sur le terrain.
- Un pilotage centralisé pour les autres fonctions (DAM, DAF, etc.), avec la même répartition des rôles que pour le pilotage mutualisé.

Dans ce modèle, il est prévu une structuration du comité de direction (CODIR) incluant le prisme du territoire, avec des CODIR élargis biannuels, des séances thématiques territoriales ponctuelles, ou encore des reportings entre directeur du CHM et directeur de site associant les adjoints de site. Par ailleurs, au sein des sites, sont prévus des reportings formalisés entre directeurs de site ou adjoints et responsables des fonctions centralisées. Une présence régulière sur site des directeurs fonctionnels est également prévue afin de favoriser le lien entre les professionnels.

Ce modèle renforce l'intégration entre certains établissements du GHT, en se basant sur les coopérations déjà mutualisées dans le cadre de ce groupement, et en cherchant à approfondir la collaboration sur d'autres fonctions. L'intérêt d'un chef d'établissement unique est de faciliter le pilotage sanitaire sur une partie du territoire, faisant des directions communes un levier opérationnel important.

C) Le choix de la coopération plutôt que de la compétition public-privé

a) *Le Centre de Cancérologie de la Sarthe*

Afin de répondre aux besoins de la population en matière d'accès à une prise en charge en cancérologie, le CHM, le centre Jean-Bernard et la clinique Victor Hugo du groupe Elsan se sont réunis autour d'un projet de centre commun.

La coopération sur le Centre de Cancérologie de la Sarthe s'est tout d'abord matérialisée par la rédaction d'un projet médical des trois acteurs impliqués dans le projet. Le projet médical a ensuite été envoyé à l'ARS, puis un travail juridique a suivi sur la formalisation de la coopération.

Cette forme de coopération entre public et privé entraîne une complexité particulière liée au fait que la règle de droit public finit par s'imposer. Les procédures publiques peuvent entraîner davantage de contraintes par exemple liées aux procédures de financement public, et ralentir la mise en œuvre du projet, avec le risque sur le maintien de l'engagement des établissements du secteur privé. Dès lors, afin de faciliter l'adhésion des cliniques, les partenaires ont cherché à créer un montage permettant la rapidité de l'opération. Il a donc été décidé de séparer le projet en plusieurs opérations, notamment de créer deux GCS, pour les deux phases du projet.

La méthode de conduite de ce projet se veut collective, avec la mise en place d'un comité de pilotage, composé de représentants administratifs et médicaux des différents établissements intégrés dans le projet. Ces échanges constants entre les responsables ont été essentiels pour consolider un lien de confiance. L'une des difficultés a pu être le lien avec le groupe Elsan, qui n'était pas aussi impliqué en proximité que la clinique Jean-Bernard. En effet, l'un des leviers majeurs des coopérations est la capacité à communiquer avec les décideurs, permettant des échanges efficaces et des décisions rapides.

Le centre de cancérologie de la Sarthe (CCS) est une forme de coopération inédite entre public et privé en ce qu'il associe différents types de professionnels. Le CCS doit notamment sa réussite au facteur humain. Le contexte sanitaire de la Sarthe a fortement contribué à inciter les acteurs à travailler ensemble et à la volonté des responsables des établissements de s'impliquer a permis de concrétiser cette collaboration. Le facteur humain peut constituer une fondation fragile et éphémère, particulièrement au vu des différences de fonctionnement qui persistent entre privé et public. En termes d'organisation, le directeur de clinique n'a par exemple pas les mêmes pouvoirs qu'un directeur de centre hospitalier public à l'égard des médecins. Les logiques de financement et les différences de rémunération peuvent également constituer des obstacles aux coopérations entre public et privé.

Cette question du financement sera l'une des difficultés à venir dans le cadre du CCS. Par exemple, quand un GCS est composé d'établissements de santé publics et privés, il

possède un droit d'option sur ce qui relève de la rémunération des médecins. Il est alors possible de choisir entre :

- L'application des tarifs des établissements publics = rémunération des médecins libéraux versée par le GCS, le tarif de l'acte versé étant réduit d'une redevance représentative des moyens mis à la disposition du médecin par le GCS.
- L'application des tarifs des établissements privés = rémunération versée sous forme d'honoraires, versés directement par l'assurance maladie au médecin s'il est libéral et au GCS s'il est salarié.

Le sujet de la rémunération pourra être déterminant pour l'implication des professionnels dans ce projet, elle-même essentielle pour la bonne conduite de cette coopération. En effet, si les représentants des établissements s'accordent sur une coopération, il faut aussi susciter l'adhésion en interne et faire vivre une collaboration entre professionnels dont les statuts diffèrent, notamment sur l'organisation du travail et sur leur rémunération.

Ainsi, dans le cas du CCS, malgré des leviers d'actions divergents, la collaboration entre privé et public a fonctionné grâce à la volonté des personnes et dans le souci de maintenir l'offre de soins. Selon un acteur privé interrogé, ces mutualisations ne sont en effet pas seulement l'objet de gain de performance, mais renforcent aussi la qualité et la sécurité des soins.

Les coopérations en Sarthe entre acteurs publics et privés se sont également développées dans le secteur de l'imagerie avec un GIE entre le CHM et les médecins de Maine Image Santé, ainsi qu'au Centre Hospitalier de Saint-Calais. Un projet de plateau d'imagerie mutualisé est également à l'étude.

D) Un management territorialisé

- a) *Territorialisation de la gouvernance : postes de directeurs orientés vers le territoire*

L'organigramme de nombreux établissements de santé a pris une coloration territoriale. Au sein de l'équipe de direction du CHM, cette évolution s'illustre par diverses orientations vers le territoire²⁶ :

- Il peut s'agir de postes dont la quotité principale est dédiée à un autre établissement du territoire, dans le cadre de la direction commune : directeurs de site.

²⁶ Cf organigramme en annexe.

- Création de postes spécifiques aux coopérations : secrétaire général du GHT, directeur des coopérations logistiques et médico-techniques.
- Il y a également des postes fortement ancrés dans le territoire du fait de leurs fonctions, mutualisées ou sujets de coopérations : direction des achats, direction de la qualité, direction des affaires médicales, etc.

De façon générale, les directeurs sont de plus en plus amenés à travailler en partenariat avec les autres établissements du territoire, de façon encore plus poussée dans le cadre de la direction commune.

La mise en place des GHT a souvent occasionné la création d'un poste de pilotage transversal tel que directeur des coopérations, chargé du GHT, ou encore secrétaire général. Ce pilotage axé sur les coopérations permet d'animer les instances, porter les projets, inciter à renforcer le travail en commun des acteurs et est considéré comme l'un des facteurs de succès du GHT²⁷.

Le secrétaire du GHT 49 estime qu'il existe trois orientations de ce poste de pilotage transversal :

- Un secrétaire de GHT sous l'angle de l'animation administrative du groupement ;
- Une direction de la stratégie médicale du GHT, reliée aux directions des affaires médicales ;
- Un directeur de la coopération également chargé des parcours, et parfois des liens avec la médecine de ville.

Cet interlocuteur estime par ailleurs que l'arrivée d'un secrétaire du GHT a permis de renforcer la structuration de la gouvernance, grâce à son rôle de médiateur, financé à mi-temps sur le budget G, interlocuteur des sujets GHT pour le CODIR.

b) Territorialisation des projets en Sarthe

Dans de nombreux GHT, des politiques volontaristes ont été mises en place face aux enjeux de démographie médicale, avec des réflexions sur la constitution d'équipes territoriales ou sur la mutualisation d'activités. Ces travaux s'organisent à travers des réunions de pilotage et la constitution de groupes de travail qui permettent de fédérer les acteurs et de « créer la confiance ».²⁸

En Sarthe, des réflexions sur les filières sont en cours, et notamment sur l'organisation territoriale des urgences face aux crises successives des services d'urgence du

²⁷ MARTIN P., FARCY N., CHAUSSIN L. et al., octobre 2019, « GHT et évolutions organisationnelles », *Gestions hospitalières*, n° 589, pp.477-479

²⁸ Ibid.

département. L'ARS a demandé aux acteurs locaux d'effectuer des propositions plutôt qu'imposer une organisation. Différents groupes de travail ont été constitués, sur le centre 15, le SMUR de proximité, les services d'urgence, et sur les établissements qui seraient privés de service d'urgence. Ces groupes doivent proposer une organisation détaillée, les moyens humains nécessaires, les besoins en équipements, les procédures...

Par ailleurs, deux projets de GCS sont actuellement en cours, sur la biologie médicale, ainsi que sur des pharmacies à usage intérieur. Concernant par exemple la biologie médicale, il s'agit de réfléchir à la mutualisation d'actes onéreux et d'organiser un travail partagé des biologistes, avec éventuellement la constitution d'une équipe territoriale.

1.2 Le décroisement de l'hôpital dans le contexte de la crise Covid

Dans le contexte d'urgence de la crise, il a été nécessaire de mettre en place de nouvelles coopérations sous le pilotage de l'établissement support de GHT, avec le soutien des autorités de régulation. Le début de la crise Covid a été nationalement perçu comme un catalyseur des coopérations, permettant également d'élargir le périmètre de collaboration des acteurs en santé, et ainsi de décroiser davantage l'hôpital public.

1.2.1 La définition d'une organisation territoriale de réponse à la pandémie Covid sous le pilotage du CHM

A) Le CHM positionné comme pilote, en lien avec la DT-ARS

La gestion de crise a bousculé le circuit de fonctionnement entre ARS et établissements de santé. Avant la crise, la délégation territoriale de l'ARS était l'interlocuteur de proximité, et le niveau régional assurait la transversalité. La crise a fait évoluer le circuit décisionnel de l'ARS vers un prisme centralisateur. Le siège régional a donc repris le pilotage de l'ensemble des GHT, réunissant régulièrement les 5 groupements des Pays de la Loire pour décider de l'application des recommandations nationales.

Dans ce cadre, l'ARS a demandé le 16 mars 2020 au CHM de conduire le pilotage territorial de la crise, et n'a pas immédiatement donné de consignes sur le rôle des délégations territoriales (DT), ce qui a pu créer un décalage en début de crise. Le GHT 72 a toutefois pris l'initiative de faire des audioconférences associant les cliniques, les ESPIC, et a proposé à la DT-ARS d'y participer, lui permettant d'avoir accès aux informations issues du terrain.

Par la suite, le rôle de la DT s'est progressivement réaffirmé. La DT a par exemple eu pour consigne du siège régional de l'ARS de reprendre le suivi capacitaire entamé par le

CHM. La DT a également organisé des échanges avec les établissements médico-sociaux, et suivi l'évolution de l'épidémie dans ces structures. Toutefois, le CHM est resté très présent car l'établissement avait l'expérience des premiers cas, et s'était vu déléguer des missions essentielles à la gestion de crise, tel que l'approvisionnement en équipements de protection individuelle (EPI) des structures sanitaires.

Le délai de réaction des ARS a pu faire l'objet de critique et n'est pas un fait propre à la Sarthe. Les ARS ont par ailleurs été critiquées pour le manque de transparence des critères de décision, par exemple sur la clé de répartition des masques. Le niveau de pertinence de l'action publique a aussi fait débat, s'agissant notamment de la réquisition des commandes de masques par Etat, qui a pu ralentir le processus d'approvisionnement²⁹. Ainsi, la crise n'a pas remis en cause la légitimité des différents niveaux mais a interrogé sur leur articulation. Une vision globale était nécessaire, notamment pour la réalisation des transferts de patients d'une région à l'autre. Cependant, dans l'urgence de la situation, les établissements ont parfois dû agir de leur propre initiative, et les procédures requises par les autorités de régulation ont semblé contraignantes pour la rapidité et la fluidité de leurs actions.

B) Coopérer pour assurer un service de santé minimum intégrant la prise en charge des patients Covid

Afin d'être en mesure d'accueillir des patients COVID, il a été nécessaire d'identifier un capacitaire dédié, en réanimation, en médecine, en gériatrie, ainsi qu'au service d'accueil des urgences. Une couverture médicale et paramédicale a dû être organisée sur ces lits, ce qui mécaniquement impliquait de diminuer d'autres activités qui ne pouvaient plus être assurées faute de personnel. L'ARS a donc demandé aux établissements de la région de déprogrammer leur activité de chirurgie.

Dans ce contexte, le CHM a contribué à la construction de filières Covid associant les différents niveaux d'établissements de la Sarthe : soins de suite et de réadaptation (SSR), établissements de 3^{ème} et de 4^{ème} ligne. Cette organisation a permis d'assurer davantage de fluidité entre les établissements du territoire, auxquels avaient été communiqués des arbres décisionnels permettant d'évaluer et d'orienter le patient dans son parcours.

La gestion de l'aval des patients Covid a été permise grâce à une forte implication des structures de SSR, avec lesquelles était réalisé un suivi hebdomadaire. Par ailleurs, le CHM réalisait un suivi capacitaire territorial et en tant qu'établissement support il a aussi été chargé de piloter les plans de reprise de l'activité. Un guide de connexion et un guide

²⁹ DUMEZ H., MINVIELLE E., juin 2020, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, CNRS, 87p.

de remplissage ont été créés à cet effet, afin de faciliter l'association des établissements. Enfin, une procédure d'admission en hospitalisation à domicile (HAD) des patients Covid a été mise en place, avec notamment la création d'une cellule d'ordonnancement des HAD de la Sarthe. Toutes les sorties COVID relevant de l'HAD étaient gérées par la structure d'HAD, qui vérifiait que les ressources étaient bien disponibles pour ce patient et mobilisait des infirmiers libéraux en renfort. Ainsi des coopérations entre l'hôpital et l'aval se sont mises en place très rapidement, facilitant la gestion des flux et *in fine*, la sécurité de la prise en charge des patients par une meilleure rotation des lits.

Enfin, en parallèle, avec la mise en place des mesures barrières et l'instauration du confinement, les activités maintenues ont dû être circonscrites à l'urgence ou à leur caractère vital pour le patient. L'activité de chirurgie urgente a été réalisée grâce au partenariat avec les cliniques du Mans, au sein desquelles les chirurgiens du CHM ont pu aller opérer. Un comité de suivi avec les cliniques a été mis en place dans cet optique.

C) La gestion de nouveaux besoins à l'échelle territoriale

a) *La mise en place des centres de dépistage CovAmbu*

Le CHM a initié la mise en place de centres de dépistage rassemblés sous le nom de « CovAmbu ». Au départ, il s'agissait de points de dépistage, avec une centrale de rendez-vous, servant également au suivi des patients. Le CHM avait mobilisé Santé au Travail, des médecins libéraux, ainsi que des médecins relevant de l'UC-IRSA. C'est un exemple de coopération inédit associant l'hôpital, l'Assurance maladie, Santé au travail ainsi que l'ARS en soutien.

Le dispositif a relativement bien fonctionné au début car les médecins libéraux et ceux de Santé au Travail connaissaient une baisse d'activité et étaient par conséquent plus disponibles. Par ailleurs, le volume de dépistage restait relativement faible. Au moment du déconfinement, les équipes de santé au travail ont été mobilisées par la reprise de l'activité des entreprises, et les médecins libéraux par la reprise de leur propre activité. Le Covambu a donc été restreint à un centre de dépistage situé au CHM et une cellule territoriale de suivi Covid pour patients sans médecin traitant.

L'organisation du dépistage Covid en Sarthe a donc été reprise partiellement par l'ARS et la réalisation de la majeure partie des prélèvements de dépistage a été transférée à des laboratoires privés, en lien avec la massification de l'activité de dépistage face à la réapparition de clusters et la reprise progressive de l'épidémie.

Le redimensionnement à la baisse de ce dispositif n'est pas nécessairement un échec et montre plutôt le caractère éphémère de certaines solutions de crise, liées à un besoin ponctuel. Toutefois il serait intéressant de capitaliser sur ce qui a permis cette coopération, et sur les facteurs qui auraient facilité davantage voire pérennisé son fonctionnement.

b) Le CHM plateforme de gestion des équipements de protection individuelle (EPI)

Dans un contexte de rupture de stocks, l'ARS a demandé aux établissements supports de GHT de se constituer en plateformes territoriales logistiques de gestion et de distribution des EPI pour le bénéfice des autres établissements du territoire.

Le CHM a mis en place une cellule logistique, reliée au magasin général pour la gestion du stock interne et à la pharmacie pour la gestion du stock à destination du territoire. Afin d'assurer ce rôle de plateforme, la cellule a contribué à l'organisation d'approvisionnements hebdomadaires auprès des différentes structures sanitaires du territoire, elles-mêmes chargées d'approvisionner les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) de leur secteur. Des points réguliers ont été effectués avec l'ARS, à qui le CHM devait transmettre régulièrement des données sur le stock interne, celui dédié au territoire, et les besoins des établissements sarthois.

Ce mode de distribution des masques a suscité quelques réserves. En effet le fait que l'Etat s'appuie sur les groupements hospitaliers de territoires pour l'organisation de l'approvisionnement des établissements de santé en masques a été chronophage pour les établissements supports et est venu s'ajouter aux nombreux impératifs de gestion de crise³⁰. Les GHT dont l'établissement support est de taille importante donc avec des ressources administratives plus développées ont certainement été avantagés.

Par exemple, la secrétaire générale du GHT 72, directrice adjointe du CHM, a eu un rôle pivot sur ce volet de la gestion de crise. Elle a en effet assuré la transmission de procédures logistiques, de données sur l'état des stocks, de plannings de livraisons, et la remontée de problématiques et de besoins des établissements sarthois. Cela a nécessité et donc permis le renforcement de liens avec les établissements de santé et les ESMS du territoire. La mise en œuvre de ces interactions a d'abord été source de difficultés car il a fallu créer des liens qui n'existaient pas avec les ESMS, mais elle constitue désormais une opportunité pour renforcer le maillage de l'offre de santé en Sarthe.

³⁰ https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/04/10/coronavirus-pourquoi-les-etablissements-de-soins-privés-sont-restés-en-deuxième-ligne_6036270_4355770.html

1.2.2 Les coopérations durant la crise Covid : renforcement pérenne ou éphémère des liens entre acteurs de santé sur le territoire ?

A) Le pilotage de la crise par le CHM, source de renforcement du lien avec le territoire

Durant la crise Covid, le GHT a été un outil utile, avec une échelle adaptée à la gestion de crise. Les relations avec les établissements de santé parties se sont trouvées renouvelées avec des échanges réguliers et élargis au secteur privé. Ainsi, en Sarthe, des audioconférences avaient lieu entre tous les directeurs des établissements de santé du territoire de la Sarthe, publics et privés, avec la présence du directeur médical de crise et de l'infectiologue comme expert épidémiologique. La direction des affaires financières a par ailleurs créé un outil de recensement du capacitaire du GHT avec pour objectif d'identifier les lits COVID, dans une logique de filières.

Le CHM est également venu en soutien des petits établissements en assurant le pilotage pendant la crise. Au cours des entretiens, un des acteurs a estimé « qu'en tant qu'établissement support, le CHM a beaucoup apporté pendant les audioconférences, avec la production et la transmission de documents partagés, la coordination des lits, ainsi que des procédures communes. »

Concernant plus particulièrement les ESMS, peu de structures ont mis en place un secteur d'accueil COVID. Certains établissements où l'encadrement était insuffisant ont connu des difficultés face à l'apparition de clusters. Ils ont alors eu besoin du soutien des établissements de santé pour la gestion des cas Covid.

Le CHM a donc apporté son appui aux ESMS sur différentes thématiques. Les équipes mobiles d'hygiène ont par exemple pu se rendre dans les établissements et partager leur expertise. Le CHM en outre aidé à la mobilisation de ressources médicales ou paramédicales et a organisé un circuit de distribution des EPI. Les spécialistes du CHM ont aussi apporté une aide précieuse à travers la création de lignes d'astreinte à destination des ESMS. En retour, le lien avec ces établissements est primordial pour les hôpitaux car ils constituent des lits d'aval pour les patients et concourent à l'amélioration de la gestion des flux.

L'intérêt des dispositifs mis en place est d'améliorer la visibilité entre les structures, avec l'identification de référents qu'il est possible de joindre facilement, tant pour un soutien administratif qu'une expertise médicale, et pour les établissements sanitaires, une meilleure gestion des sorties. Ensuite, dès lors que des liens ont été créés, les personnes

se connaissent et cela peut faire espérer que les coopérations perdurent. Une cartographie des ESMS est donc en cours d'élaboration afin de pérenniser ce partenariat.

De son côté l'ARS a instauré une cellule médico-sociale, avec le remplissage d'un tableau par EHPAD pour l'admission des patients, transmis au niveau régional.

Dans d'autres territoires, la coopération a été encore plus loin avec des équipes mobiles qui se sont décrochées vers les ESMS. Ce fut par exemple le cas en Mayenne, où des équipes mobiles de gériatrie constituées d'infirmiers et de médecins ont été constituées, avec le projet de pérenniser ces équipes.

En Maine-et-Loire ont été constituées des équipes mobiles de gériatrie, de handicap et de précarité. Une unité Covid en psychiatrie a également été ouverte. Concernant les EHPAD, il y avait peu de liens avec eux avant la crise du fait d'une certaine méfiance à l'égard du GHT. Toutefois, la structuration associative des hôpitaux de proximité et des EHPAD du département au sein de l'ACEP 49 est très intéressante et a permis de faciliter les liens avec ces établissements. Les équipes mobiles ont connu un certain succès, ce qui a permis de donner davantage de légitimité à l'action du centre hospitalier et d'acquiescer la confiance des ESMS. En effet, cela a montré que le GHT est un appui concret et pas seulement une lourdeur administrative supplémentaire.

B) La mobilisation du secteur privé nécessaire au maintien de l'offre de soins, mais peu pérenne

a) *Le partenariat du CHM avec les cliniques du Mans*

Les cliniques ont ouvert des vacations opératoires pour les chirurgiens du CHM et seules des salles d'urgence ont été maintenues au CHM. Ainsi, pour la prise en charge des semi-urgences, les patients étaient convoqués à la clinique pour y être opérés et hospitalisés. Le chirurgien du CHM devait donc se déplacer, et parfois apporter du matériel. Les IADE et IBODE étaient en revanche ceux du privé donc en plus du prêt de locaux, prêt de personnel. Un parcours complet a été mis en place en fonction du degré d'urgence et du type d'intervention avec les deux cliniques impliquées.

Le CHM a été à l'initiative de cette coopération, en lien avec l'augmentation des lits de réanimation. La programmation a été répartie entre les cliniques, associée à la répartition des urgences régulées par le SAMU et adressées par les établissements aux cliniques.

Le CHM n'a continué à prendre que les urgences admises au service d'accueil des urgences de l'hôpital.

Cette coopération de crise a dû faire face à différents obstacles. Faute de convergence des tarifs, le modèle économique diffère entre les cliniques qui facturent le Groupe Homogène de Séjour (GHS) privé et le CHM qui facture le GHS public à la CPAM. Un des écueils de la coopération public-privé reste ainsi une guerre des intérêts dans un système non organisé, notamment sur plan financier, ce qui n'est pas forcément dans l'intérêt du patient. Dans le cas du partenariat avec les cliniques, il a fallu s'accorder sur les modalités de dédommagement de la clinique pour l'utilisation de ses locaux et de son personnel par le public. Chaque secteur a reçu une dotation de la CPAM calculée sur la base de l'activité réalisée en 2019, mais au moment de la rédaction de ce mémoire, la discussion est toujours en cours sur ce que les cliniques veulent facturer au CHM.

Par ailleurs, il était difficile d'accéder au dossier patient, et d'intégrer le patient du CHM dans le système d'information du privé, ou encore d'assurer le transfert dossier papier en temps voulu comme cela est habituellement fait en interne. La solution a été de faire une double admission, mais cela montre les limites d'une coopération sans travail de convergence des systèmes d'information.

Enfin certains problèmes logistiques ont entravé la fluidité de cette coopération, avec des difficultés concernant la stérilisation du matériel transféré ou sur l'organisation des analyses d'anatomopathologie. En outre, les pratiques opératoires restent différentes entre privé et public avec des protocoles plus optimisés dans le privé, ce qui peut constituer un enjeu supplémentaire pour les chirurgiens du public opérant avec l'aide d'équipes soignantes habituées aux méthodes du secteur privé.

Selon l'un des acteurs interrogés, « plutôt qu'une coopération, il s'agit d'un prêt de plateau technique, pour lequel il n'y a donc pas véritablement de perspectives ». C'est un exemple d'une des réalisations de la gestion de crise, qui permet toutefois de mettre en lumière les différences entre public-privé, et éventuellement d'anticiper les futurs enjeux d'une collaboration réussie.

Dans d'autres départements, des conventions de mise à disposition du personnel et de matériel ont été signées entre les secteurs public et privé, avec les obstacles de règles d'organisation du travail et de statuts différents. Par ailleurs, comme cela a été fait en Sarthe, des visioconférences ont eu lieu régulièrement pour faciliter le partage d'informations.

b) Les difficultés à coopérer avec la médecine libérale

L'une des difficultés de la Sarthe durant la crise a été celle de l'absence de coordination des professionnels libéraux. La structuration du monde libéral est en effet nécessaire pour l'intégrer pleinement aux logiques de coopération.

Le lien entre la ville et le CHM s'est fait sur le mode de relations interpersonnelles car l'hôpital n'a pas d'interlocuteur identifié parmi les libéraux. Le conseil de l'ordre par exemple n'est compétent que sur l'aspect déontologique, mais est utilisé malgré tout pour faire passer des messages par l'hôpital et l'ARS. En Sarthe, les CPTS sont encore en cours de formation, et si cela peut permettre un meilleur contact, tous les professionnels ne seront pas contraints à s'y regrouper. De même les associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS) sont un moyen de contacter les médecins libéraux mais seulement ceux participant à la permanence des soins. La structuration est encore insuffisante et pour la faciliter, elle pourrait s'opérer à une échelle plus restreinte, au niveau des maisons ou centres de santé. L'ARS appuie des actions à cet effet pour que les médecins se regroupent en services coordonnés, ce qui permettrait qu'ils soient plus faciles à joindre.

En Maine-et-Loire, la coopération de l'hôpital avec la ville a été plus intense avec la structuration de centres « Coville 49 », au nombre de 28 au plus fort de la crise, associant maisons de santé pluridisciplinaires, hôpitaux de proximité, avec l'utilisation des locaux des professionnels libéraux sur la base des secteurs de l'ADOPS.

Les centres Coville 49 ont été créés grâce à l'implication de différents médecins, hospitaliers et libéraux, communiquant via des groupes WhatsApp, et allant à la rencontre de médecins libéraux du territoire. Le CHU a par ailleurs contribué à équiper tous les centres en EPI, comme l'a fait le CHM pour les centres CovAmbu. C'est donc la volonté de créer des liens et de faire de la pédagogie sur la nécessité de coopérer qui a contribué à la réussite de ce dispositif. Les centres Coville sont ainsi un autre exemple d'alliance de l'expertise logistique et médicale du CHU, en partenariat avec les hôpitaux de proximité et les médecins libéraux. Sur ces centres et la coopération engagée, l'acteur rencontré estime que « 20 ans de travail ont été gagnés », même si des clivages au sein de la médecine de ville ont ralenti le processus et que l'ARS n'a pas repris le dispositif. Toutefois, le CHU a l'intention de capitaliser sur la construction de ces liens.

2 Accompagner le renforcement de l'offre de soins sur le territoire à travers la coopération entre acteurs de santé

2.1 Convaincre de la nécessité de coopérer

Durant la crise COVID, les coopérations sont apparues comme évidentes et se sont mises en place selon deux logiques. D'une part les acteurs ont obéi à la demande des pouvoirs publics qui a imposé une collaboration des acteurs, et d'autre part les acteurs se sont eux-mêmes saisi de cette nécessité de coopérer et ont choisi de travailler ensemble. Il est donc intéressant d'analyser, au-delà de la crise COVID, que la coopération soit perçue comme nécessaire quand elle est imposée par le contexte ou la réglementation (2.1.1) mais que certains leviers permettent d'en faire un choix pérenne (2.1.2).

2.1.1 La contrainte comme levier des coopérations ?

A) La pénurie des ressources humaines

Le contexte de faible démographie médicale, et parfois paramédicale, souligne la nécessité des coopérations afin d'assurer la réponse aux besoins en santé dans des territoires peu attractifs. Différents instruments existent, à des niveaux d'implication variable des acteurs, tels que la mise en place de consultations avancées, la création de postes partagés, ou encore la constitution d'une équipe médicale de territoire.

Il y a un intérêt fort à coopérer dans les territoires subissant une pénurie en ressources humaines. C'est tout d'abord un facteur d'attractivité pour les personnels de santé. Par exemple, les postes dits partagés se développent largement entre des centres hospitaliers attractifs par leur taille importante et des hôpitaux désavantagés par une diversité d'activité moindre et parfois un isolement géographique. Ces postes permettent d'attirer des candidats grâce à l'étiquette de l'établissement le plus attractif, ce dont bénéficie l'autre établissement dans lequel une quotité de temps est également prévue. Ces postes sont d'ailleurs encouragés par le plan Ma Santé 2022 qui prévoit le financement de 400 postes d'assistants partagés.

L'exercice territorial peut également être un facteur d'attractivité par l'intérêt du poste en lui-même. En effet, cela offre une diversité d'exercice et permet en outre aux praticiens d'alimenter leur file active. C'est par exemple le cas avec les consultations avancées assurées par les médecins spécialistes d'un établissement support de GHT dans les établissements parties de plus petit périmètre.

Enfin, la pénurie en ressources humaines est source d'efficience car elle impose des arbitrages aux établissements de santé contraints à s'unir pour maintenir une couverture sanitaire minimale du territoire. Il est en effet parfois nécessaire d'orienter prioritairement les ressources sur les sites caractérisés par une forte affluence, et éventuellement supprimer des activités. La contrainte des ressources humaines est ainsi un facteur important de réorganisation hospitalière.

B) L'injonction juridique à coopérer

Face à l'échec de certains dispositifs facultatifs, les pouvoirs publics ont parfois imposé un caractère obligatoire à des dispositifs de coopération. C'est le cas du GHT en faisant suite aux CHT dont la mise en œuvre était restée partiellement réalisée. L'injonction à se regrouper au sein des GHT a été en apparence source de succès car tous les établissements ont dû adhérer à des conventions qu'il leur était imposé de signer, installer les instances réglementaires et produire les documents requis par la loi.

Toutefois, comme cela a été abordé, la mise en place des GHT reste très hétérogène, avec des niveaux d'intégration variables, dépendant de la volonté des acteurs. De même les directions communes ont parfois pu être imposées par les ARS et constituent ainsi une contrainte supplémentaire aux établissements de s'ouvrir au territoire, mais dont l'application risque de se limiter à la signature d'une convention et une chefferie commune, sans velléités d'intégration plus poussées.

La contrainte juridique, notamment dans le cas des GHT, possède dès lors l'intérêt de forcer les établissements d'un territoire à se réunir, à entamer des projets communs, et ainsi initier des liens. Toutefois l'enjeu principal réside dans la volonté des acteurs de s'investir et de faire vivre la coopération.

En effet, sur le sujet de la démographie médicale, le réglementaire ne peut se faire que sur la formation des jeunes médecins, mais leur liberté d'installation demeure. Les ARS ont un rôle de plaidoyer, d'impulsion, d'encouragement, mais ne peuvent réquisitionner de force. Une solution pérenne est que les acteurs prennent conscience des vertus de la coopération, notamment par l'observation d'exemples concrets de réussite.

Il est possible de coopérer par contrainte, mais l'intérêt est qu'un travail en commun se transforme en véritable volonté, pour être maintenu dans la durée et permettre un approfondissement des projets de coopération.

2.1.2 Initier la coopération afin de pérenniser un réseau territorial des acteurs en santé

A) Le pilotage des coopérations : « définir sa gouvernance »³¹

La gouvernance est un autre facteur de réussite de tout projet de coopération. Le cas du comité de pilotage du Centre de Cancérologie de la Sarthe l'illustre, tout comme les cellules de crise, ou encore les audioconférences territoriales durant la crise. La crise a permis de clarifier le pilotage, ce qui a fluidifié les coopérations, avec dans certains établissements un représentant par secteur ou par groupe. Par exemple, dans le Maine-et-Loire, il a été décidé que chaque centre Coville soit piloté par un médecin référent.

Sur le choix du pilote, il est nécessaire d'assurer légitimité et crédibilité pour que les acteurs aient intérêt à la coopération. Le choix de professionnels de terrain est à ce titre très pertinent pour favoriser l'adhésion à un projet de coopération car il apporte davantage de crédibilité. Par exemple en Sarthe, un binôme médecin et directeur des soins a été constitué pour porter le projet d'ordonnancement territorial, bénéficiant ainsi de la légitimité de l'expertise du médecin et de la méthode apportée par le directeur.

Il est donc nécessaire d'identifier, de faire des choix d'organisation et de représentation sur un territoire. Il faut trouver des leaders, et créer des discussions, dépassant les institutions. Tous les partenaires doivent pouvoir échanger, sous l'impulsion d'un pilote qui anime, avec une réactivité suffisante sur la production de compte-rendu, ou le partage d'information.

Durant la crise, l'articulation des coopérations s'est notamment faite par l'action de l'établissement support qui semble légitime pour cette vocation de pilotage public. Les managers de proximité hospitaliers ont ainsi été « animateurs de santé et de territoire »³², favorisant la coordination entre équipes, par exemple grâce à des cellules territoriales. Toutefois pour embrasser un champ plus large d'acteurs, cela implique d'engager des actions de coopération auxquelles peut prendre part l'établissement support mais qu'il ne pilote pas nécessairement.

Le rôle d'une autorité non productrice de soins telle que l'ARS peut dès lors être pertinent pour piloter des coopérations à l'échelle d'un territoire. L'ARS apporte aujourd'hui un

³¹ Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), novembre 2018, *Coopérer ne va pas de soi ! Comment créer la confiance entre partenaires*

³² DUMEZ H., MINVIELLE E., juin 2020, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, CNRS, 87p.

soutien financier, non négligeable pour consolider certains projets, mais joue également le rôle de régulateur. Le rôle de l'agence fait toutefois débat quant à la lourdeur administrative des procédures, ou bien son décalage par rapport au terrain. Ce modèle actuel de centralisation avec l'intermédiaire des ARS a notamment été remis en cause durant la crise, certains acteurs de santé revendiquant leur nécessaire liberté d'initiative. Il serait donc bénéfique de conserver un pilotage impartial mais avec un rôle d'animation territoriale renforcé et une marge d'adaptation face aux spécificités locales qui impliquent davantage de liberté d'action.

B) Le facteur humain : accompagner et concerter autour de la coopération

Des différents exemples de coopération développés dans ce mémoire (CovAmbu, CCS), il ressort le rôle du facteur humain, essentiel à l'adhésion aux coopérations : « la coopération n'est pas un choix, mais dépend du bon vouloir des acteurs ».

Dans l'un des territoires qui ont fait l'objet d'une étude, les blocages autour des coopérations venaient des responsables administratifs, et les collaborations déjà existantes s'étaient mises en place grâce à un collège médical dynamique, duquel a été créé une cellule médicale de gestion de crise particulièrement active.

Les questions d'hommes et de femmes sont donc capitales. Il est indispensable que les acteurs se connaissent, notamment les acteurs opérationnels, et de favoriser la connaissance et la compréhension du territoire. Il faut donc forcer les rencontres, coordonner et assurer une bonne diffusion de l'information. Face à ce constat, le juridique semble secondaire selon un des acteurs rencontrés.

Les établissements doivent en effet pouvoir créer un réseau et savoir le mobiliser car en se connaissant, les acteurs acquièrent la faculté de pouvoir répondre aux besoins de leurs partenaires. La capacité d'ouverture d'un établissement de santé semble ainsi déterminante pour assurer l'accès aux soins, notamment dans un contexte de démographie médicale défavorable.

Afin de mobiliser ce levier du facteur humain, il faut donc réussir à convaincre les personnes, ce qui peut passer par la méthode de « l'adhésion par l'exemple ». Dans le cas de la direction commune du CHM, c'est l'approbation du CH de Saint-Calais qui a entraîné l'accord des deux autres établissements à s'associer à cette coopération. Ainsi, l'adhésion d'un partenaire encourage les autres acteurs à s'investir dans un projet car celui-ci semble lui être bénéfique. Une autre interprétation peut être la reproduction d'un modèle qui fonctionne. "Par exemple, le Centre de Cancérologie de la Sarthe est un

exemple de coopération relativement inédit qui illustre la possibilité de ce type de partenariat, et peut donc servir d'outil pour convaincre de futurs territoires.

Enfin, à la suite de la crise, un autre exemple est celui du CHM qui souhaite maintenir et développer les liens créés avec les ESMS du territoire. L'ampleur de ces coopérations dépendra des volontés personnelles. Ainsi, dans cette même logique de l'adhésion par l'exemple, si cela fonctionne pour certains, cela peut donner envie aux autres. Le CHM mène par conséquent un projet de cartographie des EHPAD de la Sarthe, afin de comprendre leurs besoins et les termes d'un futur partenariat avec ces établissements.

2.2 Mobiliser sur le sujet de la coopération et s'engager vers une stratégie territoriale de santé

2.2.1 Les instruments d'une coopération territoriale en santé

A) La nécessité d'un projet commun : le parcours comme projet central des coopérations

La crise a entraîné la mobilisation de tous les acteurs en santé sur un même sujet, et a ainsi montré leur capacité à s'unir et travailler ensemble pour un dénominateur commun. Afin de faire vivre les coopérations, il est donc nécessaire de porter et de faire vivre un projet. C'est ce qu'aurait pu constituer le projet médico-soignant partagé (PMSP) des GHT. Or, si le PMSP a dû faire l'objet d'une consultation et d'une association des équipes médicales, il reste un document imposé par la réglementation et qui pêche par sa véritable mise en œuvre.

Le parcours, objectif déjà ancien, pourrait être ce projet commun à tous les acteurs, correspondant à l'un des types de coopérations inter-hospitalières classées selon un critère finaliste par l'ANAP en 2011, la coopération filière³³. Il s'agit de rassembler les établissements autour de la constitution d'une filière de soins afin de garantir une prise en charge coordonnée des patients nécessitant des soins diversifiés.

En Sarthe, des réflexions sur l'établissement de filières ont été entamées, pour les urgences, la gériatrie et la médecine polyvalente. Pour les services d'accueil des urgences l'objectif est d'aboutir à une organisation commune, tandis que pour la gériatrie, il s'agit plutôt de logiques de prise en charge commune avec des filières infra-départementales. Pour la médecine polyvalente, le projet est de définir un parcours de

³³ Les deux autres types de coopérations inter-hospitalières étant la coopération-efficience (mutualisation de moyens) et la coopération-isolement.

prise en charge. Ainsi, selon les spécialités et les besoins de prise en charge qui leur sont propres, les niveaux d'intégration visés diffèrent.

Le CHM travaille par ailleurs sur une approche de la gestion des flux à l'échelle du territoire, en vue d'une cellule d'ordonnancement commune. L'aboutissement de ce dispositif intégré impliquera d'avoir renforcé la coopération sur des sujets tels que le système d'information hospitalier commun, avec la création d'un entrepôt des données de santé, donc des logiciels interfacés, ce qui n'est pas réalisable à court terme. Malgré tout, d'autres outils de rapprochement sont mis en place avec un état des lits réalisé à l'échelle du GHT, et une remontée quotidienne des données effectuée par chaque établissement. Un travail sur le thésaurus a également été lancé, ainsi qu'une protocolisation des modalités de transfert intégrant la cellule d'ordonnancement du CHM.

Au sein de la cellule d'ordonnancement du CHM a été créé en janvier 2020 une cellule de gestion des sorties, facteur indéniable d'appui à la territorialisation et qui a connu un certain succès grâce à l'accélération liée au Covid. Le travail de rapprochement avec les ESMS a en effet facilité les missions de cette cellule en clarifiant l'identification de lits d'aval. Ainsi la gestion des sorties durant la crise a permis d'accélérer la réflexion sur une coopération-filière, mais il s'agit plutôt d'une gestion des flux qui nécessite encore d'être médicalisée pour permettre la constitution de parcours.

La volonté de coopérer territorialement est donc l'occasion de travailler les parcours. A ce titre, le prochain sujet en Sarthe est celui des parcours par pathologie, avec un angle à la fois interne et territorial, ce qui donnerait du sens au PMSP et l'engagement vers une garantie d'accès aux soins aux patients. En effet, les parcours impliquent de se recentrer sur le cœur de métier, et de dépasser les intérêts individuels pour se diriger vers l'intérêt collectif et une logique centrée sur le patient.

Les parcours peuvent être un moteur de la coopération en ce qu'ils sont un outil de gestion de la qualité mais peuvent aussi contribuer à la maîtrise des dépenses. Si l'approche théorique du PMSP n'a pas fonctionné, le renforcement des interactions entre acteurs de la santé durant la gestion de crise est l'occasion de concrétiser des filières, c'est-à-dire des parcours avec une organisation médicale. Cela implique de dégager suffisamment de temps pour faire se rencontrer les acteurs, et de faire émerger des pilotes médicaux qui acceptent de s'investir dans ce projet.

En effet, les conventions ne suffisent pas pour donner vie aux partenariats en santé. Il faut créer un terrain favorable aux coopérations, en donnant un leadership médical aux

coopérations. Les collaborations se font facilement entre directeurs, mais il est nécessaire de les faire vivre par une mise en réseau les pilotes de discipline. Les directeurs peuvent toutefois concourir à faciliter ces rencontres, par leur connaissance du territoire et c'est cette animation qui permet de faire fonctionner les coopérations.

L'une des réalisations les plus intégrées de cette mise en réseau sont les équipes médicales de territoire, qui regroupent les professionnels de différents établissements pour afin d'améliorer le maillage territorial en santé.

B) La concrétisation d'un réseau territorial à travers les équipes médicales de territoire

Les exemples de la crise Covid ont montré l'intérêt du déploiement des équipes médicales de territoire, précieuses pour assurer le partage effectif des expertises médicales, notamment au bénéfice des ESMS. Les équipes territoriales constituent ainsi un exemple intégré d'une coopération animée par les professionnels de santé eux-mêmes, reliés par un projet commun.

Le GHT montre la nécessité d'un exercice territorial de la médecine³⁴, qui passe notamment par la mise en place d'équipes inter-établissements. D'après le guide de l'ANAP³⁵, les équipes médicales de territoire permettent d'identifier les expertises, et facilitent ainsi les synergies et les échanges. Elles permettent par ailleurs d'harmoniser les pratiques vers une amélioration de la qualité de la prise en charge. Cela ne concerne pas forcément tous les professionnels, mais « l'émergence de collectifs de territoire » semble être un préalable à la mise en œuvre d'un projet médical partagé³⁶ et pourra être facilité par le déploiement de la télémédecine.

Le GHT Alpes Dauphiné a par exemple créé une équipe territoriale des urgences, qui a permis de graduer les prises en charges et de favoriser la collaboration des urgentistes des différents établissements. Cette organisation reste toutefois difficile à maintenir dans un contexte d'absentéisme médical qui impacte même l'établissement support³⁷.

³⁴ BARBOT J.-M., ROSSIGNOL J., 2017, *GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, LEH Edition, 275 p.

³⁵ ARNAUD A., BLANCHET P., PTAKHINE E., 2017, *Equipes médicales de territoire. Fiches pratiques*, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 24p.

³⁶ HUBERT J., MARTINEAU F., mars 2016, *Mission Groupements hospitaliers de territoire - Rapport de fin de mission*, Ministère des Affaires sociales et de la santé

³⁷ MARTIN P., FARCY N., CHAUSSIN L. et al., octobre 2019, « GHT et évolutions organisationnelles », *Gestions hospitalières*, n° 589, pp.477-479

En effet, pour certains GHT qui ont cherché à mettre en place des équipes médicales de territoire, leur concrétisation dépend en grande partie des ressources médicales dont disposent les établissements supports de GHT³⁸, sans effet notable sur la baisse du recours à l'intérim. « La confiance se construit »³⁹ et la création d'une équipe médicale de territoire peut donc prendre du temps. Ce dispositif n'est d'ailleurs pas une fin en soi et un autre exemple de collaboration poussée en termes de ressources médicales est la généralisation des démarches de GRH médicale prévue par la loi⁴⁰. Cette nouvelle mesure devrait permettre de développer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) médicale, particulièrement nécessaire dans les territoires marqués par des difficultés d'attractivité médicale.

2.2.2 L'hôpital dans son territoire : pour une organisation de santé territorialisée

A) Simplifier et décloisonner le GHT

Les GHT avaient pour but d'accélérer les coopérations interhospitalières et la mutualisation des fonctions supports, afin d'organiser une gradation de l'offre de soins via une stratégie de groupe public⁴¹. Aujourd'hui, cet objectif n'est que partiellement atteint, et les GHT demeurent encore trop hétérogènes. Face au « renforcement de la contrainte financière, de la demande d'amélioration de l'accès aux soins ou encore de la coordination des parcours », il faut une stratégie de coopération et une trajectoire d'intégration⁴².

Le GHT reste une échelle pertinente pour une nouvelle dynamique d'efficience permettant une meilleure organisation des parcours de soin. En effet, certains enjeux outrepassent la capacité d'action d'un seul centre hospitalier, alors que le raisonnement au niveau en GHT fournit des leviers d'actions incomparables⁴³.

³⁸ DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., décembre 2019, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Inspection Générale des Affaires Sociales

³⁹ ARNAUD A., BLANCHET P., PTAKHINE E., 2017, *Equipes médicales de territoire. Fiches pratiques*, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 24p.

⁴⁰ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

⁴¹ FARHI F., mai 2019, « Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration », *Gestions hospitalières*, n° 586, pp.283-286

⁴² *Ibid.*

⁴³ NORDMANN J-P., décembre 2018, « La gouvernance des GHT en 2019 », *Gestions hospitalières*, n° 581, pp.625-631

Il semble donc nécessaire de conserver le GHT tout en l'adaptant. La gouvernance adoptée en 2016 a été critiquée comme trop contraignante, mais peut être assouplie et allégée avec les droits d'options créés par la loi du 24 juillet 2019⁴⁴.

Sur l'évolution de la forme des GHT, la mission IGAS⁴⁵ propose deux scénarii. D'une part, l'accent pourrait être mis sur les hôpitaux de proximité qui profitent des synergies du GHT, et qui sont aidés par labellisation. D'autre part, pour les GHT avancés, il pourrait être envisagé d'aller vers une personne morale unique et la création d'un établissement de santé public territorial. Cette option est longue et complexe mais aurait pour intérêt de dépasser le stade de la simple coopération pour viser une véritable intégration.

Il semble ensuite indispensable d'ouvrir et de décloisonner ce mode de coopération. L'un des écueils du GHT est en effet d'être positionné comme groupe public de recours, uniquement sur le volet hospitalier. Il semble primordial de favoriser davantage l'association de ces groupements au secteur privé besoin de s'associer au privé, mais également au secteur médico-social.

Les GHT doivent en effet « dépasser les clivages traditionnels pour s'inscrire dans une continuité de prise en charge »⁴⁶. Ils auraient donc intérêt à s'ouvrir davantage à la médecine de ville pour l'amont du parcours patient, mais également aux ESMS ou aux acteurs du soutien à domicile pour l'aval de la prise en charge. C'est l'orientation que prend le CHM en cherchant à poursuivre les collaborations initiées lors de la crise avec les EHPAD.

L'association des GHT avec le secteur médico-social demeure hétérogène, et n'est pas mise en place avec l'hospitalisation à domicile, bien qu'obligatoire. L'ouverture sur l'offre de ville reste embryonnaire, et rendue difficile par les insuffisances de la structuration des acteurs libéraux dans les CPTS. Les GHT ne doivent pas se présenter comme structures hégémoniques face à la ville. Au contraire, ils doivent faire œuvre de pédagogie pour montrer que leur organisation est source d'amélioration de l'accès aux soins et de structuration des filières de soins⁴⁷. Certains groupements ont déjà mis en place des démarches pour faciliter la circulation des informations avec leurs interlocuteurs libéraux, par exemple une amélioration des documents de liaison, ou encore l'organisation de réunions de concertation.

⁴⁴ DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., décembre 2019, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Inspection Générale des Affaires Sociales

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ GALLET B., mai 2018, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », *Gestions hospitalières*, n° 576, pp.305-307

⁴⁷ MARTINEAU F., novembre-décembre 2017, « Ouverture du GHT sur la ville : Les conditions de la réussite », *Revue hospitalière de France*, n° 579, pp.12-13

Par ailleurs, une réelle animation du PMSP serait son application selon une approche populationnelle, associant médecins et soignants, étudiant les bassins de vie sans se limiter aux frontières administratives. Dans certains cas, cela pourrait conduire à repenser les contours de GHT ne correspondant pas aux flux naturels de la population.

B) Système de santé et place de l'hôpital

La réforme du système de santé dépasse largement l'exercice réalisé ici et pour cette raison, quatre propositions seront développées pour favoriser le renforcement des coopérations territoriales.

a) *Le rôle du politique : renforcer la place des collectivités territoriales ?*

La présence de politiques dans le champ de la santé reste controversée. Les élus locaux manquent souvent d'expertise dans ce domaine, et dans de nombreuses collectivités où le maintien d'un hôpital reste un symbole de pouvoir important, les maires ne décident pas de façon désintéressée. Il y a dès lors un risque de "confusion d'intérêts", largement illustrée dans le cas des maternités, ou encore de la fermeture des urgences...A l'heure de la responsabilité populationnelle, il faut donc arbitrer entre la valorisation de l'expertise ou bien de la démocratie.

Pourtant, il semble nécessaire de ne pas écarter les élus du champ de la santé publique, au moins dans l'objectif de les sensibiliser. Le bilan d'étape des GHT dresse le constat que le comité territorial des élus reste peu actif et limité à une instance de partage d'informations. Il est donc suggéré d'associer davantage les élus sur les « enjeux sensibles du GHT », tels que la recomposition de l'offre de soins qui « nécessite une pédagogie active et impose de les consulter »⁴⁸.

Durant la crise, le rôle de « référent sanitaire territorial » des élus locaux du GHT 49 a été souligné auprès de leurs administrés et des acteurs de santé de leur territoire dans cette période singulière.

A long terme, il s'agirait de les inclure dans une politique globale de santé, telle que déclinée au Québec à travers les centres intégrés de services sociaux et de santé qui assurent une prise en charge graduée intégrant notamment la prévention, dans laquelle les décideurs politiques ont un rôle capital à jouer (écoles, sécurité, etc.).

⁴⁸ DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., décembre 2019, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Inspection Générale des Affaires Sociales

b) *Adapter les prérogatives de l'autorité de régulation*

Les ARS ont un intérêt en tant qu'institution spécialisée dans le domaine sanitaire. Toutefois elles restent éloignées du terrain, notamment dans les nouvelles grandes régions. Il semble donc pertinent de renforcer les délégations territoriales, sur les fonctions de régulation et d'animation territoriale et de leur permettre une adaptation selon les besoins des territoires. Ce rôle de proximité implique d'opérer une véritable délégation de gestion, et que les DT bénéficient d'un mandat de la part de l'échelon régional. Ce renforcement des prérogatives de la DT correspondrait en outre à une logique de responsabilité populationnelle.

Une évolution affirmée du rôle des ARS par ailleurs est nécessaire car qu'elles fassent trop ou pas assez, elles sont remises en cause⁴⁹. Si les ARS sont confirmées dans leur rôle de pilotage, il est nécessaire d'ajouter à leurs fonctions de régulation une mission d'accompagnement des établissements dans leurs initiatives, laissant une autonomie plus importante aux établissements de santé. L'objectif serait de renforcer le rôle d'animation territoriale de la délégation territoriale. L'agence doit pouvoir encourager les coopérations en faisant du lien entre les acteurs et soutenir les partenariats spontanés.

Il faut aussi adapter les procédures aux contraintes des acteurs et se saisir des outils modernes de communication par une simplification des procédures, par exemple envoyer un mail plutôt que compléter un dossier. Enfin, une mesure radicale serait de donner les moyens au DT de valoriser les initiatives locales et l'investissement en santé publique, notamment pour les professionnels libéraux.

c) *Un système d'information « pleinement communiquant »⁵⁰*

Une intégration supérieure suppose d'accompagner les acteurs et les outils⁵¹. Les outils ne favorisent pas suffisamment les pratiques collaboratives, même s'il existe déjà des mails de GHT, des dossiers partagés déployés par les DSI. Dans le cadre du dispositif CovAmbu, un agenda partagé avait par exemple été conçu pour assurer une coordination entre les différents centres. Un outil a également été créé pour la gestion du capacitaire Covid et des lits sur le GHT mais cela reste un document Excel, donc peu automatisé.

⁴⁹ DUMEZ H., MINVIELLE E., juin 2020, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, CNRS, 87p.

⁵⁰ MARTINEAU F., novembre-décembre 2017, « Ouverture du GHT sur la ville : Les conditions de la réussite », *Revue hospitalière de France*, n° 579, pp.12-13

⁵¹ NORDMANN J-P., décembre 2018, « La gouvernance des GHT en 2019 », *Gestions hospitalières*, n° 581, pp.625-631

L'aspect système d'information conditionne un travail en commun véritablement intégré, notamment pour favoriser la coordination des parcours. C'est d'ailleurs l'une des fonctions mutualisées du GHT qui n'est pas parvenue à être véritablement déployée. Pourtant, les systèmes d'information convergents (SIH) des GHT sont indispensables à une prise en charge territorialisée. En effet l'objectif du SIH est d'assurer un véritable suivi du patient dans son parcours, et de favoriser le partage d'information relatif au patient entre tous les acteurs de santé⁵². Cela faciliterait par exemple la télémédecine et plus particulièrement la télé-expertise grâce à une meilleure transmission des données sur le patient.

Le modèle catalan va plus loin avec un dossier patient partagé entre l'hôpital et les centres de soins primaires, porte d'entrée du système de santé⁵³. La mise en place de ce dossier conditionne l'aide publique apportée à un hôpital catalan et constitue la garantie de la continuité des soins. Ce dossier médical du patient est informatisé et partagé par l'ensemble de l'équipe. Le dossier médical partagé français peut susciter l'espoir d'une telle coordination si son déploiement est accéléré et que les systèmes d'information s'orientent vers une convergence affirmée.

d) *Inscrire l'hôpital dans son territoire, à travers son management*

La légitimité des hôpitaux se situera dans la capacité à s'ouvrir aux autres acteurs en santé et à se décloisonner afin de s'inscrire dans une continuité de prise en charge⁵⁴.

Durant la crise, le rôle de coordination des pilotes de groupe de travail, des responsables de cellules a été primordial pour animer les coopérations. Dans un système de santé relativement complexe, il a par ailleurs été remarqué durant la crise le rôle des acteurs « hybrides »⁵⁵, qui ont contribué par leur expérience à l'articulation et à la confiance entre les acteurs. Il peut s'agir de directeurs d'hôpital ayant eu une expérience de l'administration centrale, ou de médecins devenus gestionnaires. Au-delà du fonctionnement structurel, le choix des pilotes des coopérations fondé sur la diversité de leurs expériences favorise la cohérence de l'action.

⁵² MARTINEAU F., novembre-décembre 2017, « Ouverture du GHT sur la ville : Les conditions de la réussite », *Revue hospitalière de France*, n° 579, pp.12-13

⁵³ A DE LARD-LUCHET B., octobre 2017, « Conventions de direction commune : formelles ? Simplement formelles ? », *Gestions hospitalières*, n°569, p.519

⁵⁴ GALLET B., mai 2018, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », *Gestions hospitalières*, n° 576, pp.305-307

⁵⁵ DUMEZ H., MINVIELLE E., juin 2020, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, CNRS, 87p.

Il est donc nécessaire d'« introduire des réflexes de coopération »⁵⁶ et ce, particulièrement pour les professionnels de santé. Cela peut passer par une formation à un management de proximité des équipes ainsi que des responsables, une évaluation de ces mêmes responsables sur leur capacité à créer un esprit coopératif, ou encore des incitations financières qui favorisent la coopération dans le cadre du parcours du patient⁵⁷. Il faut notamment accompagner la formation des managers vers cette fonction de « manager hospitalier territorial »⁵⁸.

Une fois acculturés à cette nécessité d'ouverture au territoire, les acteurs en santé pourront adapter les politiques et dispositifs à leur territoire, car « la clé de la réussite réside essentiellement dans l'adaptation de chaque structure à son biotope »⁵⁹.

⁵⁶ DUMEZ H., MINVIELLE E., juin 2020, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, CNRS, 87p.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ NORDMANN J-P., décembre 2018, « La gouvernance des GHT en 2019 », *Gestions hospitalières*, n° 581, pp.625-631

⁵⁹ MARTINEAU F., novembre-décembre 2017, « Ouverture du GHT sur la ville : Les conditions de la réussite », *Revue hospitalière de France*, n° 579, pp.12-13

Conclusion

La gestion de crise Covid a donc permis l'accélération des coopérations territoriales en santé, et a montré l'importance de favoriser les liens entre acteurs d'un même territoire et du décloisonnement de l'hôpital.

Différentes clés semblent primordiales pour favoriser ces coopérations : la création de réseaux d'acteurs, une gouvernance légitime et lisible, une simplification des procédures et une ouverture générale du système de santé au territoire. Celle-ci passe par un renforcement de la liberté d'initiative au niveau local, et par l'acculturation des professionnels de santé aux coopérations, ainsi que des citoyens à travers le rôle des élus locaux. Enfin, un système d'information performant sera déterminant pour une véritable fluidification des parcours des patients.

Afin de s'engager vers une véritable politique de responsabilité populationnelle en santé, il faut encourager un mouvement citoyen. A l'occasion de la crise Covid a émergé une reconnaissance des acteurs de la santé, mais celle-ci ne doit pas rester liée à cet épisode pandémique. Comme le suggérait le rapport Couty, il s'agit notamment de regagner la confiance des usagers, dans le but que l'hôpital et plus largement le système de santé gagnent une légitimité démocratique. Le rapport IGAS de bilan des GHT⁶⁰ suggère par exemple le principe d'une représentation des usagers au comité stratégique du GHT.

Enfin pour faire vivre les parcours, le système français pourrait prendre exemple du dispositif québécois des Comités d'Animation de la Trajectoire⁶¹ (CAT). Au sein de ces CAT sont présents des professionnels de santé, des administratifs, des usagers et tout partenaire extérieur impliqué dans le parcours, tel qu'un transporteur sanitaire par exemple. Dans ce cadre, l'utilisateur peut ainsi participer à la construction du parcours patient, et se trouve donc positionné en aval de l'élaboration de sa prise en charge. Ainsi le renforcement de la coopération serait le passage à un système de santé intégré, associant tous les acteurs concernés par la santé, et par conséquent les usagers.

⁶⁰ DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., décembre 2019, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Inspection Générale des Affaires Sociales

⁶¹ Les trajectoires au Québec sont l'équivalent des parcours en France

Bibliographie

Ouvrages :

ARNAUD A., BLANCHET P., PTAKHINE E., 2017, *Equipes médicales de territoire. Fiches pratiques*, Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 24p.

BARBOT J-M., ROSSIGNOL J., 2017, *GHT et GRH : Mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire*, LEH Edition, 275 p.

MOQUET-ANGER M-L., 2018, *Droit hospitalier*, LGDJ, 576p.

Articles :

DE LARD-LUCHET B., octobre 2017, « Conventions de direction commune : formelles ? Simplement formelles ? », *Gestions hospitalières*, n°569, p.519

DEDEU T., mars 2010, « Organisation des soins primaires en Catalogne », *Revue française des affaires sociales*, pp.49-59

FARHI F., mai 2019, « Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration », *Gestions hospitalières*, n° 586, pp.283-286

GALLET B., mai 2018, « Le regain d'intérêt pour les directions communes : Ou la "fusion du changement" », *Gestions hospitalières*, n° 576, pp.305-307

MARTIN P., FARCY N., CHAUSSIN L. et al., octobre 2019, « GHT et évolutions organisationnelles », *Gestions hospitalières*, n° 589, pp.477-479

MARTINEAU F., novembre-décembre 2017, « Ouverture du GHT sur la ville : Les conditions de la réussite », *Revue hospitalière de France*, n° 579, pp.12-13

NORDMANN J-P., décembre 2018, « La gouvernance des GHT en 2019 », *Gestions hospitalières*, n° 581, pp.625-631

VIGNERON E., décembre 2017, « Groupements hospitaliers de territoire : L'ouverture à la médecine de ville », *Gestions hospitalières*, n° 571, pp.609-611

Rapports :

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), novembre 2018, *Coopérer ne va pas de soi ! Comment créer la confiance entre partenaires*

Direction Générale de l'Offre de Soins, mai 2018, *Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières 2017*

DAGORN C., GIORGI D., MEUNIER A., décembre 2019, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, Inspection Générale des Affaires Sociales

DUMEZ H., MINVIELLE E., juin 2020, *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, CNRS, 87p.

Liste des annexes

I - Liste des entretiens réalisés

II - Organigramme de direction du Centre Hospitalier du Mans

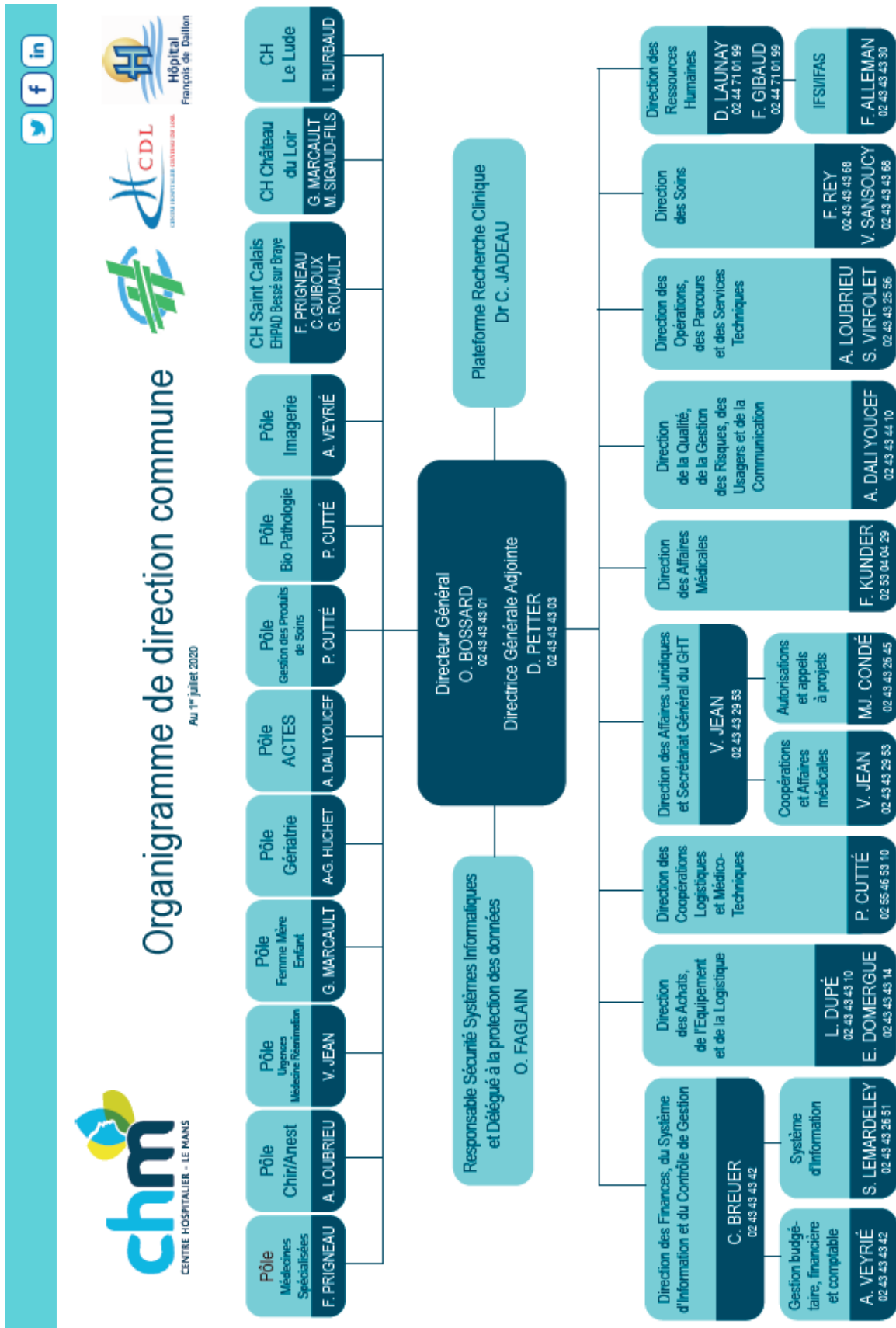
III - Exemples de déclinaisons de la direction commune du Centre Hospitalier du

Mans : la direction des ressources humaines

I - Liste des entretiens réalisés

- Directeur général du Centre Hospitalier du Mans
- Directrice des soins chargée du projet d'ordonnancement territorial
- Secrétaire général du GHT 53
- Directeur chargé des coopérations et des parcours au CHU d'Angers
- Directeur des opérations et des parcours et des services techniques du CH du Mans
- Directeur délégué des opérations du groupe ELSAN
- Directeur adjoint des ressources humaines et administrateur du GCS du Centre de Cancérologie de la Sarthe
- Animatrice territoriale de santé à la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé de la Sarthe

II - Organigramme de direction du Centre Hospitalier du Mans



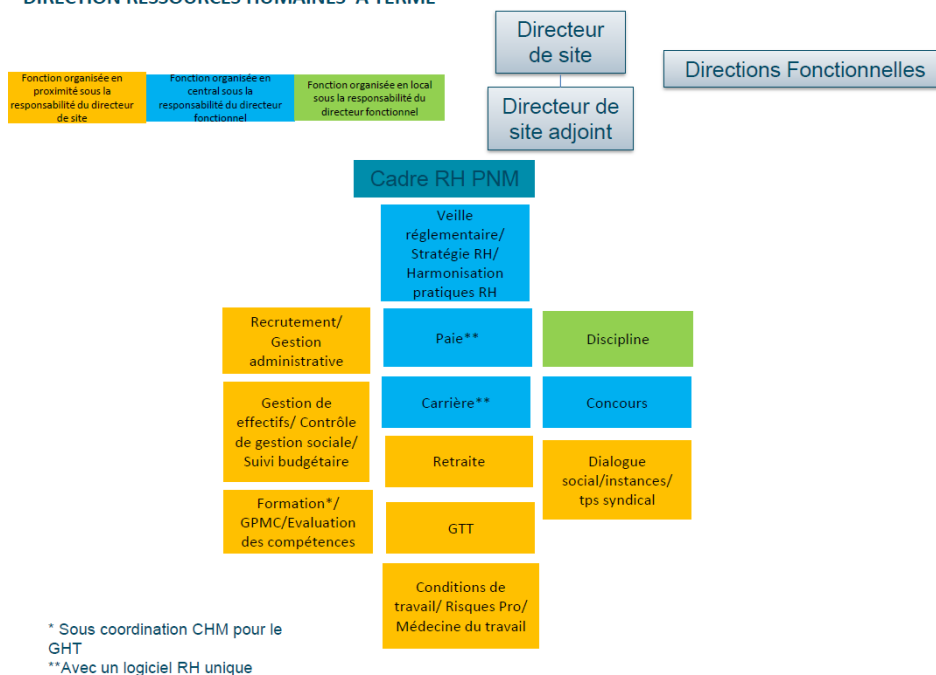
III - Exemples de déclinaisons de la direction commune du Centre Hospitalier du Mans : la direction des ressources humaines

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (PNM)

➤ Pilotage de proximité par le directeur de site

Fonction	Pilotage de proximité	Pilotage centralisé
Veille réglementaire		X
Stratégie RH/Harmonisation des pratiques RH		X
Gestion des effectifs/ contrôle de gestion sociale/ suivi budgétaire	X	
Recrutement	X	
Gestion administrative	X	
GTT	X	
Paie	X	X (à terme avec logiciel RH unique)
Carrières	X	X (à terme avec logiciel RH unique)
Retraites	X	
Formation continue	Recensement des besoins et exécution du plan	Achat mutualisé de formations au titre du GHT
Dialogue social	X	
Disciplinaire		X
Concours		X
GPMC	X	
Conditions de travail/risques pro/médecine du travail	X	

DIRECTION RESSOURCES HUMAINES A TERME



LE MÉE

Marie

Octobre 2020

Elèves directrices et directeurs d'hôpital

Promotion 2019-2020

La crise Covid, levier d'approfondissement des coopérations territoriales en santé

Etude et mise en perspective de l'expérience du territoire Sarthois

Résumé :

La crise Covid est à l'origine de nombreuses innovations, notamment dans le champ des coopérations. Cet épisode d'urgence sanitaire a contraint les acteurs en santé à s'associer et l'hôpital à s'ouvrir à son territoire. Dans le cas de la Sarthe, cela s'est matérialisé par un pilotage territorial du CH du Mans, établissement support, par un partenariat avec les cliniques privées, par la création d'un dispositif de dépistage associant les médecins libéraux, ou encore par le renforcement des liens avec les établissements sociaux et médico-sociaux. La gestion de crise a ainsi été un facteur d'accélération des coopérations dont il est intéressant de tirer les enseignements.

De nombreux dispositifs ont été instaurés depuis plusieurs décennies, avec plus ou moins de succès. Au-delà du cadre réglementaire, le facteur humain et la volonté d'adhésion sont déterminants pour favoriser la participation des acteurs aux coopérations. Dans un contexte de faible démographie médicale, le travail en commun des acteurs semble évident pour assurer le maintien de l'accès aux soins. Divers outils tels que la réflexion sur les parcours ou la constitution d'équipes médicales de territoires incitent à ce partenariat. Enfin, le système de santé doit être davantage décloisonné, avec une refonte des GHT, un repositionnement des ARS, le déploiement de systèmes d'information convergents, et un management territorialisé.

Mots clés :

Coopération, pilotage, gestion de crise, décloisonnement, parcours, équipe médicale de territoire, attractivité médicale, groupement hospitalier de territoire, direction commune, hôpital, management territorialisé

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.