

# 50/51° NORD

## LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE, PÉRIMÈTRES ET ENJEUX



Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) refondent la carte hospitalière française et l'offre de soins autour de « projets médicaux partagés ». Objectifs affichés ? Une meilleure qualité de l'offre, via une réorganisation des soins et une rationalisation des modes de gestion. De dimensions variables, sans personnalité juridique propre, certains groupements réuniront seulement deux établissements quand d'autres en compteront quinze, pour des bassins de vie allant de 50 000 à plus de 2 millions d'habitants. La création des GHT vise notamment à pousser encore davantage la médecine dite de « parcours ». Autrement dit, s'assurer que le patient reçoive le bon soin, par le bon intervenant, dans le bon environnement, au bon moment. Décryptages et cartes à l'appui, ce document présente les enjeux et principes de cette réforme d'ampleur pour le système de santé français.





## Les concepts liés

Retour sur un ensemble de concepts, qui ont précédé l'arrivée des GHT, et dont la compréhension est essentielle à celle des mutations actuelles.

### ■ « Filière de soins »

Une filière de soins est la trajectoire de soins empruntée par un patient. Le modèle sanitaire français s'est construit essentiellement autour de l'hôpital. L'apparition du sida dans les années 80 modifie le fonctionnement du système de soins avec la création des réseaux ville-hôpital, centrés sur le patient à partir de 1991.

Les ordonnances Juppé (1996), définissent les concepts de filière de soins, des réseaux de soins, impliquant la ville et l'hôpital, les secteurs publics et privés, du sanitaire et du social. Les filières de soins sont constituées par les différentes modalités de recours aux soins et les trajectoires suivies par un patient. Ainsi, un patient qui va de son médecin traitant vers l'hôpital puis bénéficie de soins d'un kinésithérapeute de ville et d'une infirmière emprunte une « filière de soins ». Bien souvent, la prise en charge des patients nécessite le recours à des compétences multiples qui doivent être coordonnées dans le cadre d'un partenariat entre acteurs, d'où la création des réseaux de soins, remplacés en 2002 par des réseaux de santé, qui incluent de la prévention en amont et de l'éducation à la santé en aval. Ces réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charges. Ils sont constitués de professionnels de santé libéraux, de médecins du travail, d'établissements de santé, d'institutions médico-sociales et d'organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants des usagers.

### ■ « Médecine de parcours » et « parcours de soins »

Les systèmes de santé des pays développés sont face aux mêmes défis : vieillissement de la population, augmentation des dépenses de santé, volonté d'autonomie des patients dans leur prise en charge. Dans un contexte changeant et économiquement contraint, l'offre de soins est amenée à se réformer en profondeur. C'est cette adaptation de l'organisation des soins qui constitue le fondement d'un « parcours de soins » de qualité : recevoir le bon soin, par le bon intervenant, dans le bon environnement, au bon moment.

En France, l'organisation des parcours de soins apparaît depuis plusieurs années comme l'évolution la plus structurante du système de santé. Cette forme d'organisation fait l'objet de plusieurs expérimentations :  
- Asalée : premier dispositif de coopération interprofessionnelle entre professionnels de santé de premier recours ;

- Parcours personnalité des patients atteints de cancer ;
  - Dispositif ESPREC pour les patients atteints de maladies chroniques ;
  - PRADO, programme destiné à optimiser la coordination ville-hôpital.
- Il ressort de ces expérimentations qu'une organisation en parcours de soins implique :
- Un pilotage décentralisé au niveau local ou régional ;
  - La mise en place d'organisations pluridisciplinaires composées de médecins, pharmaciens, infirmiers et autres paramédicaux, structures médico-sociales ;
  - Le développement d'indicateurs spécifiques pour mesurer l'efficacité des parcours de soins ;
  - La création d'un modèle économique qui incite les acteurs à la coordination.

L'outil que constituent les GHT vise à intensifier la collaboration entre les établissements et l'organisation des soins à l'intérieur d'un territoire.

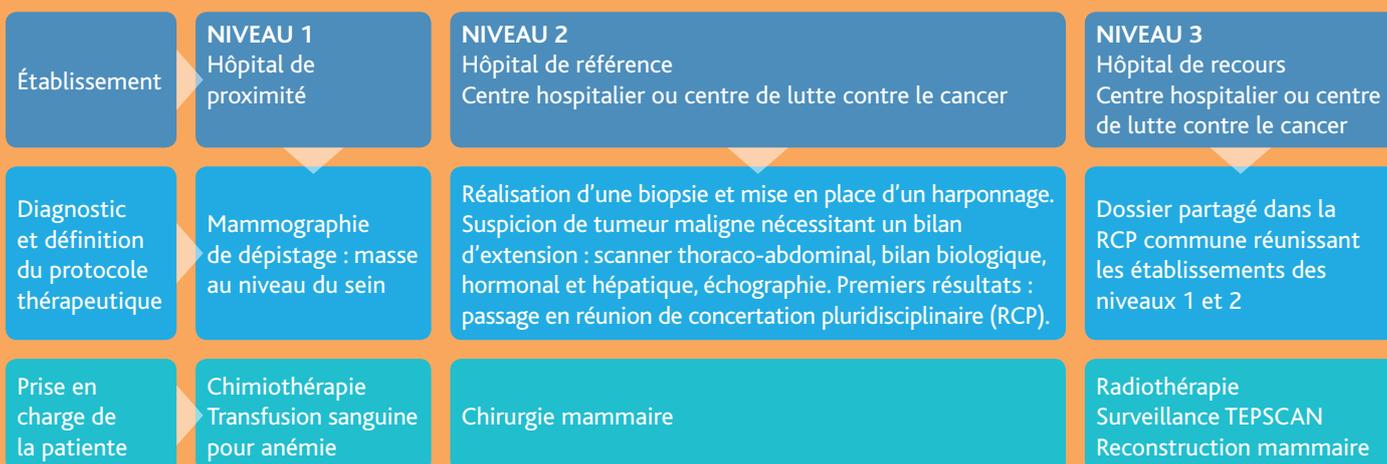
### ■ « Projets médicaux partagés »

Le « projet médical partagé » est la pierre angulaire des GHT. Il a pour ambition de mettre en place une gradation des soins hospitaliers dans une organisation par filière et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire. Autrement dit, il définit la répartition des activités entre établissements et détermine le niveau de soins offert dans chaque hôpital, de façon à proposer une offre de soins sur l'ensemble du territoire concerné.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2017, le projet médical partagé devra avoir défini, au-delà des objectifs médicaux et de l'organisation par filières d'une offre de soins graduée, les autres points de coopération. Notamment les objectifs en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les principes d'organisation des activités (permanence et continuité de soins, consultations externes...) pour chaque filière, les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale et de pharmacie ou encore les principes d'organisation territoriale des activités médicales communes. Ce projet médical partagé est élaboré pour cinq ans, par les équipes médicales de chaque filière du GHT. Il est soumis pour avis au collège médical de groupement – dont la composition est déterminée par la convention constitutive – ou par la commission médicale de groupement. Un projet de soins partagé, impliquant les équipes soignantes de chaque filière concernée, le complète dans le cadre d'une « stratégie globale de prise en charge ». Il doit être finalisé pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

### Exemple d'un projet médical partagé dans le cadre d'un GHT

Présentation du parcours d'une femme de 40 ans porteuse d'une tumeur mammaire, avec la répartition du type de soins en fonction du niveau de l'établissement et visualisation de la « gradation » des soins.





« On peut penser qu'à terme, les usagers ne peuvent qu'être gagnants avec une réorganisation du système hospitalier qui tend à augmenter la qualité des soins ».

**Pierre-Marie Lebrun**, Président du Collectif Interassociatif Sur la Santé Nord – Pas-de-Calais (CISS) et vice-président du CISS national.

## Selon vous, comment les GHT pourront contribuer à améliorer l'état de santé de la population ? Qu'espérez-vous comme bénéfices ?

« Pour les usagers, la plus grande attente se situe au niveau de parcours de soins lisibles et efficaces. Lisibles, ce qui veut dire qu'on puisse y avoir accès d'une façon simple et transparente. Pour l'instant, ces parcours existent, visiblement, mais sont tacites et ne concernent qu'une partie des usagers. Et efficaces, au sens où, si on met en avant la qualité des soins, et non seulement la proximité des soins, on peut penser qu'à terme, les usagers ne peuvent qu'être gagnants avec une réorganisation du système hospitalier qui tend à augmenter la qualité des soins dans chaque pathologie. Concrètement, de plus en plus de patients comprennent qu'il vaut mieux faire quelques dizaines de kilomètres de plus et être guéri que d'être soigné près de chez soi et peut-être rester malade. Longtemps il n'y a eu que la culture de l'hôpital de proximité. On voit qu'aujourd'hui, l'idée de l'hôpital « de pointe » progresse. Ce que l'on peut attendre des GHT c'est d'avoir accès au bon médecin, au bon moment, au bon endroit, avec des soins de qualité, des équipements de qualité, sans errance dans son parcours de soins. »

## Est-ce que les associations de patients ont été associées à la constitution de ces GHT ? Comment ont-ils été constitués ?

« Les regroupements ont été effectués à la demande du Ministère des Affaires sociales et de la Santé par les établissements eux-mêmes. Manifestement, la carte a été réalisée dans des délais tels que les groupements soient irréversibles. On voit bien que juillet 2017 est une date butoir, concomitante avec la fin du mandat présidentiel. Le projet s'est fait dans le monde hospitalier. Deux mondes ont été oubliés : celui des élus et celui des usagers. En début d'année 2016, une réunion a rassemblé les « exclus » des GHT, et notamment des médecins non hospitaliers, des élus et les usagers. À la suite de laquelle, les élus ont été reconnus, au travers d'une instance qui n'existait pas jusque-là (le comité territorial des élus locaux), et les personnels non médicaux. Les usagers n'ont pas obtenu de participer à la constitution des GHT, mais ils ont gagné la création d'une représentation des usagers. Chaque GHT est libre de choisir parmi deux options : une « commission » des usagers, qui a les mêmes droits et missions que dans un hôpital de base (traitement des plaintes, information sur la qualité des soins) soit un « comité » des usagers, qui rassemble des membres des comités des hôpitaux constitutifs du GHT. Ce comité est informé, mais n'a pas les pouvoirs de la « commission » des usagers. À ce jour, 70% des établissements constitutifs des GHT ont opté pour des « comités », les autres ont choisi le principe de la « commission ». Ce choix a été fait en juin 2016, au moment de la constitution des GHT. Dans la mesure où les commissions des usagers n'étaient pas constituées à ce jour, de nombreuses personnes pensent qu'il faudrait faire se prononcer chaque établissement de nouveau. »

## Comment les associations de patients vont-elles être intégrées au dispositif, au niveau du GHT ?

« Les usagers ne sont pas « bêtes » et voient bien le risque d'une défense des patients qui remonterait au niveau des GHT. Ainsi, ils ne revendiquent pour la commission des usagers du GHT que ce qui relève du parcours de soins lui-même. Autrement dit, les sujets qui impliquent les liens entre établissements. Un recours ou une plainte sur une pratique médicale reste du niveau de l'établissement où ont été réalisés les soins, et reste ainsi

du ressort de la commission des usagers de l'établissement concerné. Mais il faudra être vigilant à l'avenir. Si un jour il n'y a plus qu'une seule structure avec une personnalité juridique, le risque pour les représentants des usagers de s'éloigner des patients sera plus important. L'espoir étant qu'en ayant une « commission », et non un « comité », les usagers puissent être mieux écoutés dans la constitution et la mise en route d'un GHT. Ceci dit, il s'agit un peu d'un vœu pieux, car cela n'est pas écrit dans les textes. En fonction des personnalités locales, on peut imaginer que des usagers soient plus ou moins informés du fonctionnement du GHT et, en particulier, du projet médical partagé. Nous avons été reçus par exemple au CHRU de Lille, où le projet médical partagé nous a été présenté. Nous avons donné nos impressions et verrons si elles seront intégrées dans le volet final, attendu pour l'été 2017. Nous avons par exemple insisté sur la nécessité d'intégrer l'accès aux soins des patients handicapés, ce qui manquait dans le premier projet. Sinon, sur le papier, le projet semble pertinent. Le projet détaille des parcours de soins, déclinés par établissement. »

## N'y a-t-il pas de risque de « déshabiller » les hôpitaux locaux de leur activité ?

« Si, on peut imaginer cela. On le voit déjà dans une réorganisation des hôpitaux indépendamment des GHT. La région Hauts-de-France est très dense en population, avec 6 millions d'habitants. De ce fait, je ne pense pas qu'il y ait trop de fermetures, sans doute quelques-unes. On voit bien ce qui s'est passé pour les maternités, avec de nombreux regroupements. Le secteur privé a déjà entamé le mouvement. Il y a certains parcours comme l'ophtalmologie qui sont très ancrés dans le privé, il y a un pôle cancer très important à la clinique de La Louvière, un parcours cardiologie à la polyclinique du bois. Les parcours sont entièrement fléchés, les patients connaissent à l'avance l'ensemble des étapes et les interlocuteurs de leur intervention, depuis la première consultation à la sortie de la clinique. Le parcours est balisé à l'intérieur de la clinique. Dans le privé, de nombreux regroupements et fusions ont déjà eu lieu. »

## Pouvez-vous nous expliquer clairement le fonctionnement des parcours de soins et de la prise en charge graduée ?

« Il s'agit d'un parcours simple sans allers-retours. Le parcours type, qui existait déjà avant les GHT se compose des étapes suivantes : une consultation chez un médecin généraliste, puis chez un spécialiste, un passage dans un centre d'examen et enfin une éventuelle intervention dans un hôpital, défini selon le niveau de gravité et de technicité de l'intervention. Les GHT vont faire du bien au sens où ils vont renforcer ces parcours de soins, et poser des questions importantes, à savoir, qui en assure le suivi ? De nombreux médecins généralistes considèrent qu'ils ne sont pas bien rémunérés pour assumer ce suivi. Par ailleurs, on peut arguer qu'un généraliste ne peut pas maîtriser l'ensemble des parcours de soins. Cela pourrait donc échouer aux spécialistes et notamment au médecin dont la spécialité prime dans la pathologie multifactorielle, quand c'est le cas. Pour cela, il faudrait que le généraliste accepte de passer le relais à un spécialiste, et que ceci soit clairement organisé. On voit bien que le médecin généraliste est au cœur du dispositif. Or, il n'est pas encore véritablement intégré au processus des GHT, et plutôt au projet ville-hôpital. Il faut espérer qu'il soit intégré à la réflexion au moment de la définition précise des parcours de soins. Les généralistes pourraient avoir un forfait supplémentaire pour la gestion du parcours de soins. Ce ne serait pas illogique. »



« Nous allons surtout veiller à ce que chacun soit respecté au sein du GHT et que chacun sache se mobiliser pour proposer aux patients des soins de qualité ».

**Danielle Portal,**

Directrice générale du CHU Amiens-Picardie, établissement pivot du GHT Somme Littoral Sud.

## Comment les GHT pourront-ils contribuer à améliorer l'état de santé de la population ?

« Les GHT ont pour vocation de permettre à la population d'avoir le meilleur soin, au bon endroit, au bon moment. Il s'agit de faire en sorte que, quel que soit l'endroit où le patient s'adresse, ce ne soit pas à lui de décrypter nos parcours. C'est bien aux professionnels de savoir si le patient peut être pris en charge sur place, ou si son état de santé nécessite un recours ou un hyper recours (le centre hospitalier régional universitaire). L'objectif est que la connaissance par le professionnel de santé des filières et des établissements lui permette d'orienter le patient le plus vite possible vers le bon endroit pour sa prise en charge. Et ce, en privilégiant toujours la prise en charge de proximité. Autrement dit, tout ce qui pourra être fait localement sera fait en proximité et dès que l'état de santé d'un patient ne nécessitera plus qu'il soit traité dans un centre de recours, celui-ci retournera vers un établissement au plus proche de son lieu de résidence ou de sa famille. Il s'agit donc d'améliorer la filière de prise en charge et la rendre la plus efficace possible, tout en privilégiant le lieu d'accueil. C'est un enjeu important pour nous, car cela signifie que nous devons faire une cartographie des compétences de tous les professionnels et identifier les niveaux de prise en charge. Cela doit permettre à tous les professionnels de connaître ces niveaux : pour le professionnel de proximité, pour adresser des patients vers un établissement de recours, pour le professionnel de recours, pour qu'il connaisse les activités précises des hôpitaux de proximité ; au profit des patients bien sûr. »

## Pouvez-vous évoquer avec nous le diagnostic territorial qui doit être réalisé ? Et le projet médical partagé du GHT ?

« Les GHT doivent travailler par filières. Nous avons choisi 12 filières de soins ainsi que 3 filières médicotechniques (laboratoire, imagerie et pharmacie), qui sont moins visibles pour les patients, mais sont tout aussi importantes. Nous travaillons également sur les fonctions support. Nous avons choisi ces filières selon plusieurs prismes, qui sont en partie institutionnels. Les filières de soins choisies figurent dans le Projet régional de santé (PRS) et étaient déjà développées dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire, qui préexistait au GHT. Pour chacune de ces filières, nous avons déterminé un pilote et un copilote, l'un appartenant au CHU Amiens-Picardie et l'autre à l'un des établissements du GHT, le CHU n'étant pas nécessairement pilote. Tous les établissements sont impliqués dans les filières et participent activement. Le groupe de travail s'attache à l'identification des différents niveaux de prise en charge possible, et réalise ce travail de description de la gradation de la prise en charge. Aujourd'hui, cette photographie est relativement avancée. Parallèlement à cela, nous travaillons sur la démographie des professionnels de santé, car il va falloir identifier nos besoins. Ces projets doivent être finis pour juin 2017. »

## Est-ce que ce travail a déjà permis de renforcer des collaborations entre les professionnels de santé ?

« Oui, c'est évident. Aujourd'hui, 120 à 150 professionnels travaillent ensemble sur les filières de soins. Cela a généré une connaissance et une compréhension de chacun, des difficultés et limites de chacun et des axes d'amélioration possibles. Il y a un vrai travail de création d'une communauté médicale et soignante à l'échelle du GHT. Tous ces professionnels abordent ensemble les problématiques du territoire. »

## Comment le médecin généraliste est-il intégré à ces travaux ?

« Il n'est pas intégré à la réflexion à ce stade, mais nous savons que le médecin généraliste est un acteur essentiel de la prise en charge. Il est donc indispensable de donner à ces généralistes la connaissance de ces parcours de soins, de nos filières de soins. C'est précisément parce que l'on sait que les généralistes manquent de temps qu'il est important que les parcours soient clairs. L'idée est d'avoir des portes d'entrée uniques et un haut niveau de connaissance de la filière partagé par tous les établissements. En effet, nous nous apercevons que nous demandons souvent à nos patients de connaître mieux que nous le fonctionnement de nos filières. »

## Comment voyez-vous et vivez-vous le rôle d'établissement support ?

« Il y a plusieurs niveaux. D'un point de vue médical, l'établissement support est tout d'abord l'établissement de recours, ou d'hyper recours dans le cas d'un CHU. Pour l'ensemble des professionnels, c'est donc l'établissement vers lequel va s'organiser ce recours. Nous avons aussi un rôle d'animation et de circulation de la connaissance des filières de chaque établissement du GHT. Nous nous assurons aussi que les établissements se regardent entre eux. Il faut qu'il y ait une connaissance mutuelle des acteurs du GHT, et que chacun sache aussi bien ce qu'il se passe à Abbeville qu'à Albert. Il est très important de faire en sorte que chaque établissement ait un rôle au service des neuf autres. Il faut que chacun se rende compte qu'il est non seulement utile, mais indispensable au reste du GHT. Nous avons également veillé à intégrer chaque établissement à la gouvernance du GHT. »

## Pour finir, quels éventuels freins rencontrez-vous ?

« Un frein, relativement lourd, réside dans la difficulté à coordonner les agendas des 150 professionnels impliqués. C'est un peu compliqué à gérer. Par ailleurs, les textes prévoient une gouvernance assez lourde des GHT, mais elle est nécessaire et il faut l'animer. Je ne vois rien d'insurmontable, mais il faut être attentif et vigilant. Nous allons surtout veiller à ce que chacun soit respecté au sein du GHT et que chacun sache se mobiliser pour proposer aux patients des soins de qualité. »



Région  
**Hauts-de-France**



**OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ**

Campus Pasteur de Lille - 1, rue du Professeur Calmette - 59000 LILLE  
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46  
www.orsnpdc.org