

Cour des comptes



LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

Exercices 2014 à 2019

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Juillet 2020

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I LES GHT PRÉSENTENT DES DÉFAUTS STRUCTURELS QUI APPELLENT UNE SUPERVISION PLUS EFFICACE	17
I - UNE NOUVELLE LOGIQUE DE COOPÉRATION HOSPITALIÈRE	17
A - Un modèle de coopération ambitieux	17
B - Un modèle de coopération en rupture avec les pratiques antérieures.....	18
C - Un modèle de coopération qui doit favoriser l'efficacité	19
II - DES STRUCTURES QUI SE VEULENT INTÉGRATIVES À L'ÉCHELLE D'UN TERRITOIRE	20
A - La difficile mesure des besoins de la population	20
B - Une stratégie de groupement en réponse aux besoins locaux de santé.....	21
III - UNE GOUVERNANCE INADAPTÉE AUX MISSIONS DES GHT	23
A - Des structures qui reposent sur une convention constitutive	23
B - Un schéma de fonctionnement déjà remis en cause	25
IV - UN PILOTAGE MINISTÉRIEL À RENFORCER	29
A - Un accompagnement mis en œuvre sans retard	29
B - Un suivi à approfondir pour gagner en efficacité.....	30
V - UN POSITIONNEMENT RÉGIONAL À ÉCLAIRCIR	34
A - Une hétérogénéité des GHT, frein à leur visibilité.....	34
B - Une place à consolider dans l'organisation régionale des soins.....	38
CHAPITRE II DANS LEUR FORMAT ACTUEL, LES GHT N'AURONT PAS D'IMPACT SIGNIFICATIF SUR L'OFFRE DE SOINS	43
I - LES PÉRIMÈTRES TERRITORIAUX RETENUS POUR LES GHT NE CORRIGENT QUE TRÈS PARTIELLEMENT LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS	43
A - Une part importante des GHT n'a pas la taille critique pour constituer une offre de soins homogène	43
B - Des GHT durablement empêchés par le manque de ressources humaines médicales	50
C - GHT et CHU : le risque de voir perdurer des GHT à deux vitesses.....	54
II - LES PMP : UN EFFORT DE DIALOGUE INÉDIT AU SEIN DES TERRITOIRES, AUX RÉSULTATS TRÈS INÉGAUX EN TERMES D'INTÉGRATION	57
A - La grande hétérogénéité des PMP en termes de filières de soins	58
B - Les GHT, dans leur format actuel, ne conduiront pas à une restructuration de l'offre de soins.....	60
C - Une faible utilisation des outils de coopération les plus intégratifs	65
D - Un virage territorial du secteur privé lucratif qui installe un mode de gouvernance unifié et intégratif	71
III - LES PMP TENTENT D'APPORTER DES RÉPONSES AUX SECTEURS LES PLUS EN DIFFICULTÉ DE L'HÔPITAL PUBLIC	72
A - GHT et médecine d'urgence : une réelle plus-value qui doit être confirmée en termes d'organisation.....	72
B - GHT et psychiatrie : une mise en cohérence à poursuivre pour gagner en lisibilité	76
C - Le secteur médico-social reste en marge de la réforme des GHT	80

D - GHT et hospitalisation à domicile : une occasion manquée	84
E - GHT et santé publique : une autre ambition déçue.....	86
F - Une articulation entre GHT et médecine de ville qui reste à construire	88
IV - LES GHT N'ONT PAS PRODUIT D'EFFET SIGNIFICATIF SUR LA CONSOMMATION DE SOINS.....	91
A - Les établissements support n'ont pas été favorisés en termes d'évolution de l'activité depuis la mise en œuvre des GHT	92
B - Les GHT permettent d'accroître les échanges entre établissements	92
C - La mise en œuvre des GHT n'est pas associée à une hausse de l'attractivité des établissements publics	93
D - La mise en œuvre des GHT n'est pas associée à des modifications significatives de la nature des activités de soins	95
V - DES FILIÈRES MÉDICO-TECHNIQUES INSUFFISAMMENT MUTUALISÉES.....	96
A - L'imagerie, une filière médico-technique de territoire à organiser	96
B - La biologie médicale de territoire, une fonction médico-technique faiblement mutualisée.....	99
C - La pharmacie hospitalière de territoire reste un chantier à ouvrir	100
CHAPITRE III UNE MUTUALISATION DE LA GESTION ET UNE INTÉGRATION PLUS FORTE DES ÉTABLISSEMENTS AU SEIN DES GHT	103
I - LES ACHATS HOSPITALIERS : UNE STRUCTURATION AVANCÉE, DES RÉSULTATS POSITIFS À CONSOLIDER.....	103
A - Une structuration effective dans la quasi-totalité des GHT	103
B - La déclinaison de la fonction achat s'organise progressivement, mais doit être renforcée	106
C - Une politique achat insuffisamment mise en œuvre.....	107
D - La mise en place des GHT n'a pas entraîné de gains budgétaires.....	108
II - LA MISE EN ŒUVRE INABOUTIE D'UN SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER CONVERGENT À L'ÉCHELLE D'UN GHT	110
A - Des systèmes d'information hétérogènes et peu déployés	110
B - Des budgets alloués aux SIH qui paraissent insuffisants	112
C - Des schémas directeurs du système d'information mis en place dans la quasi-totalité des GHT mais qui restent à déployer	114
III - LA RÉFORME DES AUTORISATIONS SANITAIRES ET DE L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ DOIT REDESSINER LA CARTE HOSPITALIÈRE.....	115
A - Les autorisations sanitaires doivent rester un levier central du pilotage de l'offre de soins dans les territoires	115
B - L'émergence d'une personne morale unique au sein des GHT	118
C - Garantir une réponse de proximité au sein des GHT	119
CONCLUSION GÉNÉRALE	123
LISTE DES ABRÉVIATIONS	125
ANNEXES	129

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*
**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 13 septembre 2019, en application de l'article LO 132-3-1 précité, d'une demande d'enquête portant sur « *les groupements hospitaliers de territoire* ». Cette demande a été acceptée par le Premier président par courrier du 25 septembre 2019, le rapport devant alors être remis au plus tard fin juin 2020 (cf. annexe n° 1).

Il a été convenu avec la commission des affaires sociales du Sénat que le présent rapport serait remis au plus tard fin septembre 2020, afin de tenir compte des difficultés des établissements publics de santé et des agences régionales de santé à répondre aux demandes de la Cour durant la crise sanitaire¹.

Les rapporteurs ont rencontré plus de 450 représentants des professionnels de santé, directeurs et cadres hospitaliers, représentants des administrations centrales et de l'ensemble des agences régionales de santé métropolitaines.

Afin de compléter leurs appréciations sur le niveau de déploiement des groupements hospitaliers de territoire, les rapporteurs ont également rencontré des représentants des fédérations hospitalières (FHF, FHP, Fehap et Unicancer) et les praticiens membres des conseils nationaux professionnels de médecine d'urgence, psychiatrie, gériatrie, radiologie et biologie médicale.

Des enquêtes sur place ont été réalisées dans l'ensemble des 13 régions métropolitaines à travers des temps d'échange organisés avec les représentants des agences régionales de santé et des 77 établissements de santé membres d'un des **13 groupements hospitaliers de territoire (GHT)** suivants : GHT du Var, GHT Ouest-Audois, GHT Mayenne et Haut-Anjou, GHT Cotentin, GHT Centre Franche-Comté, GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes, GHT du Cher, GHT Aube et Sézannais, GHT de Haute-Corse, GHT Brocéliande-Atlantique, GHT 94 Nord, GHT du Limousin et GHT Lille Métropole Flandre Intérieure. Ces GHT ont été sélectionnés sur la base d'une méthodologie visant à garantir le **caractère représentatif de l'échantillon**, qui constitue environ 10 % de l'effectif total des GHT.

La méthode d'enquête retenue a reposé sur des **analyses de données** et sur des **entretiens**, accompagnés de **questionnaires**, avec les administrations centrales concernées (pour le ministère des solidarités et de la santé, à titre principal la direction générale de l'offre de soins), les 13 agences régionales de santé hexagonales, les GHT retenus dans l'échantillon représentatif et les CNP rencontrés. L'enquête s'est également appuyée sur d'autres travaux de la sixième chambre, notamment ceux relatifs aux CHU, aux coopérations hospitalières, aux achats hospitaliers et au système d'information hospitalier, qui ont fait l'objet de publications au cours des dernières années.

*

**

Le projet de rapport a été délibéré, le 8 juillet 2020, par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président, et composée de Mmes Carrère-Gée, Latare, MM. Rabaté, de la Guéronnière, Brunner, Mme Hamayon, MM. Feltesse, Seiller, Houdebine, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, MM. Parneix et Saint-Martin, rapporteurs extérieurs, et en tant que contre-rapporteur, M. Diricq, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé, le 22 juillet 2020, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Moati, M. Morin, présidents de chambre, Mme Pappalardo, rapporteure générale, MM. Andréani, Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, Mme Hirsch de Kersauson, procureure générale, entendue en ses avis.

¹ Courrier de la Doyenne des présidents de chambre, faisant fonction de Première présidente, en date du 15 mai 2020.

Synthèse

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 13 septembre 2019, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur « *les groupements hospitaliers de territoire* ».

Depuis près de 50 ans, de multiples supports juridiques ont été proposés aux établissements de santé pour faciliter le développement d'actions de coopération. Chacun a eu ses spécificités, sans éviter les chevauchements car des coopérations ayant le même objet ont pu recourir à plusieurs de ces outils. En 2011, la Cour avait ainsi recensé 19 instruments différents. Après les groupements inter-hospitaliers issus de la loi du 31 décembre 1970, la loi HPST² de 2009 a, d'une part, offert aux hôpitaux publics la possibilité de se regrouper en communautés hospitalières de territoire (CHT) sur la base du volontariat et, d'autre part, cherché à favoriser l'utilisation des groupements de coopération sanitaire (GCS) créés en 1996. Cependant, les résultats se sont révélés décevants³.

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé est venue modifier cette logique de coopération hospitalière. En effet, le **caractère obligatoire** de la participation des établissements publics de santé aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) a été le principal point de rupture avec les modalités antérieures de coopérations : il n'est ainsi plus permis aux établissements publics de faire le choix d'exercer leurs missions de manière isolée sur un territoire. De plus, et à la différence des dispositifs de coopération antérieurs, le législateur a souhaité confier **deux missions principales** aux **136 GHT** identifiés sur le territoire⁴. Il s'agissait :

- d'une part, d'accroître **l'efficacité de l'offre de soins** publique, avec la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- d'autre part, de rechercher une **rationalisation des modes de gestion** par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Ainsi, l'estimation des économies potentielles liées à la création des GHT était initialement chiffrée à 400 M€ pour les trois premières années, dont 270 M€ au titre de la mutualisation des fonctions support.

² La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ Cour des comptes, « Les coopérations hospitalières », in *La sécurité sociale*, septembre 2011, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴ 135 GHT ont été identifiés le 1^{er} juillet 2016. Depuis cette date, quelques GHT ont été créés et d'autres regroupés, portant le solde à 136 au 1^{er} janvier 2020.

Face à ces orientations nouvelles et à ces objectifs ambitieux, la Cour a cherché à mesurer le degré de mise en œuvre de la réforme et sa capacité à modifier l'offre de soins hospitalière publique, au regard notamment du développement des maladies chroniques et des enjeux de santé publique. Plusieurs constats peuvent être dressés.

Les GHT n'apportent pas une réponse suffisante à la question de l'égal accès aux soins entre territoires

L'hétérogénéité des GHT, largement décrite depuis juillet 2016, a des conséquences profondes en termes d'égalité d'accès aux soins. Ainsi, une part significative des GHT ne sont pas en mesure d'atteindre la taille critique nécessaire au regard des objectifs assignés : leurs territoires, peu étendus et faiblement peuplés, concentrent au plus deux établissements sanitaires dont l'activité de soins s'avère faible. Dès lors, toute gradation des soins au sein du territoire est largement obérée, obligeant ces GHT à chercher une assistance en dehors de leur ressort géographique.

De plus, une part importante de GHT de taille réduite est implantée sur un territoire où la surmortalité prématurée est forte. Ainsi, ces « petits GHT » aux faibles moyens, situés dans des territoires défavorisés, se trouvent aujourd'hui et durablement dans l'impossibilité d'agir seuls alors même que ces territoires devraient faire l'objet d'une attention particulière du régulateur, afin de favoriser notamment l'accès à la ressource humaine médicale.

Au-delà du découpage territorial, l'offre de soins proposée par les GHT apparaît également hétérogène, y compris pour des prises en charge qui relèvent de l'urgence absolue : 38 GHT ne disposent pas d'un plateau technique leur permettant de prendre en charge efficacement les infarctus du myocarde et 24 GHT ne disposent pas d'une unité neuro-vasculaire permettant de délivrer les soins les plus appropriés en cas de survenue d'un AVC. Par ailleurs, 61 GHT ne proposent pas d'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) et 28 GHT ne comportent pas d'activité de psychiatrie. De ce fait, le principe de gradation des soins se trouve durablement empêché au sein de ces GHT, qui se retrouvent dans l'obligation de maintenir des collaborations hors GHT pour des activités de proximité.

La présence d'un CHU dans 28 des 136 GHT favorise l'émergence de groupements à deux vitesses en termes d'accès aux ressources humaines médicales. Les GHT les plus éloignés des métropoles et des pôles hospitalo-universitaires demeurent les plus exposés au manque de ressources médicales les empêchant de garantir le fonctionnement des services hospitaliers indispensables.

Enfin, l'absence du secteur privé apparaît comme une anomalie liée en partie au caractère précipité de la réforme⁵. C'est notamment le cas en matière de psychiatrie ou pour l'HAD. Par ailleurs, l'offre de soins privée complète souvent l'offre de soins publique, notamment dans les GHT de taille réduite. Ainsi, une révision rapide des périmètres territoriaux des GHT doit être entamée de manière à ce que tous puissent constituer une offre de soins publique minimale, cohérente et homogène.

⁵ L'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que la composition des GHT est arrêtée au plus tard le 1^{er} juillet 2016. Le décret fixant le cadre juridique des conventions constitutives des GHT n'a été publié que le 27 avril 2016 (décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire).

Les GHT ont produit un faible niveau d'intégration des établissements

Les **projets médicaux partagés (PMP)**, qui déterminent les orientations stratégiques du GHT pour la période 2017-2022, ne sont pas de nature à modifier fondamentalement la nature des liens entre établissements préalables à la réforme de 2016. En effet, les collaborations qu'ils prévoient ont une nature très largement fédérative, comportant peu de rapprochements organiques (fusions d'équipes ou d'établissement, pôles inter-établissements, regroupements d'activités) et une quasi-absence de projets de restructuration de l'offre de soins. Sur le plan médico-technique, l'attentisme semble la règle. Rares sont les initiatives visant à constituer des laboratoires, des pharmacies ou des services d'imagerie de territoire. Dans la plupart des cas, les causes ont une dimension à la fois juridique, financière, technique et statutaire. Seules les activités médico-administratives, dont l'intégration est exigée par la loi, ont fait l'objet de démarches plus significatives mais qui restent encore inabouties.

L'absence de personnalité morale des GHT constitue un compromis juridique trouvé en 2016, qui emporte aujourd'hui des conséquences dommageables en termes d'agilité de ces structures et s'avère consommateur de ressources. Ainsi, la prise de décision au sein de la plupart des GHT nécessite un passage devant un nombre déraisonnable d'instances. De plus ce dispositif, marqué par une complexité excessive, éloigne les GHT des élus, des patients et d'une façon générale de la population.

De surcroît, l'absence de personnalité morale des GHT continue à faire de l'établissement de santé le principal point focal des acteurs dans les territoires, qu'ils soient élus, médecins, directeurs ou citoyens. Cette situation est entretenue par l'ensemble des dispositifs, structurants pour l'offre de soins, qui continuent à se décliner à l'échelle de l'établissement et non du territoire : la stratégie financière, les autorisations sanitaires, le pilotage de l'offre de soins par les ARS, l'affectation des chefs d'établissement ou celle des praticiens hospitaliers.

Face à ce constat, plusieurs établissements membres de GHT ont fait le choix de fusionner au sein d'un établissement de santé unique, afin de retrouver une plus grande agilité et une plus grande cohérence d'actions face à une démographie médicale défavorable. Ces fusions se sont traduites par la mise en œuvre de projets plus structurants, déclinant réellement les objectifs assignés par la loi aux GHT, alors même que, paradoxalement, ces GHT fusionnés ne répondent plus réellement à la définition d'un GHT en tant que regroupements d'établissements autonomes.

Les GHT n'ont pas eu d'impact significatif sur l'offre et la consommation de soins

Conséquence logique du caractère faiblement intégratif des GHT, les entretiens et travaux menés par la Cour ne permettent pas de conclure à un impact notable des GHT, tant en matière d'offre de soins que de consommation de soins sur le territoire.

Le nombre d'établissements publics détenteurs d'un bloc opératoire n'a pas évolué entre 2014 et 2018. Il en est de même pour le nombre d'établissements ne disposant que d'une salle d'intervention chirurgicale, témoignant d'une dispersion des moyens humains et matériels toujours non résolue. En matière d'activités de nature interventionnelle, également consommatrices de ressources spécialisées, aucune évolution significative de l'offre de soins n'est intervenue.

L'hypothèse selon laquelle les GHT seraient la cause d'un appauvrissement de l'offre de soins des plus petits établissements au profit des établissements support ne semble pas vérifiée, tant en termes de volume que d'éventail des prises en charge proposées ou de niveau de complexité de ces prises en charge. Cette situation n'a rien d'étonnant au regard des orientations données aux PMP. En effet, ces documents ont largement retenu une approche centrifuge de la compétence médicale, qui prévoit la création d'une offre de soins nouvelle dans les établissements parties. Si ceci permet d'attester d'une réelle prise de conscience de la dimension territoriale de l'offre de soins par les praticiens des établissements support, elle peut être aussi analysée comme une dispersion inquiétante des forces médicales lorsqu'elle concerne des spécialités nécessitant un plateau technique lourd et des ressources médicales rares.

Les GHT doivent permettre de mener à son terme l'organisation territoriale de l'hospitalisation publique

Au vu de ces constats, la majeure partie des GHT n'ont pas eu, et ne pourront pas avoir, d'effet restructurant significatif sur l'offre de soins sans des liens plus forts entre établissements membres. En effet, la coexistence, au sein d'un même GHT, d'établissements autonomes soumis à l'impératif de générer des recettes d'activité propres et de la pression locale pour que perdure une offre de soins ne répondant pourtant pas toujours aux exigences de qualité et de sécurité a produit des modèles de collaborations médicales peu intégrés, de faible intensité et de nature à entretenir la dispersion de l'offre de soins spécialisée⁶ sur le territoire. L'épidémie de covid-19 est venue souligner un peu plus ce constat. En effet, les établissements sanitaires rassemblés au sein de GHT fortement intégrés semblent avoir montré une capacité de résilience et d'agilité supérieure face à l'épidémie. Au total, les orientations retenues par la majeure partie des GHT continuent à privilégier la réussite individuelle des établissements au détriment de celle, plus collective, du groupement. Cette logique pousse chaque acteur à vouloir déployer, en proximité, l'accès à une offre de soins la plus complète possible. Par ailleurs et au-delà des seuls GHT, la confusion qu'apporte la juxtaposition des réformes en matière de coordination de l'offre de soins au sein des territoires nécessite une ingénierie administrative importante et participe à la démobilisation des acteurs, y compris médicaux.

Or, la transition épidémiologique liée à **l'augmentation des maladies chroniques** vient bouleverser la notion de proximité. En effet, le système de santé va devoir assumer la prise en charge des patients sur une durée longue et à fréquence élevée, dans un contexte de **démographie médicale défavorable**. Les expériences internationales, notamment dans certaines régions de l'Amérique du Nord, montrent l'intérêt d'un accompagnement très actif du patient, qui nécessite le recours non à des plateaux techniques spécialisés en proximité, mais plutôt à un fort niveau d'expertise clinique (par exemple : cardiologie, pneumologie, diabétologie et endocrinologie). Les GHT, rendus plus homogènes, doivent constituer le cadre

⁶ Notamment en matière de chirurgie ou d'activités interventionnelles.

territorial de ce changement, en substituant aux plateaux techniques spécialisés en proximité une médecine à même de prendre en charge efficacement et en appui de la médecine de ville, les soins spécialisés et les maladies chroniques.

La Cour recommande ainsi l'émergence à moyen terme d'une personne morale unique au sein du GHT, effaçant la notion d'établissement. Cette dynamique d'intégration constitue une façon de répondre efficacement à la question de l'optimisation des moyens, à la fin de la concurrence intra-GHT, à la mise en œuvre d'une réelle solidarité entre structures hospitalières et d'une collaboration cohérente entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social. C'est d'ores et déjà la voie suivie dans plusieurs régions, soit par le biais des directions communes soit par la fusion juridique complète. Cependant la définition d'ensembles hospitaliers de plus grande dimension⁷ ne doit pas se traduire par une perte de la proximité avec les équipes médico-soignantes, les patients et leurs familles, la médecine libérale, le secteur médico-social et les élus. Les réformes engagées dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » offrent une occasion d'agir en ce sens.

⁷ Il n'est pas possible d'assimiler les GHT à des formes de nouvelles « AP-HP régionales ». En effet, le nombre d'établissements sanitaires qui composent un GHT (4 en moyenne) est sans rapport avec les 39 établissements de l'AP-HP. Il en est de même pour l'ensemble des autres critères ayant un impact sur l'organisation des soins (nombre de lits, effectifs, population couverte, densité de population, etc.).

Recommandations

1. Renforcer le suivi de la réforme au niveau tant national que régional et piloter de manière plus opérationnelle le suivi des actions des groupements via un avenant aux conventions constitutives, fixant objectifs et indicateurs de résultat (*DGOS*).
2. Réviser rapidement les périmètres des GHT de manière à ce que tous puissent constituer une offre publique cohérente et minimale (*DGOS, ARS*).
3. Mettre en cohérence les différentes délimitations territoriales en psychiatrie (secteurs, GHT, PTSM), afin de donner de la cohérence et de la lisibilité à la planification et aux actions prévues dans ce domaine (*DGOS, ARS*).
4. Associer les établissements privés exerçant une mission de service public hospitalier en psychiatrie aux GHT de leur ressort géographique (*ARS, GHT*).
5. Adopter rapidement une définition nationale des activités de recours, de référence et de proximité, qui doivent devenir des indicateurs de pilotage de l'offre de soins en région (*DGOS, Atih, ARS*).
6. Mettre en œuvre de façon obligatoire des applications informatiques uniques et convergentes au sein de chaque GHT et les financements adaptés (*DGOS, GHT*).
7. Mettre en place, à l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, des directions communes renforcées et encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique (*DGOS, ARS*).
8. Afin de renforcer les liens de proximité au sein de chaque territoire, confier aux établissements de santé parties aux GHT, et notamment aux hôpitaux de proximité, la mise en œuvre de la stratégie du groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population (*DGOS, ARS, GHT*).

Introduction

Le présent rapport répond à une demande d'enquête du président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 13 septembre 2019, sur « *les groupements hospitaliers de territoire* ».

La coopération en matière hospitalière est une préoccupation ancienne de l'action publique⁸. Depuis 50 ans, plusieurs textes se sont succédé afin d'accroître la prise en compte des territoires dans le domaine hospitalier. La **loi du 31 décembre 1970** a instauré la carte sanitaire et les secteurs sanitaires afin de se doter d'instruments prospectifs nécessaires à la régulation de l'offre de soins. Il en a résulté notamment les groupements hospitaliers de secteur et leur forme juridique, les syndicats inter-hospitaliers. Par la suite, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), instaurés par la **loi de juillet 1991**, ont relevé de la même démarche d'organisation territoriale de l'offre. **L'ordonnance du 24 avril 1996** a rendu obligatoire la création des communautés d'établissements de santé entre établissements publics d'un même secteur sanitaire. Cependant, cette disposition n'a jamais été appliquée. **L'ordonnance du 4 septembre 2003** a remplacé les secteurs sanitaires par des territoires de santé. La circulaire de mise en œuvre de ces dispositions a tenté d'imposer, aux établissements publics et privés d'un même territoire, la définition d'un projet médical de territoire par le biais des groupements de coopération sanitaire (GCS). En 2008, la mission de M. Gérard Larcher sur l'avenir de l'hôpital⁹ a recommandé la création de communautés hospitalières de territoire (CHT), traduites dans la **loi du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « **HPST** »). Dès 2012, la mission du « Pacte de confiance à l'hôpital » a repris ces travaux et recommandé la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les GHT ont été créés par la **loi du 26 janvier 2016** relative à la modernisation de notre système de santé.

⁸ Dans sa communication devant l'Académie de médecine intitulée *Histoire et Préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire*, E. Vigneron estime que « *L'idée des GHT n'est pas neuve, elle est née avec l'invention de la notion de territoire de secours à la fin du XVIII^{ème} siècle* » (in *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2018,202, n^{os} 8-9, 1967-1979, séance du 4 décembre 2018).

⁹ Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, rapport au Président de la République, au Premier ministre et à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008.

Aujourd'hui, les GHT doivent apporter une réponse aux différentes évolutions auxquelles tous les pays sont confrontés : l'augmentation des besoins réels et ressentis de santé, l'accroissement des pathologies chroniques et, en parallèle, l'innovation en santé, qui pousse à l'installation de plateaux techniques toujours plus complexes et coûteux et à un mouvement de « surspécialisation »¹⁰ des médecins¹¹, offrant de nouvelles chances aux patients. Ces évolutions ont conduit les États¹² à devoir réorganiser leurs offres de soins avec la triple exigence de garantir des soins de proximité tout en mutualisant les coûts de fonctionnement et en graduant l'offre de soins en fonction des niveaux de recours nécessaires avec l'objectif de garantir l'égalité d'accès aux soins. Les choix faits en France en 2016 avec l'installation des GHT reposent sur un mode de coopération qui, par son caractère obligatoire, marque une rupture avec les expériences antérieures.

Le présent rapport examine tout d'abord les défauts structurels des GHT (chapitre I). Il s'interroge ensuite sur leur impact sur l'offre de soins (chapitre II). Il présente enfin des pistes d'évolution afin de les rendre plus efficaces (chapitre III).

¹⁰ Une surspécialité est une discipline qui exige une formation additionnelle après les études de médecine.

¹¹ La médecine française disposait de 12 spécialités chirurgicales au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Un demi-siècle plus tard, on en recense officiellement 58 mais ce chiffre est évalué à 150 spécialisations en pratique courante dans les hôpitaux, et plus de 200 aux États-Unis (source : J. de Kervasdoué, *Qui paiera pour nous soigner ?*, novembre 2017).

¹² En Europe, l'ensemble des pays a initié cette transformation et des mécanismes de regroupements ont pu être identifiés en Autriche, au Danemark, en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas, en Italie et à Malte. Ces regroupements ont aussi eu une place importante dans les réformes récentes des systèmes de santé au Québec, à Singapour ou aux États-Unis.

Chapitre I

Les GHT présentent des défauts structurels qui appellent une supervision plus efficace

L'adhésion obligatoire de tous les établissements publics de santé à un GHT à la date du 1^{er} juillet 2016 est prévue par l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016¹³ relative à la modernisation de notre système de santé. Les conditions de création, les modalités de gouvernance ainsi que le périmètre des mutualisations des fonctions support et du projet médical partagé (PMP) de chacun des 136 groupements¹⁴ ont été fixés par les décrets du 27 avril 2016¹⁵ et du 2 mai 2017¹⁶.

I - Une nouvelle logique de coopération hospitalière

A - Un modèle de coopération ambitieux

Un des fondements essentiels de la loi HPST de 2009¹⁷ était de « *mieux adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels* »¹⁸. La loi a alors offert aux hôpitaux publics la possibilité de se regrouper en communautés hospitalières de territoire (CHT) sur la base du volontariat. Le législateur a, par conséquent, mis un terme aux groupements inter-hospitaliers issus de la loi n° 70-1318 du

¹³ I de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale* ».

¹⁴ 135 GHT ont été créés en juillet 2016, celui de Guyane a été installé en janvier 2019, le GHT 77 Est au 1^{er} janvier 2020 et le GHT psychiatrique Doubs-Jura a été supprimé à la même date.

¹⁵ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

¹⁶ Décret n° 2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mutualisées au sein des groupements hospitaliers de territoire. D'autres décrets pris en 2017 et 2018 complètent ce dispositif réglementaire pour la rémunération des équipes médicales, la gestion des ressources humaines mutualisées et les conséquences des GHT sur les personnels de direction des établissements.

¹⁷ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁸ DGOS, *HPTST, une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé*, 2009.

31 décembre 1970 portant réforme hospitalière¹⁹, qui constituaient l’outil de droit commun pour les partenariats fonctionnels entre établissements publics²⁰.

Les CHT ont été créées pour provoquer un renforcement de la complémentarité et de la gradation des soins entre établissements publics de santé. Ces communautés devaient en effet permettre, sur la base d’une convention constitutive entre un établissement siège et des établissements membres, la mise en œuvre de délégations de compétences et d’une stratégie commune d’activités médicales et de soins.

En complément de la création des CHT, et dans le souci de renforcer des coopérations entre établissements publics et privés, la loi HPST a réformé les groupements de coopération sanitaire (GCS)²¹, qui étaient l’outil de droit commun pour les coopérations public/privé, en leur ouvrant la possibilité de bénéficier du statut d’établissement de santé et d’être titulaires d’autorisations de soins. Les GCS ont alors été transformés en structures polymorphes : établissements de santé pour ceux bénéficiant de la personnalité morale ou entités de coopération dans les domaines logistiques ou immobiliers pour les autres, identifiés par conséquent comme des « GCS de moyens ». L’objectif principal porté par cette évolution était de provoquer des coopérations renforcées autour de deux structures complémentaires ouvertes aux établissements de santé.

Dans les faits, au moment de la création des GHT, les coopérations structurées autour d’un projet commun entre établissements publics de santé présentaient un caractère hétérogène et peu dynamique. Selon les données disponibles au moment des travaux parlementaires relatifs à la loi du 26 janvier 2016, qui ont débuté en 2014²², seules 116 fusions d’établissements avaient été réalisées entre 1995 et 2012 et 39 CHT étaient recensés en 2013. De même, la grande majorité des 600 GCS avaient pour objectif de mettre en commun un nombre limité d’activités et seuls une vingtaine de GCS étaient porteurs d’autorisations de soins aboutissant à des coopérations organiques.

Les nouveaux outils mis à la disposition des établissements de santé n’ont donc pas provoqué de rénovation en profondeur de l’offre de soins. Les résultats obtenus par les CHT et les GCS à personnalité morale ont ainsi été jugés insuffisants et ont conduit à la création des GHT.

B - Un modèle de coopération en rupture avec les pratiques antérieures

Le caractère obligatoire de la participation des établissements publics de santé aux GHT par la signature d’une convention constitutive entre les établissements membres avant le 1^{er} juillet 2016, a été l’élément moteur de la réforme. Cette obligation résulte d’un changement de logique, qui constitue une rupture, voulue par le législateur. Il n’est alors plus permis aux établissements publics de faire le choix d’exercer leurs missions de manière isolée sur un territoire. C’est ainsi que 135 GHT ont été installés le 1^{er} juillet 2016.

¹⁹ La mise en application de cette disposition (article 23-III) n’a été rendu possible que trois ans après la promulgation de la loi HPST par le décret 2012-1483 du 27 décembre 2012 relatif à la transformation des syndicats inter-hospitaliers en groupement de coopération sanitaire ou en groupement d’intérêt public.

²⁰ Les syndicats inter-hospitaliers (SIH) permettaient par exemple la gestion en communs de ressources logistiques ou informatiques, le partage de personnels de direction, administratifs, techniques, soignants ou médicaux entre établissements, la mise en place d’une trésorerie commune. Titulaires de la personnalité morale, les SIH pouvaient porter des autorisations de soins communes aux établissements parties.

²¹ Créés par l’ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l’hospitalisation publique et privée.

²² Étude d’impact du projet de loi relatif à la santé (NOR : AFSX14183551), 14 octobre 2014.

Cette nouvelle logique de coopération a rendu indispensable la nécessité de rénover le support juridique offert aux établissements dans ce domaine. La volonté de confier un caractère obligatoire aux rapprochements entre établissements publics de santé rendait la CHT obsolète en raison de son caractère facultatif. En complément d'un nouveau support juridique, il est apparu utile de conserver les GCS pour ne pas déstabiliser les coopérations existantes et pour permettre la poursuite et le développement des mutualisations et des rapprochements entre établissements publics et privés.

Le législateur n'a pas doté les GHT de la personnalité morale. Cette disposition résulte de la volonté de restreindre le nombre d'acteurs de soins. La création obligatoire des GHT était perçue comme suffisamment contraignante pour engendrer une recomposition de l'offre publique de soins. Afin d'emporter l'adhésion des acteurs, l'absence de personnalité morale présentait par ailleurs une garantie contre la fusion des établissements membres dans ce nouvel ensemble. De surcroît, l'obligation d'appartenance est limitée à un seul GHT et la décision de participer à un GHT relève de l'initiative individuelle de chaque établissement public.

L'absence de personnalité morale présente cependant des inconvénients. Elle ne permet pas au GHT de gérer en son nom un budget autonome, de disposer d'un patrimoine, de recruter son personnel, ou d'être titulaire en propre d'une autorisation de soins ou de matériels lourds.

C - Un modèle de coopération qui doit favoriser l'efficience

Pour conférer un caractère structurant à la mise en œuvre des GHT, la loi²³ leur a confié deux missions essentielles destinées à améliorer l'efficience de l'hospitalisation publique :

- accroître l'efficacité de l'offre de soins publique et la mise en œuvre d'une « *stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* », de manière à organiser une offre de soins cohérente, mutualisée et graduée entre les établissements membres, qui implique par ailleurs la mise en place d'un département d'information médicale de territoire et l'organisation « *en commun des activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de pharmacie à usage intérieur* » ;
- engendrer des économies de dépenses de santé par « *la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements* », en particulier pour les systèmes d'information, les achats, les plans de formation du personnel et la coordination des instituts et écoles paramédicaux.

Ces deux missions fondent la principale différence entre les GHT et les CHT. Pour les GHT, le législateur a déterminé des objectifs précis qui impliquent la définition en commun d'un programme de travail concernant le projet médical et soignant et la gestion des fonctions support.

Pour atteindre ces deux missions, la loi a, en outre, organisé deux statuts pour les établissements membres d'un GHT : un statut d'établissement support, qui a la charge de l'administration des fonctions mutualisées et des instances du groupement, et un statut d'établissements parties, qui concourent, avec l'établissement support, à la définition de la stratégie du GHT et à sa mise en œuvre. Les fonctions support mutualisées des GHT sont assurées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au GHT.

²³ II de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

La mutualisation des fonctions support devait s'opérer dans un objectif d'efficience des établissements publics de santé. Cette perspective s'inscrivait dans le cadre du plan triennal d'économies sur les dépenses d'assurance maladie 2015-2017. En 2016, les établissements publics de santé présentaient un déficit de 521,5 M€ au titre de leur budget principal et de 473,6 M€ en tenant compte de leurs budgets annexes. L'estimation des économies potentielles liées à la création des GHT était initialement chiffrée à 400 M€ pour les trois premières années²⁴, dont 270 M€ au titre de la mutualisation des fonctions support, 50 M€ au titre de la diminution du recours à l'intérim médical liée à une plus forte attractivité de certains postes médicaux définis dans le projet médical partagé et 38 M€ par la mutualisation de la permanence des soins.

II - Des structures qui se veulent intégratives à l'échelle d'un territoire

A - La difficile mesure des besoins de la population

En parallèle des changements apportés aux modalités de coopérations hospitalières, le législateur a régulièrement fait évoluer les modalités d'administration de la santé et d'organisation de l'offre de soins au niveau local. Ainsi, de 1970 au début des années 1990, ces modifications ont consisté à mettre en place des outils de planification de l'offre de soins. L'aboutissement de ce mouvement a été la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire, qui permettaient de déterminer les modalités d'installation des lits, des spécialités hospitalières et des équipements et matériels lourds.

Progressivement, la notion de bassin de santé a été prise en compte pour organiser l'offre de soins. Ce bassin de santé, qui correspond à celui d'un territoire, rassemblant des lieux de vie et de soins, délimité en cohérence avec l'état de santé d'une population, émerge au début des années 2000²⁵. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé²⁶ a ainsi mis en place 159 territoires de santé en remplacement des anciens secteurs sanitaires.

En 2009, la création des projets régionaux de santé (PRS) par la loi HPST²⁷ a conduit les nouvelles agences régionales de santé (ARS) à exercer leurs missions sur la base d'une vision moins centrée sur l'hospitalisation. Les PRS avaient en effet pour objectif de porter la prévention en santé et l'organisation régionale des soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux, tout en tenant compte de l'état de santé des populations au niveau infrarégional. Les territoires de santé ont alors été modifiés et leur nombre a été porté à 108. Ils devaient réduire les inégalités en santé par l'organisation d'une offre de soins de proximité. C'est essentiellement la notion d'accès aux soins qui a donc guidé les premières stratégies des ARS.

²⁴ Étude d'impact du projet de loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

²⁵ Ministère de la santé, *Territoire et accès aux soins*, rapport du groupe de travail, janvier 2003.

²⁶ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

²⁷ Les objectifs des PRS ont été précisés par le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

Pour faciliter l'organisation régionale des soins, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a institué des territoires de démocratie sanitaire²⁸ en lieu et place des territoires de santé. Chaque territoire de démocratie sanitaire est doté d'un conseil territorial de santé (CTS) qui associe des représentants des professionnels, des élus, des usagers, de l'État et de la sécurité sociale, chargé notamment de l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé. Ce CTS devait ainsi permettre le décloisonnement des politiques publiques et l'animation des acteurs et faciliter la coordination des politiques publiques de santé. La loi santé de juillet 2019²⁹ a renforcé les compétences des CTS pour assurer plus de cohérence dans la définition et la mise en œuvre des actions des différents acteurs de santé.

B - Une stratégie de groupement en réponse aux besoins locaux de santé

1 - Le GHT doit organiser la réponse publique aux besoins de santé

Dans ce contexte, les conditions d'élaboration des projets médicaux partagés (PMP) ont été fixées par le décret du 27 avril 2016. Ce texte stipule que le PMP doit définir « *la stratégie médicale du GHT* » destinée à organiser une gradation des soins hospitaliers publics sur le territoire du GHT ainsi qu'une organisation des filières médicale et soignante pour une période maximale de cinq ans. Après approbation par les instances des établissements membres du GHT et des instances du GHT, le PMP est soumis à la validation à l'ARS.

Pour la première version des PMP réalisée au 1^{er} juillet 2017³⁰, les ARS devaient s'assurer de la cohérence avec la deuxième version des projets régionaux de santé attendus pour le 1^{er} juillet 2018 et qui étaient alors en préparation.

L'objectif des PMP est de définir une offre publique de filières de soins gradués en tenant compte des spécialités disponibles sur le GHT (par exemple médecine, gériatrie, cardiologie, imagerie, anesthésie...), des modes de prise en charge préexistants (HAD, médico-social, soins palliatifs, soins de suite et de réadaptation...) et des besoins de santé de la population mesurés au préalable par diagnostic territorial propre au GHT. Pour assurer la cohérence entre les besoins de santé et les PMP, le diagnostic territorial a été rendu obligatoire.

Les projets régionaux de santé (PRS) de deuxième génération, adoptés en 2018 par les ARS, tiennent compte des diagnostics territoriaux et des axes stratégiques des PMP. Ils organisent les réponses aux besoins de santé à travers des volets spécifiques pour le sanitaire, la médecine de ville et le secteur médico-social. Le GHT ne suffit cependant pas à assurer une réponse totale aux besoins des patients lorsqu'ils nécessitent un accès à des acteurs agissant en amont et en aval des temps hospitaliers ou lorsque l'offre publique n'est pas suffisante.

²⁸ Le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé prévoit que les territoires de démocratie sanitaire arrêtés par l'ARS après avis de la préfecture de région, de la CRSA et des collectivités territoriales concernées instituent, notamment, des zones donnant de répartition des activités et équipements de soins et des laboratoires de biologie médicale et des zonages pour les professionnels de santé libéraux.

²⁹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

³⁰ L'article 5 du décret du 27 avril 2016 prévoit que les PMP devaient être écrits progressivement dans le respect de trois échéances : le 1^{er} juillet 2016 pour les objectifs médicaux, le 1^{er} janvier 2017 pour les filières de soins gradués et le 1^{er} juillet 2017 pour la détermination des activités médicales.

2 - Le GHT doit coopérer avec les autres acteurs de santé du territoire

En complément de l'accès aux soins, un des indicateurs les plus pertinents pour noter la qualité de l'organisation territoriale des soins est celui qui permet de mesurer la transition entre l'établissement de santé et le domicile. En ce sens, une stratégie territoriale de santé efficace doit prévenir le risque de rupture de continuité des soins et la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les ré-hospitalisations évitables³¹. Les ARS doivent assurer la gestion de ce risque par un maillage efficace de l'offre publique et privée, à domicile ou en établissement.

Devant la nécessité de renforcer la coordination entre les acteurs de santé de ville et hospitaliers, la médecine de parcours, initiée par la loi HPST, a ainsi été identifiée comme un des objectifs à inscrire dans la stratégie nationale de santé (SNS) dès l'année 2013³². Il s'agissait alors d'inciter à la coordination de tous les acteurs de santé d'un territoire pour organiser une prise en charge partagée. Cette évolution s'inscrivait dans un contexte d'incitation au développement des prises en charge en ambulatoire dans les établissements de santé et de rénovation des soins de premiers recours.

Les GHT ont cependant essentiellement pour mission de recomposer l'offre publique de soins sanitaire et médico-sociale. En sus de l'obligation de s'associer à un CHU, la loi prévoit une association facultative avec les établissements publics de psychiatrie³³. Les GHT peuvent, de plus, s'associer avec des établissements médico-sociaux, d'HAD et ceux du service de santé des armées. Ils peuvent, en outre, élaborer des partenariats avec les établissements de santé privés, dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Les établissements associés et partenaires ne deviennent pas membres du GHT mais participent, pour ce qui les concernent, à la définition et à la mise en œuvre du projet médical partagé. De manière plus intégrative, des mutualisations peuvent être conclues avec les établissements associés. Le statut d'établissement associé ou partenaire conditionne un engagement en théorie moins intégratif que celui d'établissement partie.

Le lien avec les acteurs de ville est donc totalement absent du schéma constitutif des GHT. Depuis la mise en place des GHT, la loi de transformation du système de santé de juillet 2019³⁴ a cependant organisé une nouvelle articulation entre médecine de ville, secteur médico-social et hôpital. Elle a, en ce sens, réaffirmé le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées par la loi du 26 janvier 2016³⁵. L'installation des CPTS, à l'initiative des professionnels de santé de ville, leur permet de porter des projets pour renforcer l'offre de soins et la prise en charge d'une population. Les CPTS ont par ailleurs vocation à organiser des liens les acteurs du second recours, du sanitaire, du social et du médico-social sur un même territoire.

³¹ HAS, *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?*, septembre 2014.

³² La stratégie nationale de santé 2018-2022 qui détermine 11 domaines d'actions prioritaires et 43 objectifs nationaux est instaurée par la loi du 26 janvier 2016 et résulte d'une série de travaux qui ont débuté en 2012.

³³ Un établissement autorisé en psychiatrie peut être à la fois membre d'un GHT et associé d'un ou plusieurs autres GHT, dans un objectif de participer à l'élaboration du projet médical partagé.

³⁴ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

³⁵ En septembre 2019, 400 projets de CPTS étaient recensés et couvraient une population de 16 millions d'habitants. L'objectif gouvernemental est d'aboutir à la création de 1 000 CPTS en 2022.

L'adoption des projets territoriaux de santé (PTS), prévue par la loi de juillet 2019, devrait assurer une organisation des soins coordonnée notamment entre les projets des CTPS, les PMP des GHT³⁶ et le projet territorial de santé mentale (PTSM). La CTPS constitue ainsi un interlocuteur privilégié pour les établissements de santé afin d'organiser la continuité de la prise en charge des patients en amont et en aval de la consultation ou du séjour hospitalier. Le GHT devient alors une plateforme destinée à servir un objectif de construction d'une offre publique de soins coordonnée sur un territoire et un objectif d'amélioration de l'efficacité des établissements publics de santé. Ces deux cibles doivent être atteintes en prenant en compte l'ensemble des besoins de santé de la population du territoire du GHT et implique alors une coordination avec les acteurs de santé du territoire.

Pour exercer ces missions, la loi a doté le GHT d'une gouvernance spécifique destinée à favoriser la concertation entre les établissements membres.

III - Une gouvernance inadaptée aux missions des GHT

Les GHT n'étant pas dotés de la personnalité morale, la gouvernance qui leur est propre est construite pour favoriser l'adoption de visées communes au service du PMP et des fonctions support mutualisées. La loi santé de 2016 fait reposer les GHT sur un engagement contractuel et des instances de décisions spécifiques. Le mode de fonctionnement des GHT reste cependant à parfaire pour mieux intégrer la dimension territoriale et la stratégie médicale.

A - Des structures qui reposent sur une convention constitutive

La convention constitutive est l'élément juridique central et l'acte créateur du GHT. Il s'agit d'un engagement contractuel pris pour dix années entre établissements membres. L'article 107 de la loi santé de 2016 prévoit que la convention constitutive est approuvée par l'ARS après que celle-ci a apprécié « *la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé* ». L'ARS peut « *demandeur que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité* ». La loi prévoit ensuite que la convention définisse un projet médical partagé qui constitue *de facto* une annexe à la convention.

³⁶ Selon les termes de l'article 22 de la loi santé de 2019, « *le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été validé, avec le concours éventuel de l'union régionale des professionnels de santé mentionnée à l'article L. 4031-1, et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.*

Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé ».

Le législateur a inscrit la « *mise en œuvre d'une prise en charge commune et graduée du patient* » comme objectif central des GHT. La loi stipule que la convention constitutive définit les délégations et les transferts d'activités de soins ou d'équipements et matériels lourds entre établissements du groupement ainsi que l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux. Le décret du 27 avril 2016 précise que la convention constitutive comporte un volet relatif au PMP et un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du GHT. C'est ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement ne sont fixées que secondairement par rapport à l'organisation des activités médicales.

La loi prévoit que la désignation de l'établissement support est soumise à l'approbation des deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement³⁷. Ce régime instaure une égalité parfaite entre les établissements, le poids du vote n'étant pondéré par aucun critère de nature juridique, de taille ou d'activité des établissements.

Le rôle confié à l'établissement support par la loi est celui d'assurer « *pour le compte des autres établissements partie au groupement les fonctions et les activités déléguées* ». La convention doit préciser la durée des délégations et les modalités de leur renouvellement. Le législateur n'a donc pas introduit de hiérarchie entre les établissements du groupement. L'établissement support est le mandataire des autres établissements. Sa désignation ne lui confère pas d'autre droit que celui de gérer les fonctions et activités mutualisées pour le compte des autres parties³⁸.

Enfin, la convention constitutive doit déterminer la composition du comité stratégique du groupement, les modalités d'articulation entre les commissions médicales des établissements et le rôle du comité territorial des élus locaux « *chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement* ». La convention doit, de surcroît, détailler les modalités de pilotage du groupement. La convention constitutive peut être modifiée par des avenants. C'est notamment par cette voie que sont adoptés les PMP et leurs propres avenants.

Généralement, les conventions des GHT formalisent³⁹ les éléments obligatoires fixés par la loi, mais seules une minorité d'entre elles comportent des dispositions sur des éléments facultatifs tels qu'un exposé des motifs qui ont conduit les établissements du groupement à s'engager dans le GHT et un descriptif de l'antériorité de leurs relations contractuelles. De la même manière, peu de conventions apportent des précisions sur le régime budgétaire et comptable du GHT et sur les éléments de la participation financière des établissements au groupement. Enfin, les modalités de gestion des fonctions mutualisées avec l'établissement support et le régime des délégations de signature sont le plus souvent peu précises et les conventions n'apportent que peu d'éléments de nature à les sécuriser juridiquement.

³⁷ Selon les termes de l'article 107 de la loi santé de 2016, « *à défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux* ».

³⁸ La désignation de l'établissement support emporte cependant une importance particulière lorsque le GHT comporte des établissements situés dans des régions différentes puisque, selon les termes du décret du 27 avril 2016, il est alors prévu que « *le directeur général de l'agence régionale de santé compétent est celui du ressort de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire* ».

³⁹ Analyse réalisée sur la base des conventions constitutives des GHT de l'échantillon de l'enquête.

Les conventions constitutives présentent, conformément à la loi, les grandes orientations du PMP mais n'abordent que de manière simplifiée les fonctions mutualisées (systèmes d'information, achat, information médicale de territoire et formation). Or, si la loi et son décret d'application du 27 avril 2016 étaient prescriptifs sur les attendus du PMP à faire figurer dans les conventions constitutives, les imprécisions relatives aux fonctions mutualisées auraient dû conduire les GHT à préciser le contenu et les modalités des coopérations dans ces domaines. En effet, le décret qui précise certaines règles de fonctionnement des GHT n'a été publié qu'en mai 2017⁴⁰.

Considérant l'ensemble ces éléments, il apparaît que les GHT reposent sur des conventions constitutives souvent minimalistes pour ce qui concerne les relations fonctionnelles entre les établissements du groupement.

B - Un schéma de fonctionnement déjà remis en cause

1 - Des instances peu adaptées à la mission des GHT

L'instance de pilotage du GHT est le comité stratégique, présidé par le directeur de l'établissement support⁴¹. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.

Des instances de consultation sont constituées pour assurer la représentation des personnels médicaux, paramédicaux et techniques et des usagers. Le GHT est ainsi doté d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement qui coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation. Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de groupement et un comité des usagers sont également prévus pour chaque GHT.

Enfin, le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement. Il est le garant de l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. Il rassemble les maires des communes dans lesquelles sont implantés les établissements parties ainsi que les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

Deux particularités méritent d'être relevées :

- l'existence du comité territorial des élus locaux : la mission d'organiser des soins publics sur un territoire étant ainsi réalisée sous le contrôle et l'évaluation de ce comité en amont de celui exercé par l'ARS ;

⁴⁰ Ce décret apporte notamment des précisions sur la répartition des rôles entre l'établissement support et les parties en matière d'achats et de nomination des agents chargés des fonctions mutualisées.

⁴¹ Art. R. 6132-10 du code de la santé publique : « *Le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire est présidé par le directeur de l'établissement support* ». Le comité stratégique rassemble les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques de l'ensemble des établissements parties au groupement.

- l'absence d'instance de consultation des représentants du personnel : les textes ont doté chaque GHT d'une conférence territoriale de dialogue social, qui ne dispose que d'un droit d'information des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT. Il en ressort que le dialogue social continue à fonctionner au niveau des établissements partie prenante du GHT et pas du GHT lui-même (près de 60 % des conventions constitutives ne prévoient que deux réunions de ces instances par année⁴²).

En outre, le décret du 27 avril 2016 prévoit que la composition précise et les compétences des trois instances de consultation sont fixées par la convention constitutive des GHT. De plus, si la réglementation prévoit que les instances propres aux GHT se superposent à celles des établissements, leur mode d'organisation et de fonctionnement (en particulier le nombre minimal de réunions annuelles) est également confié à l'appréciation des établissements. Ces éléments sont alors précisés dans les conventions constitutives. Il en ressort un principe de libre administration du GHT pour déterminer une partie de sa gouvernance.

2 - Une gouvernance à rénover

a) Des instances peu attractives pour les élus et les personnels

Les représentants des personnels⁴³ participent de manière variable à la conférence territoriale de dialogue social des GHT. Si certaines organisations telles que la CGT ont manifesté dès le départ une volonté de ne pas participer à cette instance en raison de leur opposition à l'existence des GHT, les représentants qui y participent font part de leur volonté de disposer d'un droit de vote sur les décisions du GHT de manière identique à celui dont ils disposent en comité technique d'établissement (CTE).

Cette instance d'échange avec les représentants du personnel est donc souvent vécue comme une étape obligatoire par les directions de GHT et inutile par les représentants du personnel. Les incidences que peuvent avoir la mutualisation des fonctions support ou les évolutions de l'offre de soins sur les conditions de travail des agents nécessiteraient pourtant d'être discutées au niveau de l'instance du GHT et non simplement dans les CTE des établissements.

Par ailleurs, le comité territorial des élus rencontre également des difficultés de fonctionnement. Les conventions constitutives prévoient généralement la tenue minimale de deux réunions par an. En pratique peu d'élus manifestent la volonté de participer à un nombre plus important de réunions de cette instance. Cette situation pose la question de la nécessité de mieux associer les élus aux décisions des GHT, en particulier lorsque le PMP conduit à une réorganisation substantielle de l'offre publique de soins sur un territoire. Il est par ailleurs noté que l'instauration du comité territorial des élus est un changement de paradigme par rapport aux dispositions de la loi HPST, qui visaient à renforcer le rôle du directeur dans la gestion des établissements de santé.

⁴² DGOS, données du comité de suivi des GHT du 4 avril 2017.

⁴³ Notamment ceux rencontrés par les rapporteurs dans le cadre des déplacements réalisés au cours de l'instruction.

b) La nécessité de faciliter la structuration des filières médicales de territoire

Jusqu'en 2019, le GHT pouvait faire le choix de se doter d'une commission médicale de groupement en lieu et place du collège médical. Sa composition était alors précisément fixée par voie réglementaire (I de l'article R. 6132-9 du code de la santé publique). L'article 37 de la loi santé de 2019 a rendu obligatoire la mise en place d'une commission médicale de groupement (CMG) dont les modalités d'installation, c'est-à-dire la composition et les règles de fonctionnement, seront précisées par des textes prévus initialement pour l'été 2020⁴⁴.

Le nouveau format de la CMG vise à instituer une gouvernance de GHT plus orientée vers la mise en œuvre du projet médical partagé. La CMG aurait ainsi vocation à détenir des compétences identiques à celles des commissions médicales d'établissement de santé (CME) et aurait notamment un avis à donner sur la politique de recherche et d'innovation, la permanence des soins et la démarche de certification qualité du GHT. Cette instance permettrait, en intervenant en sus des CME d'établissement, de renforcer la capacité des représentants des personnels médicaux du GHT à formuler un avis unique sur le contenu du projet médical du GHT dans un objectif de créer des filières de soins plus intégrées.

Certaines compétences actuellement détenues par les CME des établissements seraient aussi transférées à la CMG. Il s'agit par exemple de favoriser la possibilité de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du GHT ou bien d'offrir à la CMG la capacité de formuler un avis sur la cohérence des CPOM des établissements avec le PMP du GHT.

L'objectif recherché par cette évolution de la gouvernance est également de donner une place rénovée au corps médical et de médicaliser la gouvernance des GHT. Cette nouvelle logique de gouvernance nécessite alors de donner un poids plus important aux fonctions des présidents des CME⁴⁵ des établissements membres et du président de la CMG du GHT. L'hypothèse d'un cumul des deux fonctions semble la plus probable. Enfin, la CMG devrait pouvoir offrir la possibilité de faire siéger des personnalités qualifiées extérieures au GHT de manière à garantir une articulation avec d'autres acteurs de comme les CTPS, par exemple. En tout état de cause, la réforme de la gouvernance des GHT doit être utilisée pour formaliser un lieu d'échange de la politique médicale au niveau territorial. Elle ne peut en ce sens se limiter à transférer les compétences des CME à la CMG.

c) La nécessité de libérer la gouvernance des GHT

Le nombre d'instances créées à l'occasion des GHT est venu alourdir sensiblement le processus de prise de décision dans les établissements publics de santé. Les instances du GHT telles qu'elles existent aujourd'hui se superposent en effet aux instances des établissements membres. À titre d'illustration, le GHT du Limousin doit actuellement consulter environ

⁴⁴ Prévision antérieure à l'épidémie de covid-19. Des arbitrages sont ainsi à apporter sur les modalités de représentation du corps médical des établissements membres ainsi que celles des filières médicales et des spécialités médicales du GHT. Par ailleurs, la détermination des membres de droit (*a minima* les présidents de CME) et des membres invités reste à formaliser.

⁴⁵ En ce sens, les CME auraient vocation à formuler des propositions sur la mise en œuvre du PMP au sein des établissements membres en complément de leur capacité à émettre un avis sur le PMP.

90 instances pour faire évoluer sa convention constitutive ou son PMP⁴⁶. D'autres GHT de taille plus modeste sont également confrontés à la nécessité de consulter une cinquantaine d'instances pour agir sur leur projet médical ou sur une action stratégique.

Cette situation se reproduit également dans le cas où le GHT dispose de directions communes entre ses établissements. Les directeurs du GHT sont alors confrontés à la nécessité de réaliser des présentations identiques et de soumettre à l'ordre du jour les mêmes questions aux différentes instances des établissements membres.

Le manque d'agilité qui en résulte provoque à la fois un ralentissement dans la prise de décisions ou bien l'entrée en vigueur de décisions sans respect des procédures. C'est ainsi que les PMP sont souvent en décalage avec la réalité de terrain puisqu'une partie des actions réalisées n'a pas donné lieu à des avenants ou à des révisions formelles de ces documents stratégiques. Cette absence de conformité des PMP avec la réalité de terrain place alors l'ARS dans l'impossibilité de connaître et de contrôler la véritable organisation des soins sur son territoire.

Compte tenu de la complexité de la gouvernance et des lourdeurs qu'a entraînées la multiplication des instances, la loi santé de 2019 a ouvert la possibilité, pour les GHT qui le souhaitent, de fusionner des instances de manière à créer une gouvernance plus intégrée. Concrètement, les directoires des établissements pourraient fusionner avec le comité stratégique, les CME avec la CMG, les instances de représentants du personnel avec l'instance de concertation prévue à cet effet. Cette simplification est cependant soumise à des textes d'application qui sont en préparation depuis la fin de l'année 2019. Ces mesures devraient permettre de réaliser des gains d'efficacité, compte tenu du temps passé par les personnels dans les instances actuelles et de la capacité pour les GHT de prendre des décisions de manière plus rapide et plus efficace.

La fusion des instances des établissements trouve tout son sens dans les GHT où les directions communes sont particulièrement implantées. Les directions communes, source d'efficacité dans la gestion administrative, permettent en effet de mieux valoriser le rôle du GHT auprès des élus et de favoriser la prise de décisions intégratives et compatibles avec les objectifs des GHT.

Pour autant, si les directions communes sont un facteur d'intégration favorable aux GHT, leur existence ne repose que sur des conventions adoptées par les conseils de surveillance des établissements de santé qui les partagent. Ce manque de stabilité juridique pose le problème de la pérennité des directions communes, qui sont alors exposées au risque permanent de leur destitution.

⁴⁶ La convention constitutive ne comportant pas moins de sept pages de visas en amont de son article 1^{er}.

IV - Un pilotage ministériel à renforcer

Les établissements publics de santé n'ont disposé que de cinq mois pour constituer les GHT⁴⁷, sur la base de la libre participation des établissements à un groupement et avec comme enjeux la mutualisation d'une partie de leurs fonctions support et la construction d'une offre commune et graduée des soins.

Dans de telles conditions, la qualité du pilotage de la réforme, qui repose sur la DGOS, est dépendante de l'organisation d'échanges réguliers avec les acteurs de l'offre publique et privée de soins et de la capacité à organiser l'évaluation des résultats. En ce sens aucune étude relative aux coûts de la mise en place des GHT, à leur poids financier ou à leurs incidences sur l'efficacité de l'hospitalisation publique n'a été conduite par le niveau national.

Tout en rénovant les projets régionaux de santé, les agences régionales de santé sont, pour ce qui les concerne, intervenues en complément de la DGOS pour approuver les périmètres des GHT ainsi que leur convention constitutive puis leur PMP un an plus tard. Les ARS ont également accompagné les GHT pour faciliter la mise en œuvre de leurs objectifs en tenant compte de l'activité des autres offreurs de soins.

A - Un accompagnement mis en œuvre sans retard

Dès le mois de mars 2016, la DGOS a mis en place un comité national de suivi rassemblant les acteurs de l'offre de soins concernés directement ou non par les effets de l'installation des GHT⁴⁸. En lien avec le secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, la DGOS a également piloté un plan d'accompagnement de la mise en place des GHT⁴⁹ dès juillet 2016, présenté au comité national de suivi du 21 septembre 2016.

Les principaux objectifs de cet accompagnement ministériel étaient de faciliter les transformations et en particulier les évolutions des métiers, de provoquer et favoriser les changements managériaux et de collecter et diffuser les bonnes pratiques des GHT pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre opérationnelle de la réforme. Pour ce faire, le plan d'accompagnement a été doté de 10 M€ et comportait, pour moitié, des crédits destinés aux opérateurs nationaux pour la mise en œuvre d'actions d'accompagnement et pour l'autre moitié, des fonds à attribuer sous forme d'aide à la contractualisation (AC) aux établissements support des GHT. De plus, les ARS étaient libres de verser des accompagnements supplémentaires à la mise en place des GHT par le biais du fonds d'intervention régional⁵⁰. En décembre 2016, les crédits d'amorçage ainsi délégués par les ARS en sus des crédits AC se sont élevés à 3,5 M€.

⁴⁷ La loi de santé du 26 janvier 2016 a fixé la date limite de constitution des GHT au 1^{er} juillet de cette même année.

⁴⁸ Il s'agit notamment des ARS, des fédérations hospitalières, des partenaires sociaux, des conférences de directeurs et de présidents de CME et des représentants des usagers.

⁴⁹ DGOS, *Plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT à destination des établissements parties*, octobre 2016.

⁵⁰ La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012 a institué un Fonds d'intervention régional (Fir) pour que les ARS puissent financer des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination, de la permanence, de la prévention, de la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. La gestion du Fir a été renouvelée par la LFSS de 2016 (création d'un budget annexe dans les ARS).

Au début de l'année 2017, soit six mois après l'entrée en vigueur de la réforme, 60 % des GHT bénéficiaient d'une action d'accompagnement conduite par les opérateurs nationaux⁵¹. L'utilisation de l'ensemble des crédits alloués aux établissements par le niveau national (5 M€) et les ARS (3,5 M€) a concerné à plus de 30 % la préparation des PMP⁵². En janvier 2017, les trois quarts des GHT avaient ainsi stabilisé la définition des filières de leur PMP⁵³.

La DGOS a par ailleurs relevé, dès le mois de juillet 2016, les besoins d'accompagnement des ARS, qui portaient notamment sur l'appui à l'évaluation des PMP et des filières de prise en charge à l'échelle d'un territoire, l'accompagnement à l'évolution du dialogue de gestion et des outils d'analyse budgétaire dans une logique territoriale et l'adaptation des compétences au sein des ARS. Pour compléter ce dispositif initial d'accompagnement de 10 M€, la DGOS a organisé deux appels à projet, d'un montant total de 25 M€ en 2018⁵⁴ et de 14 M€ 2019⁵⁵, pour accompagner financièrement la mise en œuvre des PMP et des systèmes d'information convergents. Au cours de l'année 2019, un deuxième plan d'accompagnement des GHT a été décidé, pour un montant de 18 M€ en 2019 et 18 M€ en 2020. Ses objectifs sont de permettre aux GHT de s'intégrer de manière plus efficiente dans la stratégie définie par la loi santé de 2019. Il s'agit notamment de préparer l'évaluation et la révision des PMP à l'horizon 2020.

B - Un suivi à approfondir pour gagner en efficacité

De manière à assurer un pilotage au quotidien de la réforme, une chefferie de projet, positionnée auprès de la directrice générale pour conforter son assise transversale et stratégique, était dotée initialement de 4 ETP⁵⁶. La mission se concentre aujourd'hui essentiellement sur la cheffe de mission, qui agit désormais en lien avec les différents bureaux et moyens de la DGOS.

1 - Un comité de suivi qui ne remplit que partiellement son rôle

Le comité de suivi doit accompagner les acteurs et en particulier les établissements publics pour mettre en œuvre les dispositions règlementaires et instructions ministérielles qui sont venues préciser les conditions de réalisation des missions des GHT depuis la loi santé de 2016.

⁵¹ Selon les éléments communiqués au comité de suivi du 19 janvier 2017.

⁵² Chiffres du comité de suivi du 19 janvier 2017.

⁵³ Données du comité de suivi du 4 avril 2017.

⁵⁴ Instruction DGOS/GHT/2017/310 du 6 novembre 2017 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre des projets médico-soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire. Cet appel à projet, doté de 25 M€ en 2018, est destiné à soutenir la traduction opérationnelle des projets médico-soignants partagés des GHT. L'instruction définit la répartition de cette enveloppe entre les différentes régions, les thématiques éligibles à l'appel à projet, les montants forfaitaires pour chaque thématique, le calendrier de mise en œuvre de l'appel à projet ainsi que les modalités de gestion de cet appel à projet par les ARS. C'est ainsi que 376 projets ont été retenus pour 1 020 déposés (comité de suivi du 4 décembre 2018).

⁵⁵ Instruction DGOS/PF5/2019/195 du 06 septembre 2019 relative à l'appel à projet pour la mise en œuvre de la convergence des systèmes d'information des GHT. L'appel à projet est piloté par les ARS, qui disposent d'une enveloppe dont la liquidation était prévue pour moitié en 2019 et pour l'autre en 2019. Cette enveloppe est fonction du volume d'activité des établissements publics de santé parties aux différents GHT.

⁵⁶ Soit une directrice d'hôpital chargée de la chefferie de projet, un conseiller médical, une juriste, une conseillère paramédicale et une secrétaire.

Entre le mois de mars 2016 et la fin de l'année 2019, 25 réunions du comité de suivi ont été organisées, établissant ainsi un rythme de huit réunions chaque année en moyenne. Les ordres du jour de cette instance font apparaître des thématiques variées telles que la concertation sur les projets de textes règlementaires relatifs aux GHT, les ressources humaines (délégation de fonctions, responsabilités du directeur de l'établissement support, etc.), l'élaboration de panoramas régionaux ou la construction des PMP. L'intérêt de ces réunions n'est pas en cause.

Le comité de suivi est également un lieu de partage d'expériences et d'échanges entre les établissements. Il organise des interventions nationales (DGOS ou opérateurs), régionales (ARS, fédérations) et locales (établissements). Conçu initialement pour réunir les acteurs de la prise en charge sanitaire et médico-sociale en établissement et au domicile concernés par cette réforme, le comité de suivi aborde également les incidences des réformes en cours du système de santé, de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles, qui ont des conséquences sur les GHT.

La DGOS doit donc exercer un rôle de mise en cohérence des différentes réformes en cours afin de faciliter les missions dévolues aux GHT et en particulier la réalisation des PMP. Cette mission revêt une importance particulière depuis l'adoption de la loi santé de 2019 et le programme « Ma santé 2022 »⁵⁷ dont un des objectifs est d'améliorer les parcours de soins et de renforcer les liens entre les acteurs de ville et les établissements.

Ainsi à compter de 2019, ce sont près de dix chantiers thématiques qui sont ouverts pour la réalisation de la stratégie de transformation du système de santé (STSS)⁵⁸ dont plusieurs présentent une importance particulière pour les GHT, nonobstant celui qui leur est spécifique à travers « l'acte II » des GHT qui doit les conduire à renforcer leur « *vision territoriale et leur responsabilité populationnelle* »⁵⁹.

C'est dans ce contexte que la thématique des partenariats avec les établissements privés (lucratifs ou non) aurait mérité une plus grande attention du comité de suivi. Alors qu'en octobre 2016, 82 % des GHT n'avaient pas conclu de partenariats avec les établissements privés⁶⁰, les travaux avec les fédérations de ces établissements ne se sont pas particulièrement développés au cours de l'année 2017⁶¹. Ainsi, le sous-groupe de travail consacré aux conventions d'association et de partenariat ne s'est pas réuni entre le mois de mars 2017 et la fin de l'année

⁵⁷ La stratégie de transformation du système de santé (STSS) ou « Ma santé 2022 », a été présentée par le Président de la République le 18 septembre 2018. Cette stratégie, dont la première étape avait été amorcée en mars 2018, s'inscrit dans la stratégie nationale de santé (SNS), qui fixe le cadre de la politique de santé 2017-2022.

⁵⁸ Il s'agit notamment de : la structuration territoriale des soins de proximité, la régulation des soins non programmés, la gradation de soins, la qualité et la pertinence des pratiques, la réforme du financement des établissements, le numérique en santé, la rénovation des formations, les fonctions managériales à l'hôpital, les parcours en santé.

⁵⁹ DGOS, présentation de la STSS en septembre 2018 au comité de suivi des GHT.

⁶⁰ Selon les éléments du comité de suivi du 11 octobre 2016, seuls 21 établissements privés à but lucratif, 18 HAD, 15 Espic sont engagés dans une démarche de partenariat / association avec un GHT.

⁶¹ La seule réalisation probante fut l'élaboration d'une plaquette intitulée *12 questions et points clés* accompagnée d'une trame de convention type, publiée le 6 février 2017 sur le site internet du ministère chargé de la santé. Les points clés de ces documents portent sur les axes suivants : « *gérer les coopérations préexistantes, bâtir des partenariats et associations complémentaires autour des filières du PMP, veiller à ce que le partenariat ou l'association se traduise dans les projets médicaux de l'ensemble des parties, définir un dispositif de pilotage du partenariat ou de l'association, sécuriser la passation de la convention de partenariat ou d'association* ».

2019. En outre, deux réunions du comité de suivi, en séance plénière, dédiées aux partenariats avec les établissements privés, se sont tenues en novembre 2016 et en décembre 2017. L'importance de la conclusion de ces partenariats a été rappelée lors du comité du 12 avril 2018 en soulignant le caractère complémentaire de l'offre des établissements privés à celle des GHT. Interrogées par la Cour, la Fédération hospitalière de France (FHP), la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) et la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (Unicancer) ont fait part de la volonté de leurs établissements de travailler plus étroitement avec les GHT. La Fédération des centres de lutte contre le cancer précise ainsi que les GHT n'ont conclu « *quasiment aucune convention de partenariat [...] avec les CLCC*⁶² ».

En outre, le comité de suivi a abordé à deux reprises, en 2018 et lors d'une séance en 2019, la thématique des liens que les GHT doivent développer avec les acteurs de ville et la coordination des parcours. Des retours d'expérience de GHT ayant travaillé sur une plus grande intégration des PMP avec les acteurs de ville ont été présentés et discutés au comité de suivi entre 2017 et 2019. Le lien avec la médecine de ville constitue l'une des trois thématiques retenues dans le dernier appel à projet GHT publié en 2019.

De la même manière, le sujet de la prise en charge en psychiatrie a fait l'objet de deux réunions sans définir de stratégie d'approche particulière du comité de suivi pour accompagner les GHT non dotés d'établissements membres spécialisés en psychiatrie. En l'absence d'appui spécifique offert aux GHT pour travailler avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire, ces structures pourraient s'enfermer dans la construction d'une offre publique qui ne peut garantir à elle seule une meilleure gradation des soins et une structuration plus approfondie des parcours des patients. La STSS nécessite de faire évoluer le contenu des thématiques abordées par le comité de suivi pour prendre en compte ses orientations qui visent notamment à « *élever la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité* » et à « *encourager les synergies entre les GHT et les établissements privés et sortir du tout concurrence*⁶³ ».

Le sous-groupe spécifique à la thématique des partenariats aurait donc vocation à se réunir rapidement et régulièrement. De plus, la construction des parcours avec la médecine de ville et les établissements de psychiatrie devrait faire l'objet d'une approche spécifique dans le comité national de suivi des GHT.

2 - Une évaluation des GHT à engager

La mesure des résultats de la réforme n'a pas été réalisée de manière continue par la DGOS. À titre illustratif, les tableaux de bord destinés à identifier le respect des attendus relatifs au contenu des conventions constitutives et aux PMP n'ont pas été mis à jour de manière régulière.

Le suivi de la réforme aurait dû conduire la DGOS à analyser le contenu des PMP et à traduire une telle étude dans des présentations claires et explicites. Une première synthèse des PMP a été présentée au comité de septembre 2017 et une discussion sur la mise en œuvre des projets médicaux a aussi pu avoir lieu lors de la 19^e séance, le 26 septembre 2018, dans le cadre

⁶² Il est toute de même précisé que les CLCC et les établissements partie des GHT sont liés par de nombreuses conventions de partenariat, mais que formellement les GHT n'ont pas contractualisé avec les CLCC.

⁶³ DGOS, présentation de la STSS en septembre 2018 au comité de suivi des GHT.

du bilan de la mise en œuvre des accompagnements de l'appel à projet. Cependant la DGOS n'a pas réalisé d'analyse comparée des GHT, en particulier pour comparer leurs différents niveaux d'intégration. Or, ce lieu d'échange est particulièrement approprié pour relever et discuter les points communs et les différences qui existent entre les PMP des GHT, afin d'en tirer les enseignements. De la même manière, la mesure du niveau d'intégration des GHT, qui traduit la maturité de leur projet, n'est pas formalisée par le niveau national. Aucun indicateur n'a été élaboré pour évaluer les écarts d'intégration qui existent entre les différents GHT.

Au total, la réforme des GHT a donc expressément reposé sur une grande part de confiance et d'autonomie des pilotes des établissements de santé. L'utilisation des données d'analyse des conventions constitutives des PMP et du niveau d'intégration des GHT aurait pu cependant servir pour accompagner les GHT et les ARS dans la mise en œuvre de la réforme⁶⁴.

Il apparaît donc indispensable de formaliser un suivi plus précis de la mise en place des GHT et de leurs conséquences sur l'organisation des soins. La construction d'indicateurs facilement mesurables et comparables dans le temps devra être réalisée par la DGOS pour préparer l'acte II des GHT dont les objectifs sont inscrits dans STSS.

a) L'absence de suivi contractualisé des actions des GHT

Les conventions constitutives sont à ce stade purement descriptives et peu engageantes pour les établissements. Elles ne présentent pas d'objectifs précis à atteindre et ne comprennent pas d'indicateurs de mesure de résultats. Tout au plus prévoient-elles la tenue d'un nombre minimal de réunions pour chacune des instances.

Cette absence d'une politique formalisée d'évaluation de la mise en œuvre et des réalisations des GHT leur porte aujourd'hui préjudice pour déterminer avec précision (et de manière objective) leurs incidences sur l'offre publique de soins et leurs gains d'efficience.

Cette situation provient d'un manquement originel : la mesure des effets et de l'efficience des GHT n'a pas été organisée par les lois et ses textes d'application. Aucun indicateur de suivi n'a été construit et imposé aux GHT pour mesurer, par exemple, les avancées des PMP. Cette absence d'outils uniformisés conduit à des pratiques variables d'un GHT à l'autre pour formaliser le suivi de leur projet médical. Une telle hétérogénéité des pratiques complique le pilotage régional qui revient aux ARS et ne permet pas aux GHT de se comparer entre eux.

Pour corriger ce manquement, la mesure des effets des GHT pourrait aujourd'hui prendre la forme d'un avenant à leur convention constitutive. Un tel avenant pourrait fixer des engagements discutés avec l'ARS et évalués annuellement par celle-ci. Si l'absence de personnalité morale du GHT ne permet pas la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs, la mise en place d'avenants engageants pour les GHT permettrait *a minima* de mesurer leur rôle au niveau régional.

b) L'absence de suivi du coût des GHT

Le ministère de la santé n'a pas réalisé de suivi financier de la mise en place des GHT, la réforme des GHT ayant avant tout été conçue dans un objectif d'amélioration de la qualité et

⁶⁴ Cette observation trouve son fondement dans l'identification de ce besoin dès le comité de suivi du 21 juillet 2016.

de l'accès aux soins, plutôt que dans une logique première d'efficience. Or, le comité de suivi aurait pu servir de plateforme pour communiquer à la fois sur le coût de la mise en place des GHT et l'évolution des budgets annexes dédiés aux GHT⁶⁵, de nature à identifier la traduction financière de la montée en charge des mutualisations, les gains d'efficience réalisés par les GHT (en particulier les recettes tirées des activités nouvelles), les gains réalisés au titre des fonctions support ainsi que les économies réalisées sur les dépenses de personnel.

Le coût brut⁶⁶ de la mise en place des GHT peut *a minima* être estimé à 85 M€ en tenant compte du montant du plan national d'accompagnement – y compris les volets 2019 et 2020 – et des principaux appels à projet nationaux lancés depuis 2017⁶⁷. De surcroît, tenant compte de l'analyse des budgets annexes G (retracant les charges et les recettes mises en commun au titre du GHT)⁶⁸ et du coût associé à la définition des PMP (hors accompagnement), la Cour estime que les GHT représentent aujourd'hui un poids financier de près de 140 M€. Le poids de ces budgets annexes a connu une croissance de 350 % entre 2017 et 2018, qui traduit la montée en charge des fonctions mises en commun par les GHT et la charge financière qu'elles représentent.

Par ailleurs en 2018, 77 % des GHT présentaient une situation déficitaire alors que 60 % des établissements membres des GHT étaient en déséquilibre financier. Les périmètres des GHT ont donc conduit à accentuer les disparités financières qui existent entre les établissements publics de santé (cf. annexe n° 4).

V - Un positionnement régional à éclaircir

A - Une hétérogénéité des GHT, frein à leur visibilité

La taille et le périmètre des GHT sont marqués par des différences considérables qui résultent de la concertation conduite entre plus de 900 établissements publics de santé. En outre, et conformément aux dispositions de la loi santé de 2016, des établissements publics de santé qui répondaient à des circonstances particulières de taille, de situation géographique ou d'activité⁶⁹ ont pu bénéficier d'un droit d'exception à ne pas participer à un GHT. Ce sont ainsi 22 établissements publics, essentiellement psychiatriques, qui, par dérogation, n'ont pas été intégrés dans un GHT en juillet 2016. Ce nombre était encore de 19 en 2019, dont 11 établissements publics de santé mentale (EPSM) et par ailleurs, le centre national

⁶⁵ Dénommé budget annexe G, il regroupe les opérations concernant les fonctions et activités mutualisées dans le cadre d'un GHT, mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 et gérées par l'établissement support.

⁶⁶ C'est-à-dire non réduits des économies réalisées par les GHT.

⁶⁷ En sus du dispositif initial d'accompagnement de 10 M€, la DGOS a organisé deux appels à projet d'un montant total de 25 M€ en 2018 et de 14 M€ 2019. Deux nouvelles enveloppes ont été mises en place en 2019 et 2020 pour un montant total de 36 M€.

⁶⁸ Données communiquées par l'Atih.

⁶⁹ Selon les termes de l'article R. 6132-7 du code de la santé publique : « La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins ».

d'ophtalmologie des Quinze-Vingt, l'établissement public de santé national (EPSN) de Fresnes et le CH de Provins⁷⁰. Enfin, le CHU de La Martinique, le CH Nord-Caraïbes et le CHI Le Lorrain Basse-Pointe en Martinique ainsi que les CH de Mayotte et Saint-Pierre et Miquelon ne participent pas à un GHT.

1 - Le département constitue l'échelon le plus souvent pris en compte par les GHT

Un tiers des GHT ont un contour géographique délimité au département, près de 23 % sont des GHT partiellement interdépartementaux⁷¹ et deux GHT incluent plusieurs départements⁷². Cependant, 43 % des GHT ont fait le choix d'un territoire réduit à une dimension infra-départementale. Un seul GHT émerge sur deux régions⁷³.

Les GHT ayant retenu un périmètre départemental peuvent dans certains cas y trouver des avantages pratiques. Il peut faciliter le dialogue avec le conseil départemental en termes de prise en charge médico-sociale et avec un certain nombre d'acteurs de la psychiatrie, mais aussi avec les préfetures, les ARS (et en particulier les délégations territoriales), les Samu centres 15, les zones de défense, les SDIS et les ordres professionnels.

En termes d'étendue géographique et bien qu'un GHT ne comporte pas un territoire clairement délimité⁷⁴, il est possible d'établir à partir de la notion de zone de recrutement une superficie approximative d'un GHT, assimilable à son bassin géographique central de recrutement⁷⁵. Ainsi, en moyenne un GHT représente une surface de 4 154 km², soit 73 % d'un département moyen⁷⁶. Cependant, ce chiffre dissimule des différences considérables : ainsi le GHT le moins étendu (GHT 94 Nord de 81 km²) représente moins de 0,5 % du GHT le plus étendu (GHT Limousin de 16 942 km²). Les temps de parcours entre établissements du GHT présentent de ce fait des différences significatives⁷⁷. Si les temps minimaux n'apparaissent pas influencés par l'étendue du GHT (témoignant ainsi d'un maillage homogène des établissements au sein des territoires), les temps maximaux le sont de façon plus nette : il faut ainsi 73 minutes en moyenne pour relier les deux établissements « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO) les plus éloignés au sein du GHT, cependant, pour 40 GHT ce temps dépasse 1 h 30 et pour cinq GHT, ce temps excède les 2 h 30⁷⁸. La détermination d'un GHT de taille réduite ne garantit pas systématiquement un temps de parcours maximal plus réduit.

⁷⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2020, le CH de Provins est membre du GHT 77 Est.

⁷¹ Il s'agit de GHT recouvrant soit en totalité un département et une partie d'un autre département, soit des GHT positionnés sur une partie de deux départements voisins, sans les recouvrir en totalité.

⁷² GHT du Limousin et GHT Allier-Puy-de-Dôme.

⁷³ Il s'agit du GHT Côte d'Or-Haute-Marne dont l'établissement support est le CHU de Dijon.

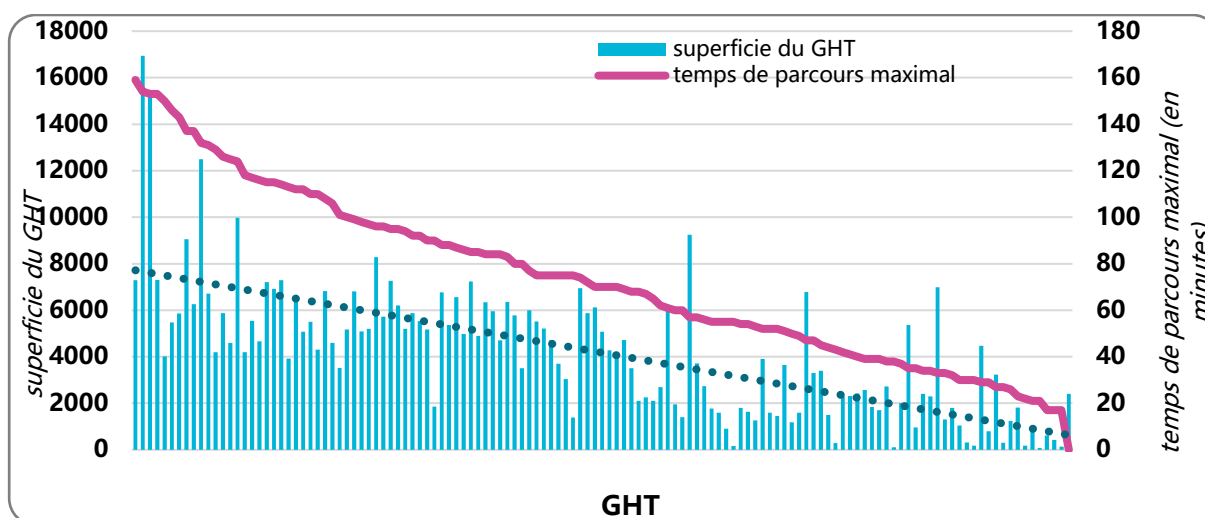
⁷⁴ En théorie, le territoire d'un GHT correspond aux codes postaux dont est originaire chacun de ses patients. Cette approche est cependant peu utilisable et aboutirait à des chevauchements importants entre territoires, peu intelligibles.

⁷⁵ Ces superficies ont été déterminées de façon à ne pas être chevauchantes. Le principe de délimitation se rapproche de celui retenu par la Fédération hospitalière de France (FHP) dans son atlas des GHT (2017).

⁷⁶ Médiane de 4 200 km² et écart-type de 2 872 km².

⁷⁷ Ces temps de parcours peuvent être évalués par le biais des notions de temps minimaux et maximaux séparant les établissements MCO membres. Le temps maximal – ou minimal – correspondant au temps nécessaire pour joindre les deux établissements MCO les plus éloignés – ou plus proches –, en temps (et non en distance) au sein du GHT.

⁷⁸ Il s'agit des GHT Sud Drôme Ardèche, Limousin, Allier Puy-de-Dôme, Haute-Garonne et Tarn Ouest et Corse du Sud.

Graphique n° 1 : superficie et temps de parcours maximal des GHT

Source : Cour des comptes d'après les données IGN

2 - Un quart des GHT comptent au plus deux centres hospitaliers

D'après les données fournies par la DGOS et actualisées au 1^{er} janvier 2020⁷⁹, 920 établissements MCO⁸⁰ sont membres d'un des 136 GHT, dont 58,7 % sont des centres hospitaliers (soit 540), 22,6 % des hôpitaux de proximité (208 hôpitaux), 8,5 % des établissements médico-sociaux (soit 78 EPSMS), 7,2 % des établissements publics de santé mentale (66 EPSM⁸¹) et 3 % des CHU (soit 28 CHU⁸²). Un GHT médian comporte quatre centres hospitaliers (dont un est support) et un hôpital de proximité ; de plus, la moitié des GHT comprend un établissement ou service médico-social public, et la moitié comprend un établissement public de santé mentale⁸³.

⁷⁹ Données disponibles sur internet (<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>) réactualisées par la Cour pour tenir compte de la création du GHT 77 Est et de la suppression du GHT Doubs-Jura et des fusions intervenues depuis le 1^{er} juillet 2016.

⁸⁰ C'est-à-dire les établissements (personne morale) assurant une activité de médecine et/ou de chirurgie et/ou d'obstétrique et en excluant les centres hospitaliers assurant exclusivement une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et/ou de soins de longue durée (SLD).

⁸¹ Après fusion des trois EPSM du GHT Paris psychiatrie et neurosciences.

⁸² Le CHU de la Martinique et l'AP-HP ne sont pas membres d'un GHT.

⁸³ En termes de sites géographiques, 1 281 établissements de santé sont membres d'un GHT en 2018 dont 73,6 % relèvent d'un CH, 10 % d'un CHU, 6,5 % d'un EPSM et 9,9 % d'un ESMS. Un GHT médian comporte, en 2018 comme en 2016, neuf sites hospitaliers. Ces valeurs présentent cependant des écarts-type importants traduisant une grande hétérogénéité des GHT.

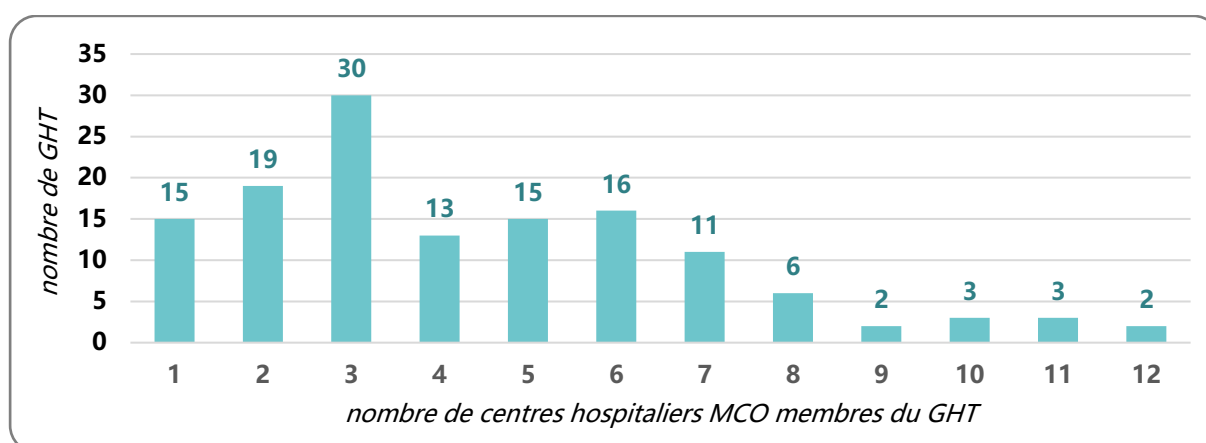
Les établissements publics de santé et leurs activités : principaux sigles utilisés

Les établissements publics de santé (EPS) comprennent notamment les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers régionaux (CHU), les centres hospitaliers universitaires (CHU), les établissements publics de santé mentale (EPSM).

La plupart des EPS assurent une activité de médecine et/ou de chirurgie et/ou d'obstétrique (MCO). Cependant certains établissements sanitaires n'exercent pas d'activités MCO, mais seulement des soins de suite et de réadaptation (SSR) ou des soins de longue durée (SLD).

En ne retenant que les seuls centres hospitaliers MCO, il apparaît que dans 15 GHT, l'établissement support est le seul établissement du groupement et que 19 GHT ne comptent qu'un seul établissement MCO partie au groupement aux côtés de l'établissement support⁸⁴. Au total, ce sont donc 25,2 % des GHT qui comptent au plus deux établissements MCO membres et 43 % des GHT qui comptent plus de cinq centres hospitaliers MCO.

Graphique n° 2 : distribution des effectifs de GHT en fonction du nombre de centres hospitaliers membres du GHT



Source : Cour des comptes d'après les données Diamant 2018

Par ailleurs, le secteur médico-social se retrouve peu associé à la réforme des GHT, avec seulement 78 établissements membres. La possibilité offerte aux GHT de collaborer avec des établissements non membres par le biais d'une association ou d'un partenariat s'avère peu utilisée. En effet, l'étude des conventions constitutives des 131 GHT métropolitains n'a permis de recenser que 100 établissements associés⁸⁵ (en plus des CHU dont l'association est obligatoire) et 123⁸⁶ établissements partenaires⁸⁷.

⁸⁴ Ce décompte ne tient pas compte des 2 GHT à orientation psychiatrique.

⁸⁵ Il s'agit majoritairement de structures d'hospitalisation à domicile (HAD), d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de six des huit hôpitaux d'instruction des armées (HIA).

⁸⁶ Il s'agit majoritairement d'établissements privés à but non lucratif spécialisés en SSR, psychiatrie ou intervenants dans le champ médico-social ainsi que des associations.

⁸⁷ Ces chiffres doivent cependant être pris avec précaution en raison de l'absence de consolidation des conventions constitutives des GHT depuis 2016 et de l'absence d'indicateurs spécifiques dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

3 - Le pouvoir de régulation limité des ARS

Dans un contexte où la DGOS a fait prévaloir la subsidiarité régionale pour garantir des solutions adaptées et adoptées par les professionnels, les ARS ont eu pour objectif de vérifier la conformité des GHT avec les attendus de la réforme, dans une logique de construction de parcours gradués de soins publics. Les ARS ont exercé un rôle de régulateur sur la base des propositions des établissements. Deux principes ont généralement prévalu pour la constitution des groupements : les leçons tirées des coopérations existantes, en particulier des CHT, et l'inclusion de la totalité des établissements publics dans les groupements. Les périmètres des GHT ont souvent fait l'objet d'une concertation avec la Fédération hospitalière de France (FHF) qui a débuté dès l'année 2015.

À ces considérations, les ARS ont souvent ajouté la contrainte de tenir compte, soit des périmètres des départements, soit des périmètres des territoires de santé, dans une optique d'uniformiser les périmètres des GHT et les bassins de population desservis dans la région. C'est cette contrainte qui a pu conduire certaines ARS à participer de manière active à la définition des périmètres des groupements.

Idéalement, les ARS devaient rendre leurs arbitrages en tenant compte des caractéristiques géographiques et populationnelles et de la densité médicale des territoires. Dans les faits, les ARS ont engagé une régulation disparate, de la simple impulsion à la supervision complète du processus de création des groupements. Cependant, dans la grande majorité des cas, les ARS ont été accompagnatrices des travaux conduits par les établissements.

4 - Des logiques de repli, sources de GHT aux périmètres territoriaux réduits

Sur le terrain, les principes posés par les ARS ont parfois été ignorés au profit de considérations locales exprimées dans certains cas de manière appuyée par les élus locaux. Les travaux préparatoires aux GHT pilotés par les ARS n'ont pas fait systématiquement consensus, notamment lorsqu'ils ne correspondaient pas aux limites départementales ou lorsqu'ils associaient des établissements qui revendiquaient la place d'établissement support ou qui souhaitaient conserver une relative autonomie.

Dans les cas les plus atypiques, des élus locaux ont engagé un dialogue avec l'ARS et le niveau national pour solliciter la mise en place de GHT à petit périmètre autour d'un seul établissement MCO. Face à ces situations, la DGOS a privilégié l'arbitrage des ARS en raison de la nécessité de tenir compte des contextes locaux spécifiques à chaque territoire pour définir les périmètres des GHT.

B - Une place à consolider dans l'organisation régionale des soins

1 - Des outils de planification sanitaire nombreux et nouveaux à articuler

Issu de l'article 22 de la loi du 29 juillet 2019, le projet territorial de santé (PTS) a vocation à décrire « *les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins*

spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins ».

Le PTS doit ainsi faire la synthèse des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, des projets médicaux partagés des GHT, du projet territorial de santé mentale, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux, des projets de santé des équipes de soins spécialisés⁸⁸ et des contrats locaux de santé⁸⁹, tout en assurant une participation du service de santé des armées, des associations agréées et des collectivités territoriales⁹⁰. Par ailleurs, les PTS ont vocation à être conformes aux schémas régionaux de santé et offrent un large cadre de concertation avec les élus dans le cadre des communautés territoriale de santé.

Outre la confusion induite par cette profusion de supports, cette multiplication des outils de coordination engendre des difficultés de planification pour les ARS. Par exemple, assurer la cohérence ou la compatibilité entre les PMP des GHT et les projets des CTPS nécessite de prendre en compte des actions qui reposent, par nature, sur des périmètres géographiques différents⁹¹.

Pour améliorer la cohérence des différents projets de réponse aux besoins de santé des populations, l'article 22 de la loi santé du 24 juillet 2019 a renforcé le rôle des conseils territoriaux de santé, constitués en 2016 et pilotés par les ARS. D'une manière générale, les ARS doivent ainsi veiller à ce que le PRS constitue le socle commun de référence des dispositifs d'organisation des soins. Pour garantir cette cohérence, l'ARS Grand Est a ainsi installé un comité des contrats dont le rôle est d'analyser mensuellement les documents proposés par les structures, préalablement à la prise d'engagements. Dans le même ordre d'idée, l'ARS Pays de la Loire a vérifié que les projets de PTSM transmis pour validation étaient conformes aux priorités du PRS et aux priorités nationales (décret PTSM, feuille de route nationale en santé mentale, etc.).

La qualité de la coordination de la planification régionale conduite par les ARS, avec l'appui des conseils territoriaux de santé, devra être évaluée afin de mesurer les limites qui existent encore dans la réponse aux besoins locaux de santé. Dans ce contexte, les GHT doivent se donner les moyens de jouer un rôle de plateforme dans les dispositifs de planification et d'organisation régionale des soins. De plus, l'absence de personnalité morale constitue un handicap pour construire des liens contractuels avec les autres acteurs de santé qui seraient signés au nom du GHT⁹².

2 - Respecter la « hiérarchie des normes » en termes de planification sanitaire

La préparation des PMP est intervenue de façon concomitante avec les travaux préparatoires aux PRS 2018-2022, ce qui a permis d'alimenter mutuellement la réflexion des groupes de travail dédiés aux PMP et aux PRS, avec dans la plupart des cas des acteurs communs aux deux processus. Ainsi, le décalage d'un an entre la finalisation des PMP (été 2017) et la publication des PRS (été 2018), s'il n'apparaît pas cohérent aux termes de l'article

⁸⁸ Prévus à l'article 18 de la loi du 24 juillet 2019.

⁸⁹ Plus spécifiquement orientés sur la prévention en santé et l'accès aux soins des personnes vulnérables.

⁹⁰ Article 22 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

⁹¹ La difficulté provenant du fait que les territoires des CTPS sont généralement plus restreints que ceux des GHT et que l'ARS devra alors veiller à la cohérence de plusieurs projets de CTPS pour un seul PMP d'un GHT.

⁹² C'est alors l'établissement support qui est le relais du GHT pour ces signatures.

R. 6132-6 du code de la santé publique, n'a pas entraîné de problématiques majeures en termes de prise en compte des questions épidémiologiques dans les PMP.

Il appartient aux ARS de garantir la conformité des PMP au PRS⁹³. Dans ce cadre, les ARS ont assuré la mise en cohérence des documents, y compris au-delà du délai réglementaire du 1^{er} juillet 2017 pour l'adoption des PMP, compte tenu des délais de publication des PRS. Ce fut le cas par exemple dans la région Grand Est, avec jusqu'à quatre versions successives demandées d'un même PMP. L'ARS Occitanie a veillé à la cohérence et à l'adéquation de l'analyse des PMP aux orientations stratégiques régionales du PRS 2018-2022, alors en cours d'élaboration et présentées à l'ensemble des GHT dès le mois de septembre 2016 (soit avant le début des travaux sur les diagnostics territoriaux des GHT). L'ARS Bourgogne Franche-Comté avait finalisé son diagnostic dans le cadre du projet de PRS lorsque les établissements ont commencé la rédaction de leur PMP. Le diagnostic régional a donc pu être diffusé afin d'assurer une cohérence territoriale.

En Normandie, les GHT ayant été constitués en 2016 et leur PMP approuvé en 2017, les diagnostics territoriaux réalisés ont été articulés avec les éléments figurant au sein du projet régional de santé 2013-2018 de chaque hémi-région (Basse-Normandie et Haute-Normandie), ces projets continuant à produire leurs effets jusqu'en 2018. Bien que juridiquement cette approche soit valide, il apparaît cependant regrettable que la recherche de cohérence de la première génération de PMP 2017-2022 soit faite avec des PRS établis pour la période 2013-2018⁹⁴, nécessitant par la suite la mise en œuvre d'avenants.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

La définition et la mise en œuvre obligatoire des GHT sur l'ensemble du territoire national constituent un projet d'une ampleur significative et un changement de logique en matière de coopération hospitalière. Ce projet, qui a mobilisé de larges ressources au plan territorial, régional et national, suscite cependant plusieurs difficultés.

Outre le caractère récent et complexe des outils de planification sanitaire dans lesquels les GHT doivent trouver leur place, la mise en œuvre des GHT sur le territoire a donné lieu à la définition de périmètres territoriaux inégaux, dotés d'une gouvernance inadaptée et faisant l'objet d'un suivi ministériel insuffisant. En effet, par la mise en place du comité de suivi et la formalisation d'un plan d'accompagnement, le niveau ministériel a favorisé le dialogue entre les acteurs, leur formation et le partage d'expérience. Cependant, le suivi de la mise en place des GHT n'est réalisé que de manière partielle et le ministère de la santé aurait dû notamment mettre en place un dispositif d'évaluation des coûts issus des GHT et un suivi précis de leur situation budgétaire, de manière à éclairer les arbitrages budgétaires rendus par la DGOS et les ARS sur chacune de ces structures.

⁹³ Art. 107 de la loi de modernisation de notre système de santé, art. R. 6132-6 du code de la santé publique.

⁹⁴ Par la suite, lorsque les PMP sont apparus en contradiction avec le PRS 2018-2022 des avenants sont venus corriger cette situation.

La cour formule en conséquence la recommandation suivante :

1. Renforcer le suivi de la réforme au niveau tant national que régional et piloter de manière plus opérationnelle le suivi des actions des groupements via un avenant aux conventions constitutives, fixant objectifs et indicateurs de résultat.

Chapitre II

Dans leur format actuel, les GHT n'auront pas d'impact significatif sur l'offre de soins

Au vu notamment des comparaisons internationales en matière de coopération hospitalière (cf. annexe n° 16), la mise en œuvre des GHT paraît constituer une réforme nécessaire avec une triple exigence : garantir des soins de proximité, mutualiser les fonctions médico-techniques⁹⁵ tant du point de vue des exigences de qualité que des coûts associés et graduer l'offre de soins avec l'objectif de garantir une égalité d'accès aux soins dans les territoires. La Cour a donc cherché à vérifier la capacité des GHT à répondre à ce triple objectif, repris par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé (2016).

I - Les périmètres territoriaux retenus pour les GHT ne corrigent que très partiellement les inégalités d'accès aux soins

Le découpage territorial des GHT aurait dû constituer l'opportunité pour le régulateur de corriger les inégalités d'accès aux soins sur le territoire. Force est de constater que cette correction paraît insuffisante. De ce fait, et sans modification de leur délimitation, une partie significative des GHT sera durablement empêchée d'atteindre cet objectif.

A - Une part importante des GHT n'a pas la taille critique pour constituer une offre de soins homogène

1 - Une partie significative des GHT apparaît de petite dimension

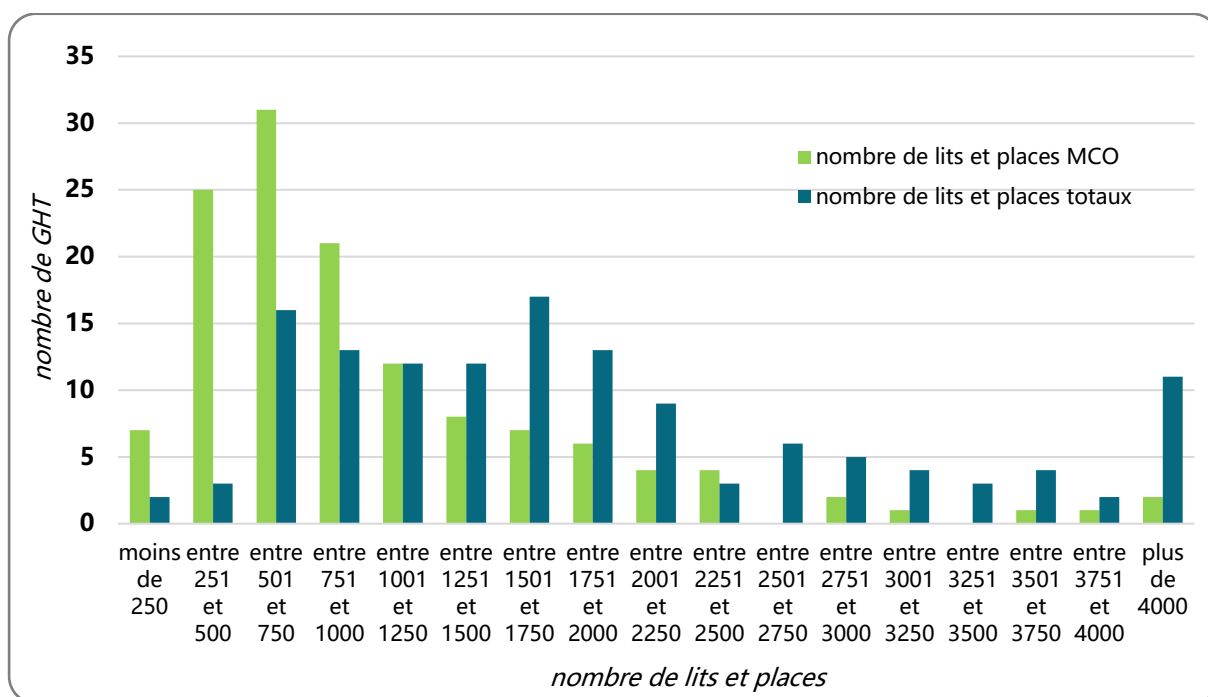
En 2018, toutes activités sanitaires confondues⁹⁶, 34 GHT disposent de moins de 1 000 lits et places (25,2 % de l'effectif). En ne prenant en compte que l'activité « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO), 63,6 % des GHT ont moins de 1 000 lits et places soit

⁹⁵ Les spécialités médico-techniques regroupent, dans le domaine médical, toutes les disciplines faisant appel à un plateau technologique visant au diagnostic et/ou au traitement des maladies (exemples : laboratoire de biologie médicale, bloc opératoire, imagerie diagnostic et interventionnelle, pharmacie).

⁹⁶ Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie et unités de soins de longue durée (USLD).

84 GHT⁹⁷ et 32 GHT en possèdent moins de 500⁹⁸. Un GHT médian dispose de 1 638 lits et places⁹⁹ dont 791 MCO¹⁰⁰, soit un niveau équivalent à celui d'un CHU médian¹⁰¹ comme celui de Clermont Ferrand (730 lits et places MCO en 2018).

Graphique n° 3 : distribution des effectifs de GHT en fonction des données capacitaires



Source : Cour des comptes d'après les données de la SAE-Drees-2018 (bordereau GHT)

Une analyse croisée des données d'activités MCO réalisées en 2016 et 2018 par les GHT au regard de leurs données capacitaires fait apparaître, là encore, une grande hétérogénéité. Ainsi 32 GHT disposent de moins de 500 lits MCO et réalisent moins de 50 000 séjours, alors que 15 GHT ont plus de 2 000 lits et places pour une activité de plus de 130 000 séjours. L'activité réunie des 10 GHT de plus petite taille représente moins de 40 % de l'activité MCO totale du seul GHT des Bouches-du-Rhône. Ce même GHT a une activité plus de 52 fois supérieure en volume au GHT métropolitain le plus réduit (GHT 94 Nord).

⁹⁷ À titre de comparaison, le CHU de Montpellier déclare 1 026 lits et places MCO dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour 2018. Les trois GHT à orientation exclusivement psychiatrique n'ont pas été retenus dans ce décompte 2018.

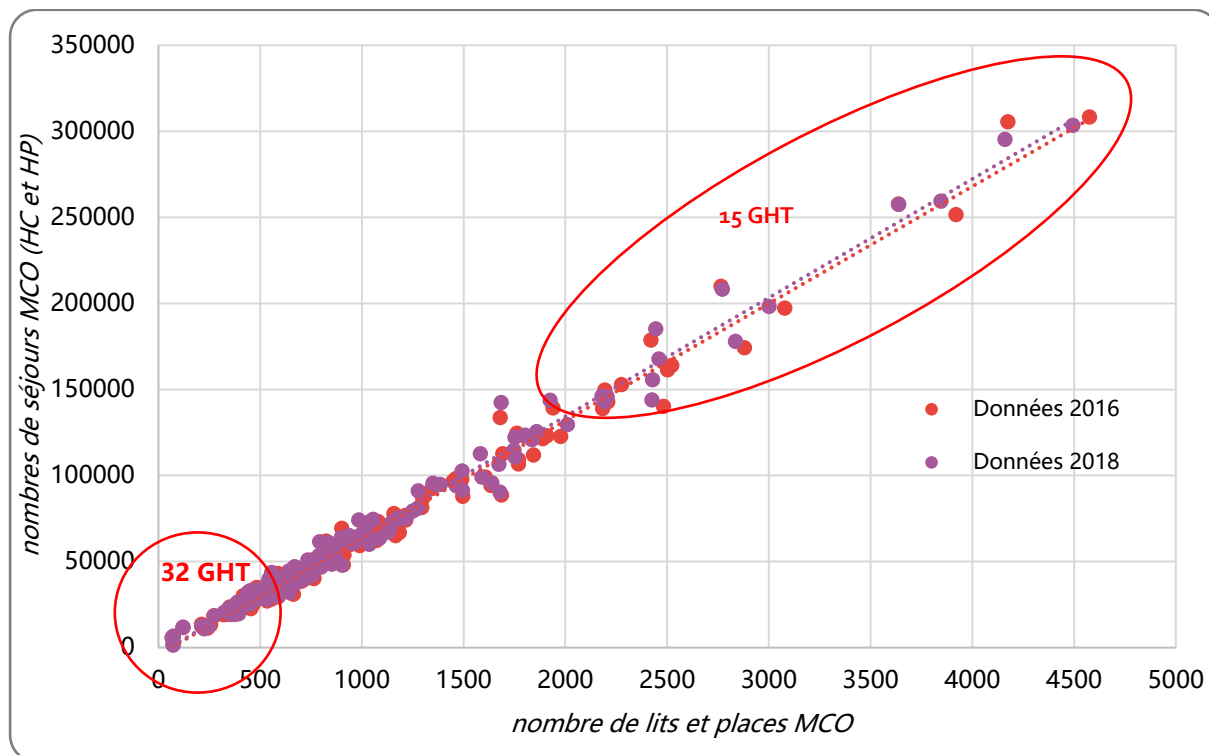
⁹⁸ Soit un niveau équivalent au seul centre hospitalier intercommunal de Toulon.

⁹⁹ Les trois GHT à orientation exclusivement psychiatrique n'ont pas été retenus dans ce décompte 2018.

¹⁰⁰ Dont 473 lits et places de psychiatrie, 266 lits et places de SSR et 171 lits de SLD.

¹⁰¹ La valeur de la médiane est de 766 lits et places.

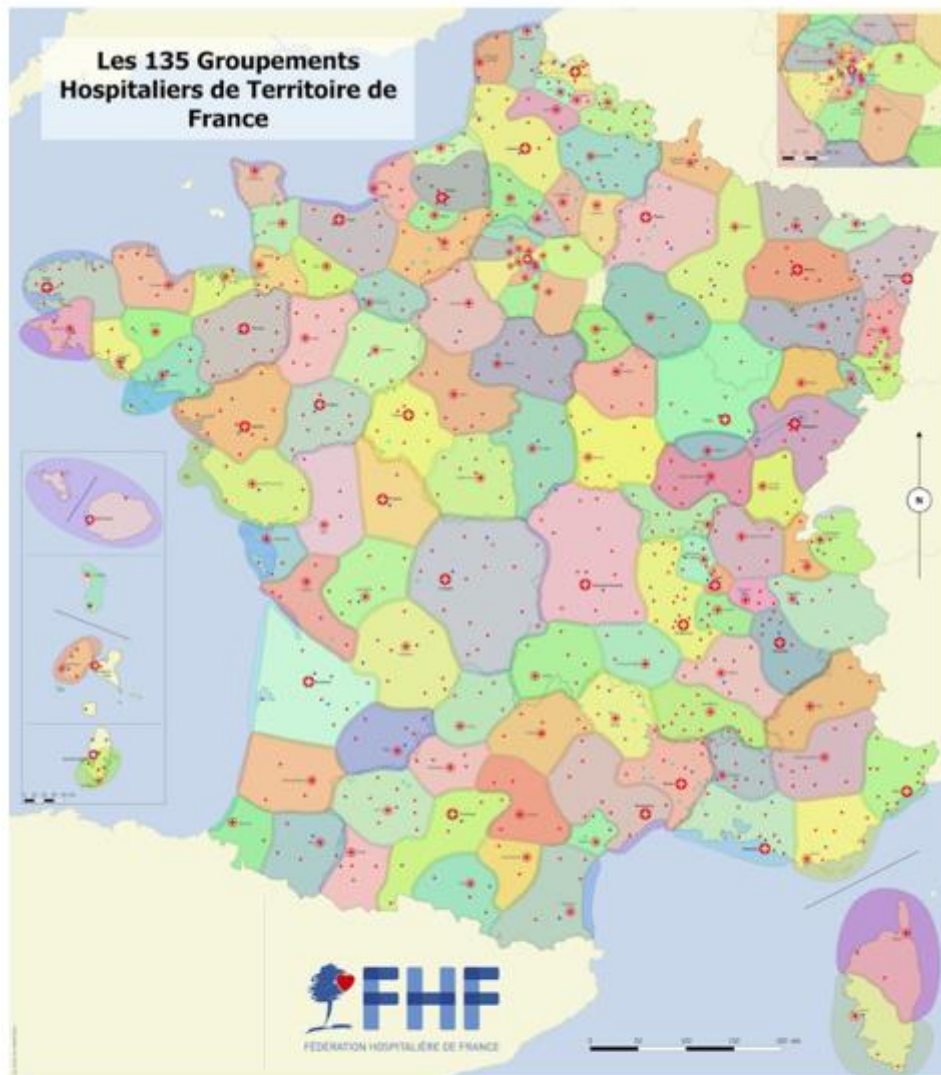
Graphique n° 4 : analyse croisée des données capacitaires et de l'activité hospitalière des GHT (2016-2018)



Source : Cour des comptes d'après les données de la SAE-Drees (Bordereau GHT) et PMSI-Atih (séjours MCO)

La carte ci-après permet de visualiser la forte hétérogénéité des GHT, que ce soit en termes de taille ou de nombre d'établissements.

Carte n° 1 : carte des groupements hospitaliers de territoire



Légende

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Périmètre des GHT | Centre hospitalier |
| Périmètre des GHT psychiatriques | CHS support du GHT psychiatrique |
| CHU | CHS |
| Etablissement support | ESMS partie du GHT |

Source : Fédération hospitalière de France, « Atlas des groupements hospitaliers de territoire » 2017 (carte établie en février 2017)

2 - Des GHT qui ne corrigent pas les inégalités d'accès aux soins, notamment dans le cadre des activités ne souffrant pas de délais de prise en charge

La totalité des GHT proposent une activité de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR) en hospitalisation complète (HC)¹⁰². La médecine en hospitalisation partielle (HP), la chirurgie (en HC) et l'obstétrique (en HC) sont des activités représentées dans la quasi-totalité des GHT (soit 130 GHT sur les 132 GHT MCO). L'activité d'USLD (unités de soins de longue durée) est également bien représentée.

A contrario, certaines activités apparaissent moins présentes : c'est le cas de l'obstétrique en HP¹⁰³ (exercée dans environ 90 % des GHT), de la psychiatrie (79 % des GHT en HC ou en HP) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) (54 %). Deux GHT ne disposent pas d'un service de médecine d'urgence¹⁰⁴. Pour ce qui concerne les plateaux techniques, la quasi-totalité des GHT disposent d'un accès à un équipement d'IRM, scanner ou à un bloc opératoire.

Tableau n° 1 : typologie de l'offre de soins proposée par les GHT

Typologie de prise en charge	effectifs 2016	effectifs 2018	% pour 2018	périmètre pour 100%
GHT avec activité de médecine HC	132	132	100,0%	132
GHT avec activité de médecine HP	129	130	98,5%	132
GHT avec activité de chirurgie en HC	131	130	98,5%	132
GHT avec activité de chirurgie en HP	128	128	97,0%	132
GHT avec activité d'obstétrique en HC	130	130	98,5%	132
GHT avec activité d'obstétrique en HP	119	119	90,2%	132
GHT avec activité de psychiatrie en HC	105	107	79,3%	135
GHT avec activité de psychiatrie en HP	103	106	78,5%	135
GHT avec activité de SSR HC	133	133	98,5%	135
GHT avec activité de SSR HP	109	110	81,5%	135
GHT avec activité USLD	127	126	95,5%	132
GHT avec activité d'HAD	76	71	53,8%	132
GHT avec service d'urgence	130	130	98,5%	132
Plateau technique				
GHT disposant d'un IRM	127	128	97,0%	132
GHT disposant d'un scanner	130	130	98,5%	132
GHT disposant de bloc	131	131	99,2%	132
GHT disposant de salles d'activités interventionnelles sous imagerie (spécialisées ou non, avec ou sans anesthésie)	106	106	80,3%	132
GHT disposant de salles d'activités interventionnelles sous imagerie (spécialisées ou non, avec ou sans anesthésie) fonctionnant 24h/24 et 7j/7	49	50	37,9%	132

Source : Cour des comptes d'après les données de la SAE-Drees et PMSI-Atih, France entière, 2018

Note de lecture : le périmètre de comparaison varie en fonction de la typologie des prises en charge. Ainsi pour les prises en charge MCO, les GHT psychiatriques sont exclus du dénominateur (soit 135-3=132).

¹⁰² À l'exception de deux GHT à orientation psychiatrique pour cette dernière modalité de prise en charge.

¹⁰³ Modalité d'hospitalisation permettant par exemple le suivi médical en hospitalisation de jour des grossesses pathologiques, des grossesses à risques et la surveillance des dépassements de terme.

¹⁰⁴ Il s'agit des GHT 94 Nord et GHT Centre Sud Martinique.

Les techniques de radiologie interventionnelle sont représentées de façon très inégales, alors même qu'il s'agit d'une pratique médicale déclinée dans l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales et pour un nombre d'actes en constante augmentation¹⁰⁵.

À titre d'exemple et pour ce qui concerne l'infarctus du myocarde, 38 GHT¹⁰⁶ ne disposent pas d'un plateau d'angioplastie coronaire¹⁰⁷. Parmi cet effectif, sept GHT bénéficient d'un plateau implanté sur le territoire mais qui relève d'un établissement privé non membre du GHT. Ainsi pour 31 GHT, l'offre de soins est absente du territoire. Parmi ces 31 GHT, 15 couvrent un territoire départemental.

Pour ce qui concerne la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), 24 GHT ne disposent pas d'une unité neuro-vasculaire (UNV). Parmi ceux-ci, trois GHT bénéficient d'une UNV implantée sur leur territoire mais qui relève d'un établissement privé non membre du GHT¹⁰⁸. Ainsi pour 21 GHT, l'offre de soins est totalement absente du territoire.

Tableau n° 2 : Unités neuro-vasculaires (UNV) et cardiologie interventionnelle dans les GHT

Typologie de prise en charge	effectifs 2019	% pour 2018	périmètre pour 100%
GHT disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV)	105	81,4%	129
GHT disposant d'un plateau technique (PT) d'angioplastie	90	70,3%	128
GHT ne disposant ni d'UNV ni d'un PT d'angioplastie	18	14,0%	129
GHT disposant d'une UNV et d'un PT d'angioplastie	84	65,1%	129
GHT disposant soit d'une UNV soit d'un PT d'angioplastie	27	20,9%	129

Source : Cour des comptes d'après les données croisées de la SAE, de la base Arhgos, des ARS et des sites internet des établissements

Il est regrettable que le découpage territorial retenu en 2016 ait pu conduire près de 35 % des GHT (soit 45 GHT¹⁰⁹) à ne pas disposer d'une offre de soins de référence en matière d'UNV et/ou de prise en charge en urgence de l'infarctus du myocarde. Pour ces GHT, l'application du II de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, qui prévoit que « *le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* », se trouve en partie empêchée, obligeant les GHT à mettre en œuvre des coopérations hors GHT.

¹⁰⁵ « Avenir de la radiologie interventionnelle », *La Presse Médicale*, volume 48, n° 6, pages 648-654 (juin 2019).

¹⁰⁶ Les deux GHT psychiatriques et Paris-neurosciences ont été retirés du décompte cible.

¹⁰⁷ L'angioplastie coronaire est indiquée prioritairement dans le cas de syndrome coronaire aigu (dans les 24 à 48 heures, afin d'éviter l'évolution vers l'infarctus du myocarde) ou au cours de l'infarctus aigu du myocarde (pour désobstruer l'artère occluse dans un délai idéal de 3 heures après le début des symptômes) ou en cas d'échec de la thrombolyse (moyen médicamenteux pour déboucher l'artère). Elle est aussi indiquée dans la maladie coronaire stable après discussion cas par cas et après évaluation individuelle des bénéfices attendus et des risques encourus pour le patient (source : fédération française de cardiologie).

¹⁰⁸ Ces trois GHT sont situés en région Île-de-France.

¹⁰⁹ Soit 18 GHT sans aucune offre en la matière et 27 GHT avec une offre partielle.

Si des coopérations hors GHT, notamment avec les CHU, sont logiques et attendues à l'échelle d'activités de recours¹¹⁰, elles sont difficilement acceptables pour des pathologies nécessitant une grande célérité et concernant un volume de patients importants¹¹¹. De plus, et comme le souligne l'IGAS dans un rapport récent¹¹², « les prestations spécialisées dites de [recours¹¹³] relèvent des niveaux régionaux ou interrégionaux. Par différence, l'offre hospitalière de proximité et de [référence] est celle que tous les GHT doivent a priori rassembler et mettre à disposition des patients. Ce premier critère devait conduire à une composition minimale du GHT en termes d'offre de soins, sans préjudice de soins de [recours], qui peuvent évidemment être disponibles dans certains GHT comprenant un CHU ». À ce titre, l'IGAS établit une liste des activités de référence devant être présentes dans l'ensemble des GHT : prise en charge des urgences ; plateau technique 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales (hors chirurgies spécialisées), pour l'obstétrique, les spécialités interventionnelles et l'imagerie ; en psychiatrie (hospitalisation complète), la présence psychiatrique aux urgences et les centres d'accueil et de crise (CAC).

Les GHT dépourvus d'une partie de l'offre de soins minimale sont dans la plupart des cas composés d'un faible nombre d'établissements sanitaires. Cette situation est aggravée par le fait que ces GHT sont majoritairement implantés dans des territoires défavorisés en termes d'indicateurs de santé, sans qu'il existe de relation de cause à effet. À titre d'illustration, sur les 39 GHT composés au plus de trois établissements MCO¹¹⁴, 24 sont situés dans des territoires où la surmortalité prématurée est supérieure à la moyenne. C'est particulièrement le cas pour les GHT de Centre-Bretagne, Rance-Émeraude, Centre-Manche, Cotentin, Douaisis, Artois-Ternois, Nord-Yonne, les trois GHT de l'Oise, le GHT Ouest-Hérault ou le GHT Moselle-Est. Ces GHT sont situés dans la zone qui forme pour E. Vigneron¹¹⁵ le « T »¹¹⁶ de la surmortalité. La situation épidémiologique de ces territoires justifierait pourtant la mise à disposition, au sein du GHT, d'un large panel de prises en charge hospitalières de proximité et de référence.

¹¹⁰ Il est possible de déduire de l'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 une segmentation de l'activité hospitalière en trois niveaux croissants en termes de complexité : proximité, référence et recours. En effet, selon cet article, « dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ». Cette même segmentation a été retenue par la Cour en 2018 dans son analyse de l'offre de soins dans les CHU (*Le rôle des CHU dans l'offre de soins, exercices 2011 à 2017*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2018, disponible sur www.ccomptes.fr).

¹¹¹ On compte en moyenne chaque année en France 150 000 AVC et 80 000 infarctus du myocarde. Environ 10 % des victimes décèdent dans l'heure qui suit et le taux de mortalité à un an est de 15 % (source : Inserm).

¹¹² C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, *Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire*, décembre 2019.

¹¹³ Les termes ont fait l'objet d'une normalisation. En effet, dans son rapport, l'IGAS fait apparaître une segmentation de l'activité hospitalière en trois niveaux croissants en termes de complexité : proximité, recours et référence.

¹¹⁴ Ce décompte ne tient pas compte des GHT situés en Ile-de-France, des 2 GHT psychiatriques, des 6 GHT fusionnés et des GHT situés dans des métropoles (par exemple : GHT Rhône-Centre, GHT de la Vienne).

¹¹⁵ E. Vigneron, *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011. p. 103-20.

¹¹⁶ « T » dont la branche verticale s'enfonce en diagonale à partir de la Meuse dans le Massif central et ressurgit dans l'Ariège. La branche horizontale, courbe, va de la Bretagne à la Lorraine en s'accusant dans le Nord.

B - Des GHT durablement empêchés par le manque de ressources humaines médicales

Au sein de territoires fortement touchés par une démographie médicale insuffisante, les GHT auraient pu jouer un rôle important, en associant au sein d'un même groupement des établissements pénalisés avec des établissements en mesure de leur porter assistance. Force est de constater que cette approche n'a pas été suffisamment prise en compte.

1 - La démographie médicale n'a pas été suffisamment prise en compte au stade de la constitution des GHT

Les GHT devraient constituer un vecteur d'entraide fort entre établissements inégalement exposés à la question du manque de médecins. Pourtant parmi les GHT implantés dans les 10 départements¹¹⁷ les plus concernés par une démographie médicale défavorable, seule la Creuse a été rattachée à un GHT doté d'un CHU permettant d'atténuer partiellement cette situation. À l'opposé, les départements de l'Yonne et de la Seine-et-Marne, qui présentent une situation critique, ont été segmentés en cinq GHT différents, rendant ainsi plus difficile toute assistance des uns envers les autres. Ainsi, en mai 2019, face à la situation très dégradée de la démographie médicale dans l'Yonne et malgré la demande du directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté de voir mieux collaborer les deux GHT du département, le conseil de surveillance du GHT Nord-Yonne a décliné toute possibilité d'assistance du GHT Sud-Yonne.

Au sein de régions moins contraintes par le niveau de la démographie médicale, le choix d'avoir conservé des GHT de taille réduite est venu pénaliser certains territoires. C'est le cas par exemple du GHT Centre-Bretagne qui, isolé au sein d'un territoire enclavé avec un seul établissement MCO (CH de Pontivy), se retrouve dans l'obligation quasi-systématique de solliciter les GHT voisins en termes de ressources médicales.

2 - La démographie médicale constitue aujourd'hui le point de fragilité majeur des GHT

La question de l'inégal et l'insuffisant accès aux compétences médicales constitue un élément central des orientations stratégiques retenues par les GHT. Cette situation a trois origines qui peuvent se cumuler selon le territoire : le manque d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public, le déficit d'attractivité de certains territoires (ruraux, enclavés, sans métropole) et le déficit de médecins dans certaines spécialités au plan national. Ainsi, la quasi-totalité des GHT évoquent des difficultés plus ou moins sévères en matière de ressources médicales, qui ont plusieurs impacts :

- l'impossibilité de développer une activité pour laquelle le besoin de santé est documenté sur un plan épidémiologique. C'est le cas par exemple dans le GHT de la Sarthe, qui constate dans son PMP la hausse avérée du nombre d'AVC et projette une incidence croissante de cette pathologie dans la population sarthoise sans pour autant être en mesure

¹¹⁷ Dans l'ordre de criticité croissante de l'indicateur d'évolution de la densité médicale entre 2007 et 2016 : l'Ain, l'Eure, la Mayenne, la Seine-et-Marne, la Dordogne, le Gers, la Creuse, le Cher, l'Indre et l'Yonne (source : Ordre national des médecins, *Atlas de la démographie médicale* pour 2016).

d'y répondre : « *les évolutions démographiques et leurs corrélatifs épidémiologiques poussent à une réévaluation des modalités de prise en charge des AVC sur le territoire. En parallèle, la spécialité de neurologue connaît une pénurie médicale aigüe, qui s'observe tant dans les structures hospitalières que dans l'exercice libéral (moins de 10 praticiens libéraux en exercice dans le département). Les délais d'attente constatés en neurologie au Mans atteignent 6 mois, ce qui démontre la difficulté de l'établissement de répondre aux besoins de santé du territoire* »¹¹⁸ ;

- la difficulté à constituer des lignes médicales de garde ou d'astreinte sans recours à l'intérim médical ou à des prestataires privés. Le GHT du Var illustre cette problématique, en particulier dans le secteur de l'imagerie. Il comporte en effet sept sites réalisant de l'imagerie. Les tailles d'équipe en imagerie varient de 2 à 7,2 ETP, et peuvent donc être à l'origine de difficultés de fonctionnement, en particulier pour assurer les activités de permanence des soins en établissements de santé (PDSSES). Le GHT considère qu'à moins d'atteindre un effectif minimum de 20 ETP, il est impossible de mettre en œuvre une garde de radiologues à l'échelle du GHT départemental. Cet effectif minimum requis est à analyser au regard du nombre de radiologues libéraux exerçant dans la seule ville de Toulon (70 praticiens) et qui ne souhaitent pas participer à la PDSSES. L'effort demandé au secteur public en termes de permanence des soins paraît en décalage avec les effectifs dont il dispose, y compris dans des territoires favorisés en termes de densité médicale comme le Var ;
- la très grande difficulté à maintenir une activité médicale sur un site sans dégrader la qualité et la sécurité des soins. C'est le cas par exemple dans le GHT Bretagne occidentale, qui possède quatre maternités¹¹⁹. Le nombre de gynécologues-obstétriciens, de pédiatres et de médecins anesthésistes-réanimateurs est insuffisant pour répondre aux besoins de la permanence des soins dans l'ensemble des établissements. De ce fait, le GHT identifie des zones de risque touchant au maintien d'un niveau technique suffisant dans les plus petites structures¹²⁰ et au maintien de lieux de naissance ne disposant pas des compétences requises en pédiatrie pour assurer en urgence la réanimation des nouveau-nés ou dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité exigés par la réglementation¹²¹.

Ainsi, de nombreux GHT apparaissent empêchés dans leurs projets territoriaux du fait de leurs difficultés à disposer de temps médical. Le GHT Sud-Yonne-Haut-Nivernais en est une parfaite illustration, confronté à l'addition des facteurs défavorables. En effet, la plupart des actions figurant dans le PMP apparaissent en attente de recrutement médicaux pour pouvoir se traduire dans les faits : c'est le cas en neurologie (création d'une unité cardio-vasculaire), en cardiologie (projet de télécardiologie), en gastro-entérologie (projet de réouverture du service au CH D'Auxerre) ou en chirurgie (faire face au départ des praticiens à forte activité dans le secteur privé).

¹¹⁸ Projet médical partagé du GHT 72, 2017-2022 p. 41.

¹¹⁹ Une maternité de niveau 3 au CHU de Brest, une maternité de niveau 2 à Morlaix et deux maternités de niveau 1 à Carhaix (établissement fusionné avec le CHU de Brest) et Landerneau.

¹²⁰ Maintien des pratiques professionnelles chez les professionnels en exercice exclusif et qualité du plateau technique.

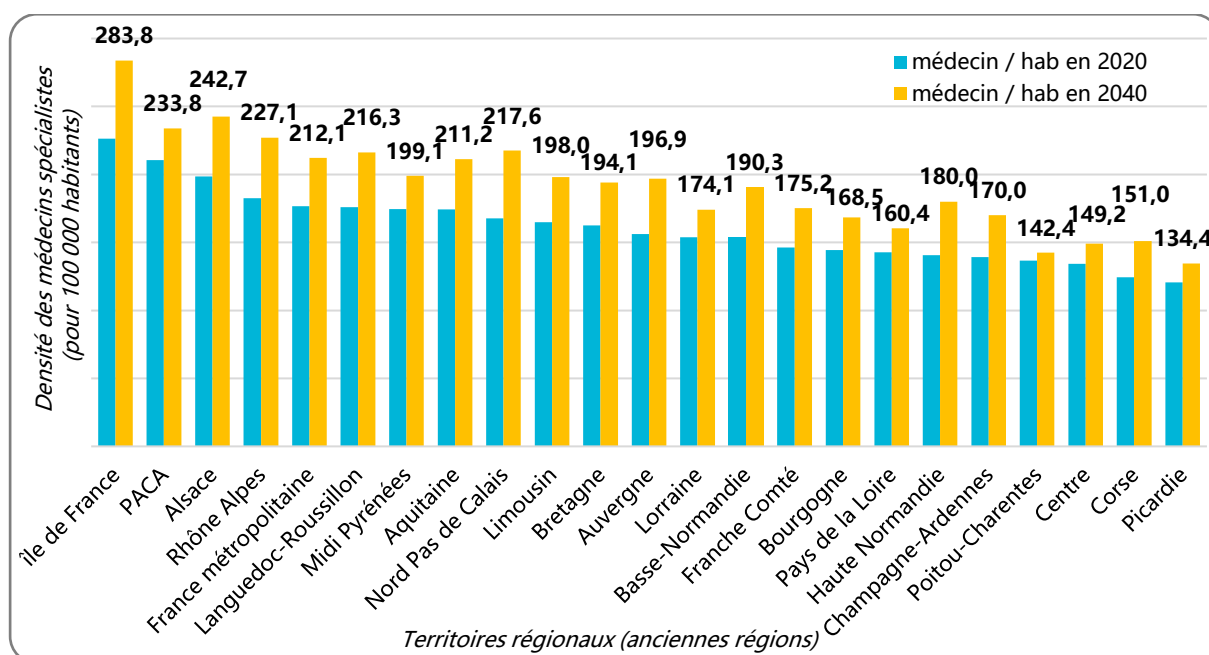
¹²¹ Cette analyse, mentionnée dans le PMP, n'est cependant pas partagée par le CH de Landerneau.

3 - Une situation durable pour des territoires qui ne profiteront pas de façon homogène de l'augmentation du nombre de spécialistes d'ici à 2040

D'après les projections de la Drees, la croissance du nombre de médecins spécialistes (hors médecins généralistes) entre 2020 et 2040 (+31,3 %) devrait être très supérieure à la croissance de la population générale sur la même période (+9,6 %), ce qui permet de prévoir une amélioration significative de la densité en médecins spécialistes (de 176,7 à 212,1 médecins pour 100 000 habitants)¹²². Cependant, tous les territoires ne profiteront pas de façon homogène de cette dynamique.

Analysée sous l'angle des anciennes régions, à mailles plus fines, cette progression sera particulièrement profitable aux régions comportant de grandes métropoles. Ainsi, l'Île-de-France, le Nord Pas-de-Calais et l'ex-région Rhône-Alpes connaîtront les plus fortes progressions de la densité en médecins spécialistes sur la période 2020-2040, à l'inverse des ex-régions Centre, Picardie et Poitou-Charentes. À titre d'illustration, la densité médicale dans l'ex-région Picardie en 2040 sera la même que celle de la région Centre en 2020, d'ores et déjà fortement exposée à la problématique de la démographie médicale.

Graphique n° 5 : comparaison de la densité médicale en médecins spécialistes en 2020 et en 2040 par ancienne région



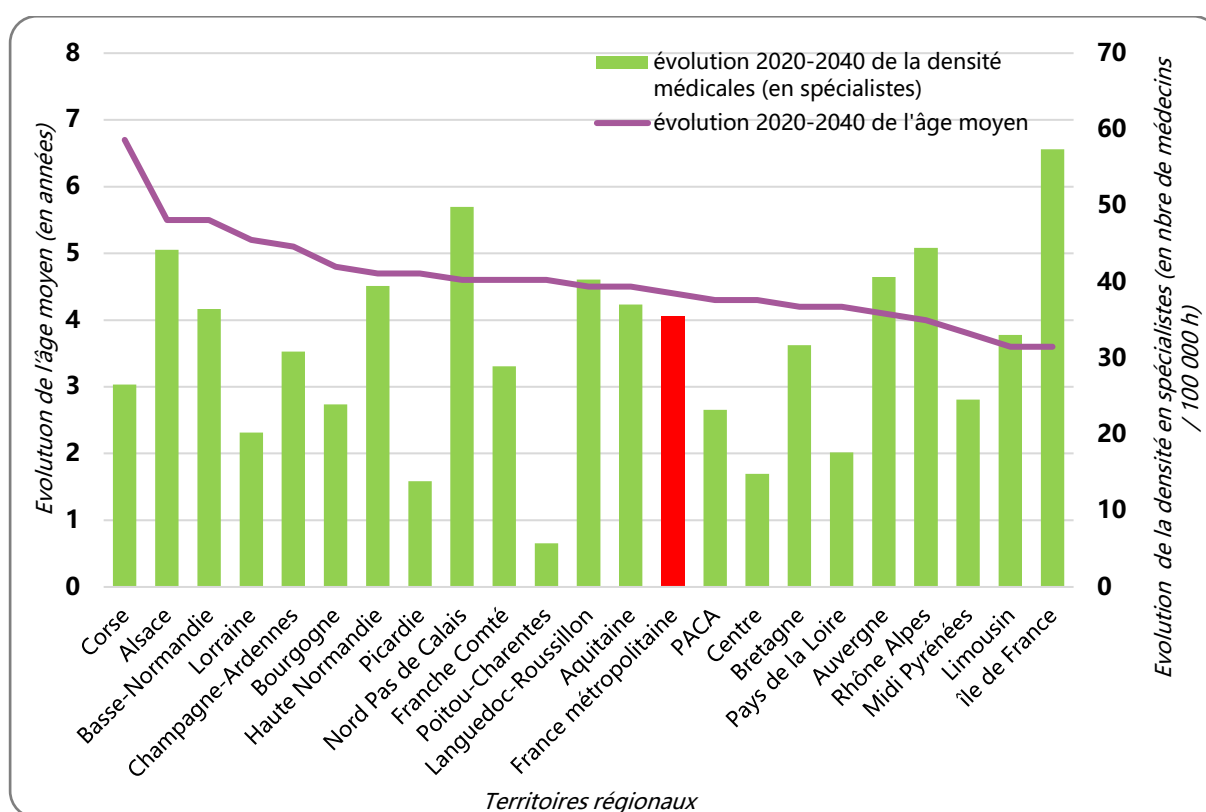
Source : Cour des comptes d'après les données Drees et Insee

Exemple : Pour la région Ile-de-France, en 2020, la densité en médecins spécialistes est de 226,4 médecins / 100 000 habitants. En 2040 cette densité devrait être portée à 283,8.

¹²² Projections établies à partir des hypothèses tendanciennes de la Drees (+8 000 étudiants/an admis en 2^e année de médecine, +1 500 médecins à diplômes étrangers entrants par an soit le solde actuel, âge de cessation d'activité actuel conservé sur la période). Requête disponible sur <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Projection-effectifs-medecins/>. Les projections pour la population générale sont disponibles sur le site de l'Insee (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280900>).

De plus, certains territoires seront plus particulièrement confrontés à une forte hausse de l'âge moyen de leur population (et donc corrélativement de la prévalence des maladies chroniques¹²³) et d'une faible augmentation du nombre de spécialistes médicaux. Cet « effet de ciseaux » sera le plus défavorable en Corse, Lorraine, Poitou-Charentes et Picardie. À l'inverse, l'Île-de-France, le Nord Pas-de-Calais et l'ex-région Rhône-Alpes, territoires où la proportion des moins de 39 ans est d'ores et déjà la plus forte¹²⁴, bénéficieront d'une forte progression de leur densité en médecins spécialistes et d'une progression modeste de l'âge moyen des habitants.

Graphique n° 6 : comparaison de l'évolution de la densité médicale en spécialistes au regard de l'évolution de l'âge moyen des habitants par ancienne région (période : 2020-2040)



Source : Cour des comptes d'après les données Drees et Insee

Exemple : Pour la région Corse, entre 2020 et 2040, la progression de la densité en médecins spécialistes sera de +26,5 médecins / 100 000 habitants. Dans le même temps l'âge moyen des habitants aura progressé de +6,7 ans.

¹²³ La progression des maladies chroniques, dont la prévalence est profondément liée au vieillissement de la population, se poursuivra sur la période 2020-2040. En effet, la durée de vie des malades chroniques s'accroît pour une majorité de pathologies et en particulier les maladies cardio-vasculaires et les cancers. De plus, le vieillissement de la population a pour corollaire une hausse de la poly-morbidité : 42 % des hommes et 31 % des femmes de 85 ans et plus sont concernés par la pluri-pathologie chronique. Ainsi, parmi les 1,7 million d'admissions en ALD en 2017, 37 % concernaient des personnes bénéficiant déjà d'une ou plusieurs autres ALD (M. Chassang et A. Gautier, *Les maladies chroniques*, avis du Conseil économique, social et environnemental, juin 2019).

¹²⁴ En 2020, la proportion des moins de 39 ans est de 53 % en Île-de-France et dans le Nord - Pas-de-Calais et de 51 % en région Rhône-Alpes.

C'est donc dans les territoires les plus jeunes et les moins exposés à l'évolution des maladies chroniques que la démographie médicale en spécialistes va le plus progresser entre 2020 et 2040. Face à cette contradiction, laisser perdurer des GHT de taille réduite, non adossés à un centre hospitalier important, tout particulièrement dans des régions comme la Lorraine, le Poitou-Charentes et la Picardie, ne permettra pas de préparer activement la transition épidémiologique que représentent les maladies chroniques et exposera ces GHT à des difficultés durables en termes de recrutement médical et de maintien des activités de proximité et de référence.

C - GHT et CHU : le risque de voir perdurer des GHT à deux vitesses

1 - Les GHT comportant un CHU sont en moyenne de plus grande taille

En France métropolitaine, 26 GHT ont pour établissement support un CHU. Ces GHT sont en moyenne plus étendus : ils couvrent une superficie de 6 550 km², contre près de la moitié pour les GHT sans CHU (3 553 km²)¹²⁵. De ce fait, 38,4 % des GHT avec CHU couvrent un territoire au moins départemental (contre 32,4 % pour les GHT sans CHU) et deux GHT avec CHU couvrent un territoire associant plusieurs départements. Le bassin de population de ces GHT est également plus large, avec près de 988 000 habitants en moyenne par territoire (contre 378 000 habitants pour les GHT sans CHU) et plus âgé (9,4 % pour les bassins avec CHU contre 7,8 % pour les bassins sans CHU)¹²⁶.

Un GHT avec CHU associe en moyenne un nombre plus important d'établissements : 6,3 CH et 2,2 hôpitaux de proximité (HP) contre 3,5 CH et 1,4 HP dans les autres GHT¹²⁷. Du fait de leur caractère plus étendu, les GHT comportant un CHU affichent des temps moyens plus importants entre établissements membres : la durée maximale de transport entre établissements du GHT est de 82 minutes contre 55 minutes dans les GHT sans CHU. *A contrario*, le temps maximal nécessaire pour atteindre l'établissement de recours depuis tout établissement membre du GHT est significativement réduit : il est de 66 minutes pour les GHT avec CHU contre 93 minutes pour les GHT sans CHU.

2 - L'exercice des missions hospitalo-universitaires au sein des GHT : des GHT à deux vitesses

Tous les CHU sont associés aux GHT de leurs subdivisions universitaires, afin d'assurer les missions prévues par les conventions d'association : les soins de recours, la recherche, la formation et la gestion de la démographie médicale. Parfois, un GHT est associé à plusieurs CHU. Cependant, un certain nombre de difficultés liées à l'intégration des CHU comme établissement support d'un GHT font craindre l'existence de GHT à deux vitesses.

¹²⁵ Ces calculs ne tiennent pas compte des départements et régions d'outre-mer (six GHT) ainsi que des GHT à orientation psychiatrique (3 GHT en 2019).

¹²⁶ Proportion de population âgée de plus de 75 ans.

¹²⁷ Et des proportions inférieures en moyenne à un en termes d'ESMS et EPSM.

a) En matière de démographie médicale : un investissement important des CHU sur leur périmètre territorial

L'ensemble des GHT sans CHU rencontrés au cours de l'enquête considèrent que la réforme a entraîné un recul de l'investissement du CHU dans sa dimension régionale au profit d'un recentrage des CHU sur leur périmètre territorial. Ce phénomène s'explique en grande partie par le fait que les CHU sont eux-mêmes dans une situation de forte tension en termes d'effectifs médicaux¹²⁸, qui trouve plusieurs origines : le manque d'attractivité de l'hôpital public, qui pousse des praticiens à travailler dans le secteur privé (pour une meilleure rémunération et un niveau de contrainte allégé en termes notamment de PDSSES), une démographie médicale défavorable, le développement des surspécialités qui sont venues diminuer la ressource en spécialistes polyvalents recherchés par les centres hospitaliers¹²⁹, l'effet de réformes qui ont diminué le temps de travail des médecins¹³⁰, le souhait pour les jeunes générations de médecins de s'orienter vers un meilleur équilibre entre vie familiale et vie professionnelle conjugué au phénomène de « métropolisation ». Le manque de valorisation de l'engagement territorial des praticiens hospitaliers et les sujétions de l'exercice dans un établissement de recours accentuent le désintérêt générationnel pour les carrières en CHU.

La prime d'exercice territorial (PET)¹³¹ et la prime d'engagement dans la carrière hospitalière, instaurées en 2017 afin de favoriser le choix de carrières hospitalières et multi-sites, ne suffisent pas à inverser la tendance. La PET, destinée à faciliter l'organisation d'activités partagées du personnel médical entre plusieurs établissements et à valoriser financièrement l'investissement personnel des praticiens acceptant d'exercer leur activité sur des sites distants de 20 km au moins de leur site principal d'exercice, n'apparaît pas déterminante¹³².

De ce fait, les GHT disposant d'un CHU se retrouvent favorisés. En 2018, le CHU de Clermont-Ferrand recense 122 conventions de partage de temps médical, dont 28 % concernent les GHT voisins (Cantal et Haute-Loire)¹³³. Le CHU d'Angers dénombre 130 coopérations médicales sous forme de temps partagés en vigueur en 2019, dont 39 % hors GHT. De ce fait, les GHT ne disposant pas de CHU se retrouvent défavorisés dans la mesure où leurs demandes de ressources humaines médicales ne sont pas priorisées par les CHU, phénomène aggravé par

¹²⁸ Voir aussi Cour des comptes, *Le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2017, p. 134 et suivantes, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹²⁹ C'est par exemple le cas en cardiologie, en pédiatrie, en orthopédie ou en radiologie.

¹³⁰ Exemple : instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.

¹³¹ Décret n° 2017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière, et arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

¹³² Arrêté du 14 mars 2017 précité, article 5 : « Le montant de la prime est fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice du praticien ainsi que du nombre de sites d'exercice différents le cas échéant : - 1 demi-journée : 250 € brut ; / - de plus de 1 demi-journée à 3 demi-journées inclus : 450 € brut ; / - de plus de 3 demi-journées à 4 demi-journées inclus : 700 € brut ; / - 4 demi-journées sur au moins 2 sites différents du site principal d'exercice : 1 000 € brut ; / - plus de 4 demi-journées : 1 000 € brut ».

¹³³ Rapport d'activité du CHU de Toulouse et du CHU de Clermont-Ferrand pour 2018.

le fait que ces GHT sont implantés sur des territoires parfois peu attractifs pour des stages d'internat. De plus, cette difficulté d'accès à la ressource médicale est intervenue au moment même où les PMP ont prévu dans la grande majorité des GHT d'accroître l'offre de soins en proximité, par la mise en place notamment de consultations avancées¹³⁴. En cela, les PMP se retrouvent aujourd'hui très largement empêchés dans leur déploiement. Cette situation a pu conduire des établissements à refuser leur rattachement à un GHT dépourvu de CHU, comme en Mayenne avec le CH de Château-Gontier, bien que depuis deux ans, l'aide du CHU au GHT soit plus substantielle en termes de ressources médicales.

Les CHU ont défini des instances de concertation à l'échelle de leurs subdivisions d'internat afin de prendre en compte les demandes hors GHT. Le CHU de Lille dispose, comme l'ensemble des CHU, d'un outil de gestion prévisionnelle territoriale des emplois médicaux partagée avec les GHT associés, sur la base d'une stratégie impliquant un recensement des besoins à cinq ans, l'identification des forces et ressources mobilisables et l'impact éventuel sur la régulation des besoins en formation. Autre exemple, le CHU de Toulouse souhaite poursuivre l'enquête régionale engagée depuis 2011 auprès des établissements publics de santé afin d'identifier les postes à pourvoir par spécialité et discipline dans chaque établissement et les perspectives de renouvellement en fonction des départs en retraite et des projets des établissements.

Au total, et bien qu'il existe de nombreuses coopérations des CHU hors GHT, notamment dans le cadre des assistants à temps partagés et des outils d'évaluation, la réforme des GHT n'a pas vu la situation des établissements éloignés des CHU s'améliorer. Les conventions d'association n'apportent pas de réponse significative à cette situation.

b) en matière de recherche clinique, les GHT constituent un outil prometteur

Plusieurs GHT ont mis en œuvre des actions innovantes en matière de recherche clinique. Ces actions peuvent porter sur :

- la mise à disposition de compétences nouvelles aux établissements en matière d'ingénierie de la recherche clinique, comme la mise à disposition de temps de médecins épidémiologiques ou d'attachés de recherche clinique au sein du GHT¹³⁵ ;
- la constitution par les GHT d'un nouveau vivier permettant pour une équipe de recherche clinique d'inclure un plus grand nombre de patients dans un protocole de recherche clinique au sein d'un territoire ;
- une dynamique institutionnelle plus forte et partagée en matière de recherche clinique, avec la créations d'instances de pilotage de la recherche élargies à l'ensemble du GHT¹³⁶ ;

¹³⁴ Ce mode de collaboration entre sites hospitaliers consiste à projeter des médecins dans les établissements de santé éloignés des grands centres urbains afin d'y pratiquer des consultations médicales spécialisées régulières.

¹³⁵ Le GHT Artois a développé une initiative en ce sens : depuis 2018, une équipe d'attachés de recherche clinique garantit le bon suivi des essais cliniques, ainsi que la qualité et la véracité des données scientifiques recueillies. Les trois GHT du Maine-et-Loire, de Sarthe et de Mayenne ont créé une Délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI) interdépartementale coordonnée par le CHU d'Angers.

¹³⁶ La commission de recherche clinique du GHT Nord-Ouest Vexin Val d'Oise est composée de représentants des différents pôles du GHT.

- une mutualisation des outils nouveaux, inaccessibles individuellement à chaque établissement¹³⁷.

Comme pour l'offre de soins, le cadre territorial offert par les GHT apparaît parfois trop étroit pour les activités de recherche clinique. Le CHU de Lille prévoit à ce titre une gouvernance régionale en matière de recherche clinique permettant de représenter *a minima*, dans les instances de cette gouvernance, chaque GHT relevant de sa compétence territoriale, ainsi que la participation d'un représentant médical des GHT de la subdivision d'internat au CRBSP¹³⁸ du CHU.

Au total, les GHT offrent un cadre intéressant à la diffusion de la recherche clinique sur le territoire. Un regroupement des GHT de petite dimension permettrait d'en renforcer la pertinence, notamment en augmentant leur capacité d'inclure un nombre plus important de patients dans des protocoles de recherche clinique et de disposer de compétences spécialisées (épidémiologistes, attachés de recherche clinique), impossibles à financer au sein de GHT trop réduits.

II - Les PMP : un effort de dialogue inédit au sein des territoires, aux résultats très inégaux en termes d'intégration

Le caractère obligatoire de la réforme des GHT a constitué un élément déterminant, obligeant les établissements, les personnels de direction, médicaux et soignants à travailler ensemble, à faire état de leurs difficultés et ainsi tenter d'apporter des réponses cohérentes à des problématiques communes à travers les projets médicaux partagés (PMP). Les relations entre ARS et établissements de santé paraissent également facilitées par les GHT. L'ARS Hauts-de-France constate qu'il est ainsi envisageable de piloter, y compris en urgence, des chantiers en articulation avec les 14 GHT, et de construire un espace transversal entre sanitaire et médico-social, chose rendue beaucoup plus difficile avec 77 établissements de santé.

Les PMP constituent un témoignage objectif de cet effort de dialogue et de coordination. En effet, ils représentent un travail collectif considérable avec plus de 17 400 pages rédigées et validées par les différentes instances et l'identification de 1 902 filières de soins, soit en moyenne près de 15 filières par GHT¹³⁹, couvrant ainsi une très large partie de l'activité hospitalière¹⁴⁰. À partir des données méthodologiques précises figurant dans certains PMP, l'investissement des professionnels hospitaliers dans la préparation de ces documents

¹³⁷ Neuf GHT en Occitanie vont pouvoir accéder à une plateforme dédiée à la recherche clinique (Clireo), pilotée par le CHU de Toulouse.

¹³⁸ Comité de recherches en matière biomédicale et de santé publique.

¹³⁹ Chiffres établis par la Cour des comptes à partir de l'analyse de l'ensemble des PMP des GHT de métropole disponibles au 1^{er} janvier 2020.

¹⁴⁰ Le taux de couverture par les PMP de l'activité hospitalière reste néanmoins une donnée non disponible au plan national comme au plan régional, en raison du mode de décompte différent de l'activité hospitalière et des choix faits en matière de filières par spécialités médicales ou par mode d'organisation.

représente entre 118 000¹⁴¹ et 198 000¹⁴² heures mobilisées au plan national, soit l'équivalent de 74 à 124 ETP de médecins, directeurs et cadres, consacrés exclusivement et durant une année à la préparation de ces documents¹⁴³.

A - La grande hétérogénéité des PMP en termes de filières de soins

La Cour a pu consulter la totalité des PMP disponibles au 1^{er} janvier 2020 en France métropolitaine, soit 129 documents pour 131 GHT métropolitains¹⁴⁴. Ces documents apparaissent inégaux. En termes de volumétrie tout d'abord : si un PMP est constitué en moyenne de 135 pages, 16 % d'entre eux excèdent les 200 pages et 12 % ne dépassent pas 50 pages. Le GHT Rhône-Centre affiche un PMP de 14 pages alors que le PMP du GHT Yvelines-Nord est composé de 386 pages.

La quasi-totalité des PMP dressent un diagnostic territorial préalable à l'énumération des objectifs et actions identifiés par filière. Cependant, là encore, ces diagnostics apparaissent très inégaux. La totalité des PMP énumèrent les grands équilibres démographiques de leurs zones d'attractivité, beaucoup établissent un état des lieux de la consommation de soins hospitaliers au sein du territoire avec un recours quasi-généralisé aux analyses de parts de marché du GHT et des taux de fuite hors GHT. Mais seulement 15 % des PMP font une analyse détaillée de la situation épidémiologique de leur territoire, prenant notamment en compte la dynamique spécifique des maladies chroniques. Ces GHT ont souvent en commun d'avoir un CHU comme établissement support, permettant d'apporter des compétences spécialisées dans ce domaine.

L'analyse des PMP fait apparaître que dans 65 % des cas, les GHT ont retenu la définition de filières de soins par référence à des spécialités médicales, et dans 34 % des cas en fonction des modes de prise en charge. Les filières à orientation populationnelle ne représentent que 1 % des filières de PMP. Cependant, cette analyse est intimement liée à la méthodologie de décompte retenue¹⁴⁵.

En matière de filières de soins définies au regard des spécialités médicales, 124 PMP ont retenu la filière gériatrique/personnes âgées : il s'agit de la filière la plus souvent abordée dans

¹⁴¹ Calcul établi sur la base des éléments rapportés par le GHT Artois, qui a recensé dans le cadre de l'élaboration de son PMP 173 réunions et 1 021 participations, d'une durée estimée de 2 heures chacune, soit 2 042 heures pour 33 filières identifiées dans le PMP (soit 62 heures de réunions par filière).

¹⁴² Calcul établi sur la base des éléments rapportés par le GHT de Loire-Atlantique, qui a recensé dans le cadre de l'élaboration de son PMP la réunion, à au moins 4 reprises, de 19 groupes composés en moyenne de 13 participants durant deux heures (soit 104 h de réunions par filière).

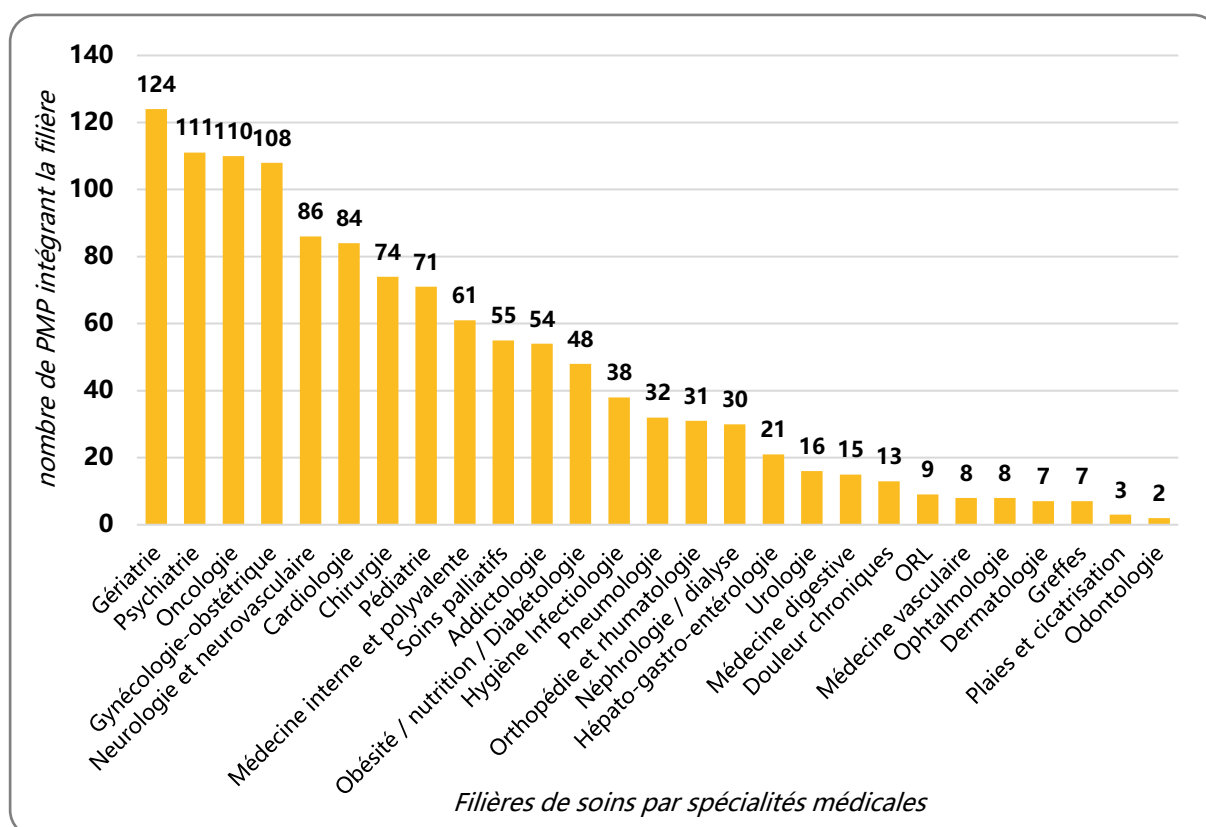
¹⁴³ Ces chiffres ne sont pas exhaustifs (ils n'incluent pas le temps de travail des ARS ou de l'administration centrale et des différents groupes de travail régionaux ou nationaux).

¹⁴⁴ À l'exception du GHT 77 Est, dont l'établissement support est le CH de Provins, en raison de sa création au 1^{er} janvier 2020, et du GHT Sud Côte d'or, dont l'établissement support est les hospices civils de Beaune (PMP non finalisé). Le PMP du GHT Doubs-Jura à orientation psychiatrique a été pris en compte dans l'analyse alors même que ce GHT a été fusionné avec le GHT Centre Franche-Comté le 1^{er} janvier 2020.

¹⁴⁵ Dans sa présentation faite le 12 septembre 2017 au comité de suivi des GHT sur la base d'une analyse de 60 PMP, la DGOS dénombre en effet une proportion très différente (45 % de filières définies par pathologies, 42 % par mode de prise en charge et 13 % par une approche populationnelle). L'écart important en matière populationnelle s'explique par le fait de distinguer, ou pas, la filière populationnelle personnes âgées et la filière de spécialité gériatrique.

ces documents. La psychiatrie, l'oncologie et la filière gynécologie-obstétrique¹⁴⁶ font partie des filières présentes dans près de 84 % des PMP. Certains GHT ont fait le choix d'avoir une approche large de la notion de spécialité, regroupant au sein de filières de médecine ou de chirurgie l'ensemble des spécialités d'organes. Il s'agit souvent de GHT de petite taille, dotés de services de médecine ou de chirurgie polyvalente. Les GHT de grande taille ont le plus souvent fait le choix de détailler leurs filières de soins par spécialités d'organes.

Graphique n° 7 : décompte des filières de soins des PMP au regard de spécialités médicales



Source : Cour des comptes sur la base de l'analyse des 129 PMP métropolitains disponibles

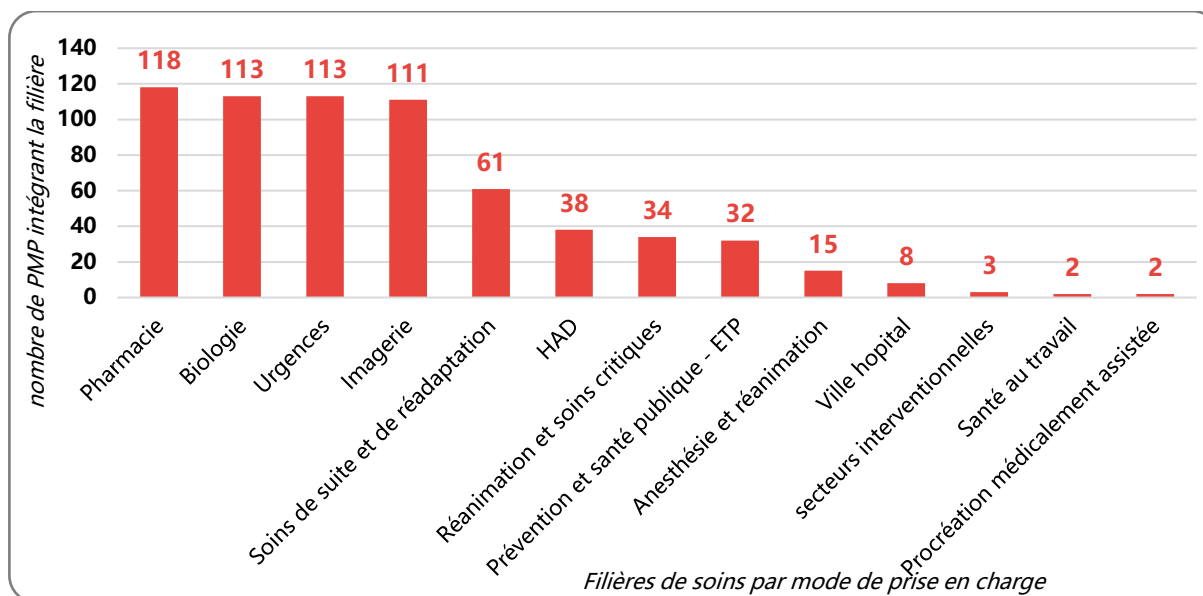
L'analyse des filières de soins par mode de prise en charge fait apparaître que si les activités de biologie, pharmacie et imagerie sont abordées dans environ 88 % des PMP, il demeure 21 GHT qui n'ont pas souhaité identifier tout ou partie de ces filières¹⁴⁷, en contradiction avec le 5° de l'article R. 6132-3 qui prévoit que le PMP « comprend notamment les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie »¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Le décompte opéré par la Cour a conduit à séparer la filière périnatale en deux filières : gynécologie-obstétrique et pédiatrie, afin de prendre en compte le fait que certains PMP évoquent au sein d'une filière périnatale des actions concernant exclusivement des activités d'obstétrique ou de pédiatrie.

¹⁴⁷ Sept GHT n'ont identifié aucune de ces filières dans leur PMP, quatre GHT ont identifié une seule filière et 10 ont identifié 2 des 3 filières.

¹⁴⁸ Le contenu des PMP est prévu par les articles R. 6132-3 et suivants du code de la santé publique.

Graphique n° 8 : décompte des filières de soins des PMP au regard des modes de prise en charge



Source : Cour des comptes sur la base de l'analyse des 129 PMP métropolitains disponibles

Enfin, une minorité de GHT ont retenu une approche populationnelle des filières de soins. Seuls 12 GHT ont formalisé un plan d'action autour de la prise en charge des patients démunis, 10 GHT l'ont fait pour les patients handicapés, 2 GHT ont formalisé une filière de prise en charge de l'autisme et 1 GHT a formalisé une filière spécifique aux familles.

La validation des PMP par les ARS a été l'occasion de confronter les choix faits par les GHT aux priorités définies dans le cadre des travaux préparatoires des PRS 2018-2022. Il est ainsi apparu que nombre de GHT avaient pris en compte de façon parfois très imparfaite ces priorités. C'est par exemple le cas en région Auvergne-Rhône Alpes : seule la filière prioritaire des personnes âgées a fait l'objet d'une intégration dans 100 % des PMP.

B - Les GHT, dans leur format actuel, ne conduiront pas à une restructuration de l'offre de soins

« GHT fédératifs » ou « GHT intégratifs » constituent les deux grandes logiques qui se côtoient dans les PMP. Les GHT « fédératifs » sont construits sur le principe de subsidiarité, qui justifie de maintenir, le plus possible, les activités de soins en proximité dans chaque établissement. Ces GHT peuvent ainsi être amenés à partager des documents, des procédures ou des projets communs, sans néanmoins remettre en cause l'autonomie de chaque établissement et des équipes médico-soignantes qui les composent. À l'opposé, les GHT « intégratifs » cherchent à mutualiser les plateaux techniques et les activités, soit par une spécialisation concertée des établissements (en supprimant l'activité concurrente dans les autres établissements membres), soit par une gradation des soins verticale en direction de l'établissement support. Ce modèle aboutit de façon plus fréquente à mobiliser des outils de coordination de l'action des établissements qui ont une nature organique : fusion d'équipes, pôles inter-établissements, équipes de territoire.

Cependant, face à ces deux modèles, il n'existe aucune méthode d'analyse permettant de mesurer la part de chacune d'elles dans les PMP et d'en estimer l'impact sur l'offre de soins à échéance des PMP.

1 - Une logique fédérative retenue dans la majorité des GHT

a) Une méthodologie d'analyse basée sur un examen exhaustif des actions définies par les PMP

L'analyse des modes de collaboration mis en œuvre au sein des GHT a nécessité la définition d'une méthodologie spécifique par la Cour, en l'absence d'outil préexistant (cf. annexe n° 9). La méthode retenue a consisté à analyser les 1 902 filières de soins (soit 1 560 filières cliniques et 342 filières médico-techniques¹⁴⁹) identifiées dans 129 PMP, en affectant à chaque filière un modèle-type de collaboration. Au total, pour les seules activités cliniques, 29 modèles de collaboration ont pu ainsi être dégagés au fil de l'analyse des PMP. Ces modèles collaboratifs ont par la suite été regroupés au sein de six groupes constitués en fonction de l'intensité des collaborations prévues. Enfin, les six groupes ont été rassemblés au sein de trois familles : les collaborations de nature fédérative, les collaborations de nature intégrative et les collaborations hors GHT.

Cette méthodologie nécessite un travail long et fastidieux, qui n'apparaît pas compatible avec le fonctionnement normal des administrations centrales et territoriales. Cette situation s'explique à la fois par l'absence de normalisation du format des PMP et par l'absence d'outil partagé entre les GHT, les ARS et la DGOS pour quantifier et qualifier les orientations prises et en mesurer la progression. Il paraît indispensable de faire des PMP de deuxième génération des documents plus à même de faire l'objet d'une analyse partagée par l'ensemble des acteurs, y compris dans les territoires¹⁵⁰.

b) Résultats : une logique majoritairement fédérative qui vise à renforcer le maillage territorial du GHT

Les collaborations prévues dans les PMP pour la période 2017-2022 ont une forte dimension fédérative. En effet, 65,3 % des projets de filières prévoient la mise en œuvre d'une entraide entre les membres du GHT, sans pour autant créer de liens organiques au sein du GHT¹⁵¹, en maintenant les organisations en place et l'autonomie des équipes médico-soignantes et des établissements. Dans 26,3 % des cas, il s'agit de collaborations documentaires (partage de procédures et de protocoles) et/ou d'échange de pratiques et/ou de partage de projets¹⁵². Dans

¹⁴⁹ Pharmacie, biologie et imagerie qui ont fait l'objet d'une grille d'analyse spécifique.

¹⁵⁰ En effet, la totalité des GHT rencontrés dans le cadre de cette enquête sont en demande d'une vision de ce qui se passe dans les autres groupements, à la fois en termes d'actions planifiées et de résultats obtenus.

¹⁵¹ C'est-à-dire par exemple la désignation d'un chef de service commun, la mise en place d'une équipe commune ou d'un pôle inter-établissement.

¹⁵² Exemples : meilleure identification des professionnels de santé ressources au sein d'un territoire, actions de communication à destination des professionnels de santé de ville et du grand public, mise en place d'actions de coordination au sein du GHT (dossier de spécialités partagés, cellule de gestion des lits de territoire, commission territoriale d'admission en SSR, structure de liaison, COPIL de filières, charte de collaboration en matière d'HAD, création de poste d'animateur de filières, etc.), actions de formations communes au sein du GHT, mise en commun

35,2 % des cas, les actions prévoient un échange de temps médical, le plus souvent de l'établissement support vers les établissements parties, avec création d'une offre de soins nouvelle, entendue au sens le plus large¹⁵³. Enfin, dans 3,3 % des cas, l'établissement support est sollicité pour apporter une aide en termes de ressources humaines médicales ou paramédicales, sans pour autant induire une modification de l'offre de soins.

Ces actions, bien que d'intensité inégale, comportent de réels effets positifs à attendre pour les patients. Elles traduisent en effet un effort de dialogue des professionnels autour de la prise en charge concrète des patients se traduisant par des partages de protocoles et de ressources médicales et/ou paramédicales. Ces actions traduisent également une volonté des GHT d'accroître leurs parts de marché en utilisant plusieurs méthodes : des actions de communication auprès des professionnels libéraux ou des patients, des partages de procédures permettant de clairement indiquer les voies d'adressages des patients en privilégiant les transferts intra-GHT, la mise en place de consultations avancées visant à renforcer le recrutement en périphérie au bénéfice des établissements parties et de l'établissement support, permettant à ce dernier d'assurer les prises en charge de référence ou de recours. Ces actions contribuent également à apporter en proximité des compétences de médecins spécialisés, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques.

c) Une minorité des collaborations ont une nature intégrative.

26,9 % des actions prévues dans les PMP comportent une nature intégrative. Dans 8,5 % des cas, ces actions visent à mettre en œuvre des fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) ou des équipes médicales de territoire à échéance du PMP. Ces actions concernent essentiellement les filières urgences, périnatalité, cardiologie et oncologie, particulièrement touchées par le manque de ressources médicales. Ces actions visent ainsi à apporter une réponse par le rapprochement des équipes, fondé sur le volontariat. Dans 18,4 % des cas, ces actions comportent une plus forte dimension intégrative. Il s'agit majoritairement de la mise en œuvre de pôles inter-établissements ou d'équipes de territoires coordonnées par un praticien du GHT désigné¹⁵⁴ (8,8 % des filières), mais aussi de révision des adressages entre établissements membres afin de constituer des pôles de compétence et de spécialisation au sein du GHT (près de 6 % des filières).

du fonctionnement de certaines instances comme les CLUD de territoire ou encore les CLAN, COMEDIMS ou comité hospitalier d'éthique.

¹⁵³ Organisation de nouvelles consultations avancées dans des spécialités médicales non représentées dans l'établissement partie (par exemple : neurologie, cardiologie, onco-gériatrie et psycho-gériatrie), de vacations opératoires nouvelles proposées localement aux patients dans des spécialités chirurgicales ou interventionnelles, d'un nouveau service de soins en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète comportant une dimension territoriale – unités cognitivo-comportementales (UCC), pôles d'activités et de soins adaptés pour personnes âgées (PASA), soins de suite et de réadaptation (SSR) –, d'un projet de révision concerté des autorisations sanitaires afin d'apporter plus de cohérence à l'offre de soins du GHT, sans pour autant entraîner de diminution du nombre de sites ou même des capacités d'hospitalisation.

¹⁵⁴ Les activités cliniques les plus concernées par la mise en œuvre de pôles inter-établissements ou d'équipes de territoire sont, dans l'ordre décroissant, les activités de médecine d'urgence, de gériatrie, d'oncologie, d'hygiène, de gynécologie-obstétrique, de soins palliatifs, de chirurgie, de cardiologie, d'addictologie et de pneumologie. Liste non exhaustive.

Les actions d'intégration de plus forte intensité ayant pour conséquence la fermeture de services hospitaliers (fermeture totale ou partielle avec ou sans compensation) constituent des situations très rares : ces actions n'ont en effet été retrouvées qu'à 23 reprises sur les 1 560 filières analysées.

Enfin dans près de 8 % des cas, les actions portées par les PMP nécessitent de dépasser les limites du territoire. Il s'agit le plus souvent d'actions liées à la taille trop réduite du GHT, qui ne lui permet pas de développer des actions de façon autonome et l'oblige à rechercher une collaboration à l'extérieur.

2 - Une absence d'impact des GHT sur le nombre de plateaux techniques hospitaliers constaté en 2018

Les PMP sont des outils de programmation, établis en 2017 et qui ne font majoritairement pas l'objet d'une mise à jour, étant donné la lourdeur de la procédure. De ce fait, la Cour a cherché à vérifier si depuis leur mise en œuvre, une restructuration de l'offre de soins était intervenue. Pour ce faire, l'évolution du nombre d'implantations de plateaux techniques hospitaliers a été mesurée pour la période 2014-2018.

En 2014, l'hospitalisation publique comptait 3 338 salles d'interventions chirurgicales réparties au sein de 454 sites hospitaliers¹⁵⁵. Entre 2014 et 2018, le nombre de salles a diminué de 0,7 % par an et le nombre de sites hospitaliers détenteur d'un bloc opératoire a diminué de 1,2 % par an. Cependant, en incluant l'activité d'obstétrique, le nombre d'établissements publics disposant d'un bloc opératoire n'a pas varié ainsi que le nombre d'établissements publics disposant d'une unique salle d'intervention chirurgicale (26 établissements)¹⁵⁶.

Une analyse menée à partir du dénombrement des sites hospitaliers réalisant une activité de chirurgie confirme cette stabilité. En matière d'activités de nature interventionnelle et durant la période sous revue, aucune évolution significative n'est intervenue : trois établissements hospitaliers publics ont cessé leurs activités mais dans le même temps, quatre établissements l'ont créé¹⁵⁷.

Les PMP ont largement retenu une approche centrifuge de la compétence médicale avec près de 38 % des filières qui prévoient la création d'une offre de soins nouvelle¹⁵⁸ ainsi que la projection de médecins dans les établissements parties. Si ceci permet d'attester une réelle prise de conscience de la dimension territoriale de l'offre de soins par les praticiens des établissements support, elle peut être aussi analysée comme une dispersion inquiétante des forces médicales lorsqu'elle concerne des spécialités nécessitant un plateau technique lourd. Ainsi, plusieurs GHT éloignés des grandes métropoles prévoient la création de nouveaux centres de radiothérapie¹⁵⁹, de procréation médicalement assistée¹⁶⁰ ou de nouvelles prises en charge en chirurgie¹⁶¹.

¹⁵⁵ Hors obstétrique, d'après les données de la Drees (*Panorama des établissements de santé* 2016 et 2020).

¹⁵⁶ D'après les données Hospidag SAE-Drees 2014 et 2018 (indicateur CI-E5 pour les CHR, CH et HP)

¹⁵⁷ Mesurée en référence au nombre d'établissements qui déclare dans le PMSI la réalisation de séjours comportant la lettre K dans la racine du GHM.

¹⁵⁸ C'est-à-dire la somme des actions de collaboration relevant des modèles CI, C2, C4, C5 et F3.

¹⁵⁹ GHT Moselle Est.

¹⁶⁰ GHT Aube et Sézannais, GHT Nord Ardennes.

¹⁶¹ GHT centre-Bretagne qui prévoit dans son PMP la mise en œuvre d'une nouvelle activité de chirurgie bariatrique. L'ARS Bretagne confirme le recrutement en 2019 du chirurgien spécialisé dans ce domaine par le GHT.

Au total, les GHT, qui se sont constitués dans une logique majoritairement fédérative, ne pourront pas conduire à une restructuration hospitalière significative, faute d'actions spécifiques le prévoyant dans les PMP. *A contrario*, quelques GHT particulièrement intégrés ont fait l'objet d'avancées significatives en termes de reconfiguration de leurs plateaux techniques. À titre d'illustration, le GHT Nord-Ardenne, qui a fusionné l'ensemble de ses établissements MCO, a regroupé en 2019 sa chirurgie orthopédique, traumatologique, viscérale et urologique en hospitalisation complète au centre hospitalier de Charleville-Mézières, tout en maintenant une activité de chirurgie ambulatoire à Sedan.

Ainsi, les grands équilibres en termes d'implantation de l'offre de soins seront, selon toute vraisemblance, conservés au terme de la première génération des PMP, sauf à ce que des mesures externes au GHT puissent intervenir (réforme des autorisations, fermeture de sites faute de ressource médicale). Dans tous les cas, ces restructurations seront majoritairement subies car non anticipées dans le cadre de PMP. À titre d'illustration, le PMP du GHT Sud-Drome-Ardèche prévoyait en 2017 le maintien des trois maternités du territoire, bien que la maternité du CH de Privas ne soit en mesure d'atteindre les 300 accouchements par an¹⁶² depuis plusieurs années. Moins de deux ans après, l'administrateur provisoire du CH de Privas signifiait à l'ARS l'arrêt des accouchements au CH de Privas. Il en est de même pour le GHT Savoie-Belley, qui comporte cinq maternités dont deux auront des difficultés à se maintenir à 10 ans d'après l'ARS¹⁶³, dont celle de Bourg-Saint-Maurice. Le GHT s'oriente vers un maintien de tous les sites en misant sur un hypothétique renforcement de l'attractivité des postes médicaux.

3 - Les déterminants d'une intégration médicale poussée au sein des GHT

Au cours de l'enquête, plusieurs critères ont été invoqués afin d'expliquer les niveaux d'intégration variables des GHT : l'existence d'une direction commune à l'échelle d'un GHT¹⁶⁴, un contexte de pénurie médicale au sein du territoire ou encore le nombre d'établissements membres du GHT. Les tests menés par la Cour, à partir de l'élaboration d'un score intégratif par GHT, ne permettent pas de confirmer totalement ces hypothèses (cf. annexe n° 10).

Le lien de corrélation entre niveau d'intégration d'un GHT et existence d'une direction commune peut être suggéré. Ainsi, parmi les 25 GHT présentant les niveaux d'intégration les plus forts, figurent 13 GHT en direction commune (soit 52 %). *A contrario*, parmi les 25 GHT présentant les scores intégratifs les plus faibles, figurent quatre GHT en direction commune¹⁶⁵ (soit 16 %). L'unité managériale peut donc être considérée comme un facteur favorisant l'intégration des équipes médicales au sein d'un GHT, sans pour autant que ce facteur soit suffisant à lui seul. Un test similaire a été conduit afin d'évaluer si la densité médicale en médecins spécialistes par GHT pouvait interférer avec le niveau d'intégration. Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence. La taille du GHT ne semble pas non plus constituer un déterminant¹⁶⁶.

¹⁶² Moins de 200 accouchements en 2016.

¹⁶³ Lettre de cadrage de l'ARS ARA du 1^{er} septembre 2016.

¹⁶⁴ Ou à tout le moins pour l'ensemble des établissements MCO du GHT.

¹⁶⁵ En excluant les GHT constitués d'un seul établissement MCO à l'origine en 2016.

¹⁶⁶ Aucune corrélation entre score intégratif et taille du GHT (exprimée en nombre de sites MCO ou en nombre de sites totaux ou en volume de séjours par GHT ou en données capacitaires par GHT).

Les entretiens menés au cours de l'enquête ont mis en évidence que l'antériorité des liens entre équipes médicales, l'ancienneté des coopérations entre établissements par le biais de GCS ou de CHT, les bonnes relations entre médecins, chefs de pôle et chefs de service et la délimitation cohérente du GHT constituaient des facteurs déterminants dans le niveau d'intégration des équipes médicales au sein des GHT.

Les GHT face à l'épidémie de covid-19

La crise sanitaire qui a touché la France au premier semestre 2020 a mobilisé de façon exceptionnelle les établissements de santé et les GHT. Dans cette situation inédite, les GHT ont pu jouer un rôle facilitant en termes de gestion des lits, d'orientation des patients, de coopération territoriale avec le secteur privé et les établissements médico-sociaux et d'approvisionnement en matériels. Ainsi, Santé publique France (comme certaines ARS) a fait des 136 GHT ses principaux interlocuteurs en termes de répartition des moyens individuels de protection entre les 920 établissements de santé ou médico-sociaux membres de GHT.

Certains GHT sont allés au-delà, en apportant une aide ciblée aux équipes hospitalières ou médico-sociales des établissements membres. Le CHU de Nancy a ainsi déployé huit équipes de dépistage covid-19 dans les Ehpad associés aux GHT. Des actions de formation au dépistage des personnels soignants du GHT ont été recensées au GHT Lille-métropole Flandre intérieure et Hainaut-Cambrésis. Les GHT ont parfois constitué également le cadre de participation à des essais cliniques (GHT des Landes).

Enfin, quelques GHT ont pu déployer une réponse territoriale plus forte face à la crise. Ces GHT ont pour point commun de disposer d'une direction commune. C'est le cas par exemple pour le GHT Brocéliande-Atlantique, le GHT Bretagne-occidentale ou le GHT Cœur Grand Est. Ces groupements ont procédé à une réorganisation de leurs activités de soins permettant à la fois d'accroître leurs capacités de dépistage, d'orientation des patients, de prise en charge en service de médecine, de soins continus ou de réanimation. Certaines organisations ont permis d'effacer les limites juridiques posées par la notion d'établissement au sein d'un même groupement. Ainsi pour le GHT Cœur Grand Est, fortement touché par l'épidémie, la répartition du personnel soignant, du matériel (masques, blouses, solutions hydro-alcooliques) et des médicaments s'est faite en fonction du besoin des soignants, évitant ainsi toute rupture d'approvisionnement ou sur-sollicitation des personnels, malgré un taux d'absentéisme élevé du fait même de l'épidémie.

C - Une faible utilisation des outils de coopération les plus intégratifs

Au total neuf outils (ou famille d'outils), visant à organiser les soins sur le territoire du GHT, ont été identifiés.

1 - Un recours important aux consultations avancées, aux temps médicaux partagés et aux équipes de territoire

Il est très difficile d'identifier précisément le taux de recours à ces différents instruments. En effet, dans la plupart des cas, les PMP n'intègrent pas de liste exhaustive de leur recours à ceux-ci. De plus, certains comportent des contours flous : c'est le cas par exemple des équipes de territoire, qui peuvent présenter, d'un PMP à l'autre, une portée variable. De même les médecins à temps partagés peuvent se confondre parfois avec la mise en œuvre de consultations

avancées. Le recensement figurant ci-après ne peut donc être considéré comme un chiffrage exhaustif et définitif, mais tente de dresser un panorama général du recours aux outils de coopération territoriale en matière sanitaire.

Quatre outils paraissent plus particulièrement utilisés dans les PMP, et représentent à eux seuls plus de 82 % des modes de collaboration retenus dans chacune des 1 902 filières :

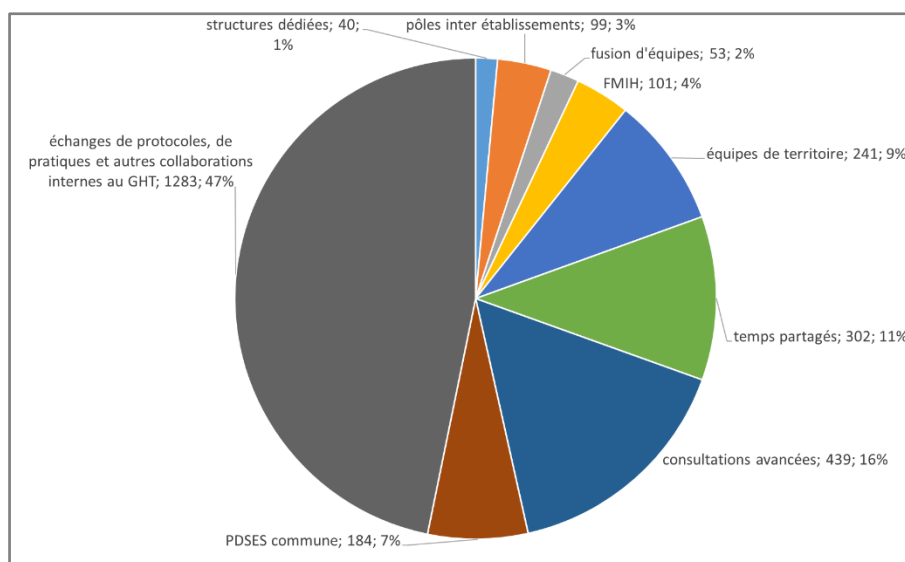
- les outils de partage d'information : ce mode de collaboration, évoqué dans 1 283 filières, constitue à la fois le mode le plus répandu et d'intensité la plus faible. Il vise pour l'essentiel à harmoniser les pratiques et à mieux se connaître et se faire connaître au sein du territoire ;
- les consultations avancées : ce mode de collaboration est ancien et préexistait aux GHT. Il est impossible de chiffrer le nombre précis de consultations avancées déployées sur le territoire¹⁶⁷. Le chiffre de 439 mentionné dans le graphique ci-après correspond au nombre de filières qui mentionnent la mise en œuvre d'au moins une consultation avancée. Ce volume correspond à 28 % des filières cliniques ;
- le partage de temps médical : là encore, ce mode de collaboration préexistait aux GHT, notamment dans le cadre des postes d'assistants à temps partagé cofinancés par les ARS. Ces partages de temps médical sont réalisés entre établissements de santé sur une base conventionnelle. Le partage de temps médical figure dans 302 filières cliniques ou médicotechniques (soit 11 % des filières) et dans 86 GHT. 10 filières de soins concentrent à elles seules plus de 68 % des temps partagés¹⁶⁸ ;
- les équipes médicales de territoire : ce mode de collaboration, marqueur d'un rapprochement plus net des équipes médicales, est évoqué dans 241 filières (soit 9 %) par 87 GHT¹⁶⁹. Les spécialités les plus concernées sont la médecine d'urgence (23 projets d'équipes de territoire dénombrés), la gériatrie (22), l'oncologie et la chirurgie (16) et la psychiatrie (14).

¹⁶⁷ Cette donnée ne fait pas l'objet d'un recueil national et présente une volatilité importante.

¹⁶⁸ Gynécologie-obstétrique, chirurgie, urgences, cardiologie, oncologie, pédiatrie, imagerie, neuro-vasculaire, obésité / nutrition / Diabétologie et gériatrie.

¹⁶⁹ L'IGAS fait état d'un déploiement effectif en 2019 dans 81 GHT sur 117 répondants (C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, *Bilan d'étape des GHT*, décembre 2019).

Graphique n° 9 : place des différents outils de coopération hospitalière mobilisés dans les PMP



Source : Cour des comptes sur la base de l'analyse de 129 PMP

2 - Les pôles inter-établissements : un outil de coopération intégratif mais qui reste peu mobilisé par les GHT

Les pôles inter-établissements (PIE) constituent l'outil de coopération le plus intégratif à la disposition des GHT¹⁷⁰. L'existence des PIE est expressément prévue par l'article 107 de la loi santé de 2016¹⁷¹ et par le décret du 27 avril 2016¹⁷².

a) Un chef de pôle disposant d'une autorité fonctionnelle dans sa spécialité sur l'ensemble du GHT

Le pôle inter-établissements n'est pas doté de la personnalité morale. Sa création vise à la mise en œuvre du projet médical partagé par la création d'un pôle transversal réunissant les ressources et les activités d'unités fonctionnelles ne relevant pas des mêmes établissements. Le chef de pôle inter-établissements est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Le chef de pôle inter-établissements a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle inter-établissement. Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au PMP. Après

¹⁷⁰ À l'exception des pôles d'établissement de santé issus de la fusion juridique des établissements membres du GHT. Cependant, cette situation ne relève plus d'une stratégie de coopération prévue par les GHT.

¹⁷¹ Les pôles inter-établissements constituaient une proposition que l'Assemblée nationale n'avait pas retenue au cours du débat parlementaire sur la réforme GHT et que le Sénat a réintroduite.

¹⁷² Codifié à l'article R. 6146-9-3 du code de la santé publique.

information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle inter-établissements signent un contrat de pôle, contresigné par le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

b) Un contour juridique imprécis qui laisse une latitude d'appréciation

L'article R. 6146-9-3 du code de la santé publique prévoit que « *les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles inter-établissements d'activité clinique ou médico-technique* ». L'article 107 de la loi de 2016 précise que « *l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement* ». Il existe donc une contradiction apparente entre ces textes en matière de droit d'initiative de création d'un PIE, l'établissement support pouvant de fait s'opposer à la mise en place d'un pôle inter-établissements.

Par ailleurs, aucune précision sur les structures internes du pôle inter-établissements ne figure dans les textes. L'hypothèse d'unités fonctionnelles ou services inter-établissements n'est par exemple pas prévue. De plus, nombre de GHT font état de projets de PIE infra-GHT, c'est-à-dire ne concernant qu'une partie seulement des établissements membres.

Enfin, les entretiens menés au cours de l'instruction font apparaître un décalage ressenti entre le régime juridique des GHT et celui des PIE. En effet, si le GHT impose la mutualisation de certaines fonctions support, il ne paraît pas orienté, dans ses principes mêmes, vers une mutualisation d'activités cliniques. Le principe qui guide les PMP est de créer des filières de soins graduées entre établissements sans aller jusqu'à envisager une organisation polaire commune. La direction commune semble en revanche constituer un cadre plus adapté à la mise en œuvre d'un pôle inter-établissements.

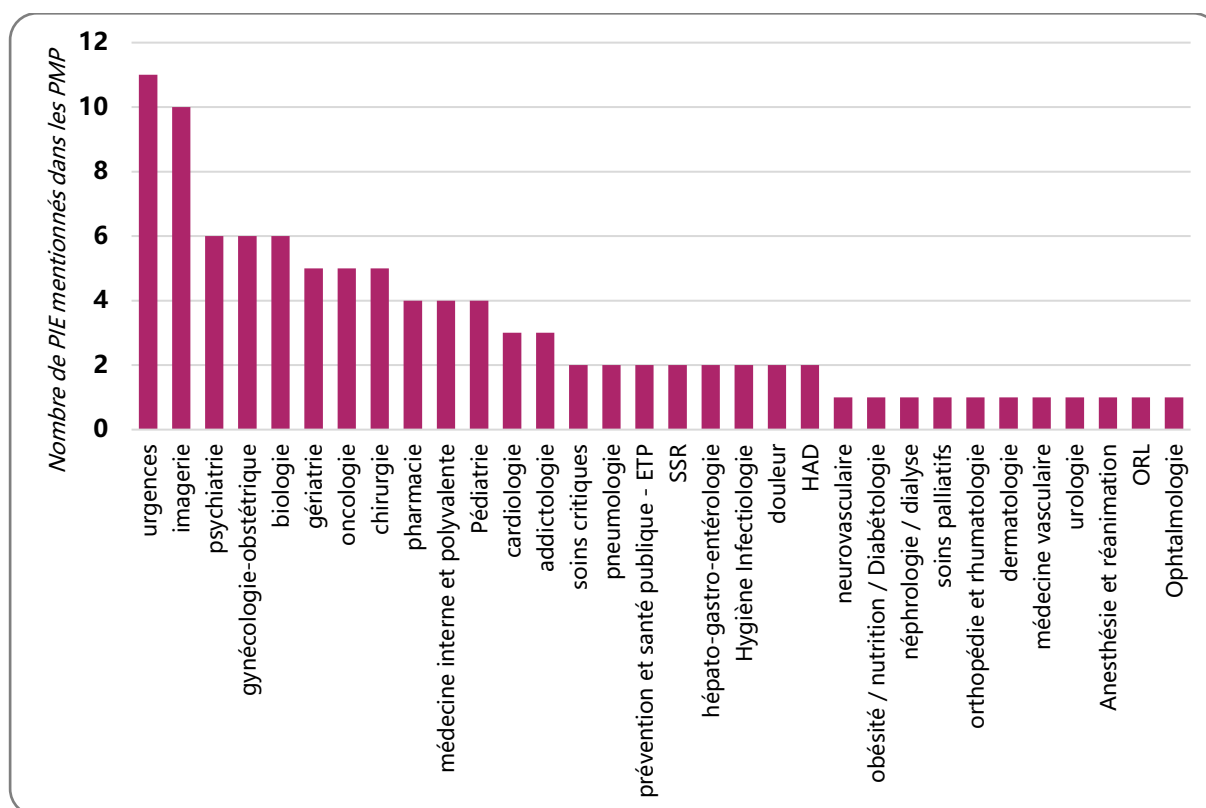
c) Un recours modeste au PIE par les GHT

Sur les 1 902 filières de soins analysées par la Cour au sein des 129 PMP disponibles, seules 99 filières prévoient la création à court ou moyen terme d'un pôle inter-établissements (soit 5,2 %) dans 47 GHT différents¹⁷³. En décembre 2019, l'IGAS constate que seuls 31 GHT ont déclaré l'existence d'un ou plusieurs PIE¹⁷⁴. L'ensemble des filières cliniques et médico-techniques sont concernées par la mise en œuvre de PIE, bien que cela soit souvent de façon très modeste. Deux filières sont particulièrement concernées : les filières urgences (11 projets de PIE) et imagerie (10 projets).

Le GHT de l'Artois a retenu de façon quasi-systématique le modèle du PIE pour organiser la majeure partie de ses filières cliniques ou médico-techniques. Le GHT du Var, le GHT Navarre côte Basque et le GHT Allier Puy-de-Dôme font également apparaître, à plusieurs reprises dans leur PMP, un projet de constitution de pôle inter-établissement. Au sein du GHT Nord-Ardenne, le recours aux pôles inter-établissements est généralisé à l'ensemble du GHT (hôpital spécialisé en psychiatrie inclus) depuis janvier 2018.

¹⁷³ Ce décompte ne tient pas compte des fusions de pôles issues de la fusion juridique de l'ensemble des établissements membres du GHT. En effet, ces pôles relèvent formellement du droit commun applicable à l'organisation polaire d'un établissement de santé telle que prévue à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique.

¹⁷⁴ Source : C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, *Bilan d'étape des GHT*, IGAS, décembre 2019.

Graphique n° 10 : dénombrement des projets de PIE figurant dans les PMP par filières

Source : Cour des comptes sur la base de l'analyse des 129 PMP métropolitains disponibles

3 - Les FMIH : un outil ancien qui fait l'objet d'un second souffle dans les PMP

Avec le projet de constituer ou de renforcer plus de 100 fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH), les PMP réhabilitent ce mode de collaboration créé il y a plus de vingt ans¹⁷⁵. Le recours à cet outil dans des proportions comparables aux PIE laisse à penser qu'il s'agit pour les GHT de renforcer leur logique fédérative plus qu'intégrative par le biais d'un outil qui n'est pas de nature à effrayer les acteurs médicaux.

¹⁷⁵ La FMIH a été créée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle.

La FMIH est définie par l'article L. 6135-1 du code de la santé publique¹⁷⁶. Il s'agit d'un mode de coopération conventionnelle¹⁷⁷ peu intégratif et souple. Les établissements partenaires peuvent convenir que la fédération sera constituée pour une durée indéterminée. La loi ne définit pas de mode de gouvernance spécifique aux FMIH. Les partenaires peuvent créer des instances de pilotage ou d'évaluation spécifiques. Ces instances sont dépourvues de personnalité juridique et ne disposent d'aucun pouvoir décisionnaire opposable aux membres. La FMIH ne peut pas être titulaire d'autorisation d'activité de soins ou d'équipements lourds. Le statut ainsi que le mode de rémunération des personnels intervenant dans le cadre d'une FMIH restent inchangés au regard du droit applicable dans les établissements publics de santé. Cependant, les praticiens membres de la fédération peuvent bénéficier de l'indemnité pour activité multi-site (art. D. 6152-23-1 du code de la santé publique). Avec 28 FMIH, la médecine d'urgence concentre à elle seule 28 % des FMIH évoquées dans les PMP (fédération existantes ou en projet), suivie par l'imagerie (8 %), la cardiologie (7 %), l'oncologie (7 %), la gériatrie (7 %) et la pharmacie (6 %).

**

Au total, les outils de coopération tendent à se multiplier sans pour autant que ceux-ci aboutissent à une progression marquée de l'intégration des équipes. De plus, la plupart des GHT ont mobilisé ces outils dans des proportions variables en fonction de l'intensité des liens existants entre équipes médicales ou du niveau d'interdépendance, en ne retenant parfois qu'une partie seulement du dispositif juridique prévu par ces outils. Le GHT Limousin est la parfaite illustration de cette utilisation modulée. Il n'y avait pas d'équipe médicale commune préexistante entre les établissements publics du Limousin avant 2016, mais seulement des consultations avancées et des postes médicaux partagés. La mise en place du GHT Limousin a permis le déploiement d'équipes médicales de territoire dans plusieurs spécialités, via la création de pôles inter-établissements. Cependant, ces PIE ont des dimensions bien inférieures au GHT¹⁷⁸. La grande étendue du GHT Limousin explique cette situation. D'autres organisations médicales communes ont été promues ou mises en œuvre (demande d'autorisation d'activités multi-sites portées par l'établissement support, animation des réflexions par le collège des médecins urgentistes) ou sont en projet. A ces pôles inter-établissements s'ajoutent des

¹⁷⁶ « En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par décision conjointe de leurs directeurs prise après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales inter-hospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées. Cette décision définit l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elle précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées ».

¹⁷⁷ La FMIH est réservée aux centres hospitaliers publics de santé. Les CHU et les établissements privés en sont exclus.

¹⁷⁸ Chirurgie digestive générale et endocrinienne entre le CHU de Limoges et le CH de Saint-Junien ; SAU-Samu-Smur adultes entre le CHU de Limoges, le CH de Saint-Junien et le CH de Saint-Yrieix ; chirurgie orthopédique et traumatologique entre le CHU de Limoges et le CH de Saint-Junien ; cardiologie entre le CHU de Limoges et le CH de Saint-Junien ; gériatrie entre le CHU de Limoges, le CH de Saint-Junien, le CH de Saint-Yrieix et l'Ehpad de Rochechouart ; psychiatrie adultes entre le CH Esquirol de Limoges et le CH de La Valette Saint-Vaury ; addictologie entre le CH Esquirol de Limoges et le CH de La Valette Saint-Vaury.

féderations médicales inter-hospitalières¹⁷⁹. Cependant, l'utilisation de ces outils reste fondée sur l'accord préalable et individuel des praticiens rattachés à un établissement de santé et non au GHT¹⁸⁰. Cette situation constitue un frein règlementaire aux coopérations territoriales et une cause d'empêchement supplémentaire des GHT.

La structuration du secteur sanitaire dans une approche territoriale n'est pas l'apanage du secteur public. Mais le caractère majoritairement fédératif des GHT en matière d'organisation médicale apparaît très en retrait des choix faits par le secteur privé lucratif.

D - Un virage territorial du secteur privé lucratif qui installe un mode de gouvernance unifié et intégratif

Depuis 2011, les 121 établissements Ramsay Santé (premier groupe d'hospitalisation privée français) sont regroupés au sein de 20 pôles territoriaux. Ces pôles sont les lieux de mise en œuvre de la stratégie du groupe au travers des projets médicaux de pôle, dans la logique des PMP. Chaque pôle territorial est dirigé par un directeur, qui a autorité sur les directeurs d'établissement qui relèvent de ce pôle¹⁸¹. Les pôles territoriaux sont composés en moyenne de quatre établissements MCO et d'un établissement dédié aux soins de suite pour une activité annuelle de près de 90 000 séjours¹⁸². Les pôles territoriaux sont notamment chargés de faire le lien entre les établissements et les médecins de ville et constituent le lieu de conception de la stratégie territoriale du groupe. Les fonctions support sont en grande partie mutualisées au niveau du groupe pour l'ensemble des établissements¹⁸³. De façon similaire à la dynamique engagée¹⁸⁴ par les hôpitaux de proximité, le groupe souhaite expérimenter à compter de 2020 la mise en place de nouvelles structures de soins primaires autonomes au sein de ses pôles. Ces nouvelles structures visent à favoriser une meilleure orientation des patients, des conseils de prévention et de santé, des consultations médicales, paramédicales et psychologiques, des prescriptions d'examen, des visites à domicile et de la téléconsultation, un suivi adapté (visites de contrôle, etc.), des examens biologiques de routine, des échographies (mais pas de plateau d'imagerie) et de la petite chirurgie.

¹⁷⁹ Fédération médicale inter-hospitalière des maternités de haute et moyenne Corrèze entre le CHU de Limoges et les CH de Tulle et d'Ussel ; fédération médicale inter-hospitalière de cancérologie, associant l'ensemble des établissements publics disposant d'une autorisation de traitement du cancer.

¹⁸⁰ L'article R. 6152-4 du code de la santé publique prévoit en effet que si les praticiens hospitaliers peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements au sein des GHT, la convention de temps partagé nécessite cependant l'accord du praticien concerné, après avis motivé du chef de pôle ou, à défaut, du chef de service, du responsable de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne, et du président de la commission médicale d'établissement.

¹⁸¹ En 2018, les établissements du groupe CAPIO ont été intégrés à chacun des pôles territoriaux afin de les renforcer.

¹⁸² Source : Cour des comptes, d'après les données MCO Diamant 2018, sur un échantillon de 7 pôles territoriaux du groupe Ramsay Santé (Toulouse, Aquitaine, Lille métropole, Bresse Savoie, Ile de France Ouest, Ile de France Est, Loire-Drôme).

¹⁸³ Exemple : en novembre 2019, Ramsay santé a choisi de digitaliser l'échange de ses courriers médicaux à l'échelle de l'ensemble du groupe, dans un premier temps pour ses établissements MCO, puis à terme pour l'ensemble de ces établissements (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie compris).

¹⁸⁴ Dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

En juin 2018¹⁸⁵, Elsan (deuxième groupe d'hospitalisation privée français) a également annoncé une évolution de son organisation en structurant ses 120 établissements au sein de 38 territoires de santé, dirigés par des directeurs, conservant en parallèle la direction de leur établissement. Cette structuration vise à concevoir des projets médicaux par territoire, des parcours plus fluides et coordonnés, et favoriser un meilleur maillage de proximité. Ces territoires constituent également des lieux de mutualisation : ainsi le groupe doit procéder en 2020 à l'externalisation de sa fonction comptable. Une partie des postes de directeur des affaires financières sera ainsi redéployée sur des postes de contrôleur de gestion de territoire en charge du pilotage de la performance de gestion auprès des directeurs territoriaux du groupe. Par ailleurs, le groupe s'est structuré au plan national pour fournir des services aux territoires et aux établissements via une plateforme d'appui (communication, expertise juridique, questions immobilières, gestion des autorisations, des projets, de la performance et du contrôle de gestion, etc.).

Les regroupements ont également lieu dans le secteur privé non lucratif. Il s'agit cependant d'un mouvement de concentration de portée plus locale mais qui comporte cependant toujours une dimension territoriale affirmée¹⁸⁶.

Autotal, l'examen de la stratégie de groupe suivie par le secteur privé montre, en comparaison, que la stratégie de groupe souhaitée par le secteur public reste inachevée et ne pourra pas aboutir à droit constant. Son aboutissement est lié à deux modifications centrales : constituer des GHT de taille plus homogène en supprimant les GHT de taille réduite et voir émerger la fonction de directeur du GHT, disposant d'une autorité sur l'ensemble des établissements du groupement, soit dans le cadre d'un GHT mono-établissement issu d'une fusion juridique comme cela s'est déjà produit depuis 2016, soit en assurant une direction commune pérenne et non révocable.

III - Les PMP tentent d'apporter des réponses aux secteurs les plus en difficulté de l'hôpital public

A - GHT et médecine d'urgence : une réelle plus-value qui doit être confirmée en termes d'organisation

La médecine d'urgence constitue la filière qui profite le plus du dispositif des GHT. En effet, elle est à la fois la plus représentée dans les PMP et bénéficie des actions d'intégration les plus significatives. Ce double constat s'explique par les enjeux forts en termes d'effectifs médicaux et de permanence des soins et par la forte dimension territoriale de la médecine d'urgence. De ce fait, la médecine d'urgence a été identifiée comme une filière prioritaire par l'ensemble des ARS.

¹⁸⁵ Le groupe Elsan a été formé récemment, avec la fusion Vedici-Vitalia en 2015, puis l'acquisition de Médipôle Partenaires en 2017.

¹⁸⁶ C'est le cas par exemple du regroupement des hôpitaux Saint-Joseph et Européen de Marseille (2019) ou de la fusion en 2020 de l'association Marie Lannelongue et de la fondation Hôpital Saint-Joseph de Paris.

1 - Des PMP qui cherchent des solutions concrètes aux difficultés des services d'urgence

La médecine d'urgence fait partie des activités de proximité très largement représentées dans les GHT (130 des 132 GHT MCO). Cette filière est également une des plus évoquées au sein des PMP (113 PMP sur 129 soit 88 %¹⁸⁷).

Toutes les actions figurant dans les PMP poursuivent les mêmes objectifs : éviter les venues inutiles de patients en prévenant le passage aux urgences, permettre aux lignes de garde en structure d'urgence, Smur et centres 15 d'être correctement dotées sur le plan médical et paramédical, assurer un exercice médical plus serein en particulier dans les services d'urgence des établissements support moins attractifs du fait de l'intensité de l'activité, fluidifier l'aval des urgences en garantissant la disponibilité des lits, prévenir les situations de tensions et accroître la solidarité entre les équipes d'un même territoire.

Deux modèles organisationnels apparaissent largement majoritaires : ils constituent à eux seuls plus de 77 % des orientations retenues par l'ensemble des PMP.

Dans près de 30 % des cas, le PMP vise à accroître les collaborations médicales (et/ou paramédicales) par le partage d'informations, des protocoles de prise en charge communs, des procédures visant à rendre plus fluides les relations entre services d'urgence du GHT et entre les services d'urgence et le reste de l'hôpital. Ce mode fédératif de collaboration comporte souvent une dimension institutionnelle avec la mise en place d'une gouvernance partagée de nature fédérative ou le partage de projets entre établissements membres. Il s'agit principalement d'actions concrètes avec un bénéfice attendu rapide, comme (à titre d'illustration) :

- la mise en place d'outils de gestion des flux et des lits : ces projets sont nombreux et visent soit à harmoniser le fonctionnement des cellules de gestion des lits de chaque établissement du GHT (comme dans le GHT Bouches-du-Rhône), soit à installer une cellule de gestion des lits de territoire (par exemple : GHT Saône-et-Loire-Bresse Morvan, GHT Oise Ouest et Vexin, GHT Rhône Vercors Vivarais, GHT de la Sarthe) ;
- l'utilisation des possibilités offertes par la télémédecine : là encore, les projets sont nombreux. Plusieurs GHT évoquent la mise en œuvre de solutions de téléconsultations non programmées entre les Ehpad du territoire et l'hôpital afin de prévenir un déplacement inutile d'une personne âgée dépendante (projets du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure ou du GHT Artois-Ternois) ;
- la définition de scénarios d'organisations coordonnées en anticipation des tensions hospitalières, notamment en période hivernale : le GHT de Moselle-Est prévoit ainsi un échange de personnels strictement ponctuel, circonstancié et sur la base du seul volontariat ou la définition d'un plan « hôpital en tension » de territoire.

¹⁸⁷ Plusieurs GHT ont fait le choix d'évoquer la question de l'urgence au sein de l'ensemble des filières de spécialités médicales, sans individualiser une filière spécifique.

Dans plus de 47 % des cas, le PMP prévoit une action d'intégration plus marquée des équipes médicales et parfois paramédicales. Ces actions passent par la mise en œuvre d'équipes de territoire ou de FMIH, mais conduisent rarement à la constitution de pôles inter-établissements (11 recensés sur les 113 filières urgences des PMP). Ces pôles ne répondent cependant pas toujours aux exigences réglementaires du PIE, notamment pour la désignation d'un chef de pôle unique, rarement souhaité par les praticiens ou par les directeurs¹⁸⁸. Cette intégration poussée est souvent le fruit de collaborations anciennes entre établissements, formalisées antérieurement par une FMIH (par exemple : GHT de la Dordogne, GHT Haute-Corse, GHT Rance-Émeraude). Cette intégration des équipes se traduit par une harmonisation du mode de décompte du temps de travail des urgentistes, la mise en œuvre de tableaux de service communs ou *a minima* partagés, parfois la définition d'un contrat unique pour les praticiens contractuels et souvent un exercice plus varié du métier de médecin urgentiste : multi-sites (temps partagé) et multi-activités (SU, Smur, Samu-centre 15) mais basé exclusivement sur le volontariat¹⁸⁹.

2 - La réforme des autorisations doit venir achever l'effort d'organisation territoriale de la médecine d'urgence

Entre 2012 et 2017, l'ensemble des structures participant à la prise en charge des urgences hospitalières s'est légèrement concentré, avec par exemple la suppression de 22 services d'urgence sur le territoire (-3 %). Dans le même temps, le nombre de passage aux urgences a augmenté de +14,4 % pour atteindre 21,4 millions de passages à fin 2017¹⁹⁰.

Tableau n° 3 : évolution des structures participant à la prise en charge hospitalière en France

	2012	2017	variation
structures d'urgence	735	713	-3,0%
établissements autorisés	656	637	-2,9%
SAMU	105	101	-3,8%
SMUR	431	390	-9,5%
nombre de passages (en millions)	18,7	21,4	14,4%

Source : Drees, *Panorama des établissements de santé (éditions 2014 et 2019)*

Les établissements support de GHT subissent par ailleurs une croissance plus forte de leur activité en matière de médecine d'urgence. Entre 2014 et 2018, leur activité a ainsi progressé de +8,9 %, contre +5,4 % dans les établissements parties¹⁹¹.

¹⁸⁸ En effet, dans certains des GHT de grande taille, un pôle unique de 150 urgentistes constituerait un réel contre-pouvoir aux instances du GHT.

¹⁸⁹ En application de l'article R. 6152-4 du code de la santé publique.

¹⁹⁰ Et 21,8 millions de passages à fin 2018, soit +16,6 % entre 2012 et 2018.

¹⁹¹ Activité mesurée en nombre de séjours réalisés dans l'établissement dont le mode d'entrée est le service d'urgence.

Les entretiens menés au cours de l'enquête ont montré qu'un certain nombre d'urgentistes privilégient une affectation dans des structures d'urgence à plus faible volume. Ainsi, de nombreux GHT sont confrontés à un départ des médecins urgentistes de l'établissement support vers les établissements parties autorisés en médecine d'urgence. Cette situation, confirmée par le conseil national professionnel de médecine d'urgence, a été rencontrée par exemple dans le GHT du Cher : le service des urgences du CH de Bourges, qui fonctionne désormais quasi-exclusivement avec des médecins intérimaires, a vu partir une partie de ces effectifs vers les CH de Vierzon et de St Amand-Montrond. Le GHT Ouest-audois a connu le même phénomène.

Les ARS confirment l'apport significatif des GHT. Dans les Hauts-de-France, l'ARS constate que face aux difficultés de recrutement, les GHT ont permis l'émergence d'une solidarité entre leurs membres. Tel est le cas du service des urgences du CH de Tourcoing, membre du GHT Lille Métropole Flandre intérieure (LMFI). Cette solidarité s'est concrétisée à travers la signature d'une convention de solidarité par l'ensemble des établissements du GHT site d'urgences¹⁹².

En Normandie, l'ARS relève l'initiative du GHT Estuaire de la Seine. Celui-ci a mis en place une organisation multi-sites des médecins urgentistes des établissements du GHT, qui vise à assurer le développement de l'activité des praticiens urgentistes dans les centres hospitaliers du GHT via un recours au temps de travail additionnel. Cependant, l'ARS relève la difficulté d'avoir une vision partagée des besoins en personnel médical sur l'ensemble des établissements de ce GHT, du fait du caractère unique du schéma organisationnel attendu dans le cadre d'une autorisation d'activité en médecine d'urgence¹⁹³.

Dans le cadre de la réforme des autorisations sanitaires de médecine d'urgence, la recherche d'une meilleure prise en compte de l'activité et de sa temporalité devrait permettre d'adapter les moyens humains et ainsi de recentrer les praticiens sur les services à forte activité réalisée de jour comme de nuit et diminuer le recours à l'intérim¹⁹⁴. Comme le recommande la mission Carli-Mesnier¹⁹⁵, l'adossement obligatoire des antennes de médecine d'urgence aux GHT (par le biais des équipes de territoire) apparaît constituer une condition minimale de mise en œuvre de ces antennes. En effet, un fonctionnement autonome de ces antennes ferait courir le risque de voir des médecins urgentistes retenir exclusivement un mode d'exercice en antennes et ainsi venir fragiliser les structures d'urgence à fort volume et au fonctionnement 24h/24.

¹⁹² À noter également, sur la même thématique des urgences, le démarrage de travaux inter GHT dans l'Artois et l'Oise.

¹⁹³ Depuis 2006, trois modalités d'autorisation de médecine d'urgence existent et s'articulent entre elles pour répondre aux besoins de la population et apporter une continuité de prise en charge des patients :

- autorisation de Samu centre 15 (régulation des appels adressés au Samu) ;
- autorisation de Smur (prise en charge des patients par la structure mobile) ;
- autorisation de structures d'urgence (prise en charge des patients accueillis dans la structure).

¹⁹⁴ Dans son rapport de décembre 2019, la mission Mesnier-Carli préconise la création d'antennes de médecine d'urgence, ouvertes 7 jours sur 7 mais fermées en « nuit profonde » (soit de minuit à 8 h), dans le cadre de la réforme des autorisations sanitaires.

¹⁹⁵ Thomas Mesnier, Pierre Carli, *Pour un pacte de refondation des urgences*, rapport à la ministre des solidarités et de la santé, décembre 2019.

Cependant pour ce faire, il paraît indispensable de mener à son terme l'organisation territoriale des urgences en exigeant la mise en œuvre, *a minima*, d'une équipe de territoire à l'échelle de chaque GHT, ce qui est aujourd'hui projeté dans moins d'un GHT sur deux. De plus, la base juridique qui sous-tend la notion d'équipe de territoire n'apparaît pas suffisamment précise à la différence des PIE. Ainsi, la question de l'adossement obligatoire des antennes de médecine d'urgence à des pôles inter-établissements pourrait être posée avec pertinence.

B - GHT et psychiatrie : une mise en cohérence à poursuivre pour gagner en lisibilité

L'offre de soins publique de psychiatrie est assurée par 255 établissements (dont 40 % par des établissements MCO), auxquels il convient d'ajouter 266 établissements privés, dont 109 à but non lucratif et 157 à but lucratif¹⁹⁶. La dépense tous régimes en matière de psychiatrie s'est élevée à 23,2 Md€ en 2017 ; il s'agit du premier poste de dépenses de l'assurance maladie après les hospitalisations ponctuelles¹⁹⁷.

Au 1^{er} janvier 2020¹⁹⁸, 107 GHT assurent une activité de psychiatrie, dont 58 comptent au moins un établissement public de santé mentale (EPSM) comme membre. Parmi ces GHT, deux ont pour particularité d'être exclusivement à orientation psychiatrique¹⁹⁹. 11 EPSM²⁰⁰ ont obtenu une dérogation des ARS compétentes, leur permettant de ne pas intégrer un GHT. Aujourd'hui, ces dérogations sont majoritairement²⁰¹ en cours d'extinction²⁰².

1 - La psychiatrie dans les PMP : une filière bien représentée mais peu intégrative

a) Trois modèles coopératifs dominants

111 GHT ont identifié une filière psychiatrique dans leur PMP. Les différentes orientations prises par ces GHT peuvent être regroupées en trois modèles collaboratifs, correspondant aux deux tiers de ces GHT.

Le premier modèle (retrouvé dans environ 30 % de ces PMP) est peu intégrateur. Il vise, pour l'essentiel, à mettre en œuvre des actions de coordination, d'échange de pratiques et de partage d'informations. Il permet aux équipes chargées des soins somatiques et psychiatriques de mieux se connaître et facilite en cela la fluidité des parcours.

¹⁹⁶ Chiffres communiqués aux cinquièmes journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie (2016).

¹⁹⁷ *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020*, juillet 2019.

¹⁹⁸ Après modification du périmètre des GHT Haute-Saône et Centre Franche-Comté et dissolution du GHT psychiatrique Doubs-Jura (1^{er} janvier 2020) et la reconnaissance du statut de GHU de l'ex-GHT Paris-Psychiatrie et Neurosciences (1^{er} janvier 2019).

¹⁹⁹ Il s'agit du GHT Psy-Sud Paris et du GHT 59-62.

²⁰⁰ Les CH Camille Claudel (Charentes) et Henri Laborit (Vienne) ont intégré des GHT en 2018.

²⁰¹ L'établissement public de santé mentale départemental de l'Aisne et le centre hospitalier isarien Clermont-de-l'Oise ont vu leur dérogation à faire partie d'un GHT prorogée en juin 2020 pour une durée indéterminée.

²⁰² À plusieurs reprises, le ministre des Solidarités et de la Santé a affirmé que les établissements de soins psychiatriques ne peuvent plus rester à l'écart de la réflexion globale de réorganisation de l'offre de soins. Les ARS seront donc invités à ne pas reconduire les dérogations dont bénéficient certains établissements spécialisés en psychiatrie pour ne pas rejoindre un GHT.

Le deuxième modèle (30 % des PMP) intègre une collaboration plus poussée qui prévoit, à l'échéance des PMP, la création de nouvelles structures hospitalières ou ambulatoires, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile et de la géronto-psychiatrie. La mise en place d'équipes communes dans ces domaines, ou plus largement d'équipes de coordination intersectorielle, est très souvent évoquée. À titre d'illustration, le GHT Moselle-Est prévoit ainsi le déploiement de plusieurs équipes mobiles sur son territoire (équipe mobile commune de géronto-psychiatrie, équipe mobile d'addictologie, équipe de liaison en psychiatrie infanto-juvénile). Le GHT Centre Franche-Comté prévoit la création d'une équipe mobile intersectorielle de prévention et de lutte contre la récurrence suicidaire, pouvant intervenir dans les différents lieux de prise en soins de ces patients, et nécessitant une coordination avec les dispositifs déjà existants afin d'améliorer la prévention de la crise suicidaire.

Le troisième modèle collaboratif (7 % des PMP) s'avère le plus intégratif mais ne concerne que huit GHT. Celui-ci passe par la création de pôles inter-établissements²⁰³, de FMIH ou d'équipes de territoire (structurées par surspécialités). C'est le cas par exemple du GHT Artois-Ternois qui prévoit la création d'un pôle inter-établissements entre le CH d'Arras et le CH de Bapaume, afin de structurer la filière psychiatrique en coordonnant les équipes pluridisciplinaires.

b) Une vingtaine d'actions retrouvées très fréquemment

Les PMP prévoient de multiples actions à déployer durant la période 2017-2022. Si beaucoup apparaissent imprécises et plus proches d'un souhait des acteurs que d'un réel dispositif étayé, il est néanmoins possible de regrouper ces projets autour de 20 actions-types :

- les actions visant à créer une offre de soins nouvelle en matière de prise en charge de l'autisme, de géronto-psychiatrie, de prévention du suicide des adolescents, de maternologie, d'addictologie, ou d'électro-convulsivothérapie (ECT) ;
- les actions spécifiques à l'urgence psychiatrique : renforcement de la psychiatrie de liaison, création de centres d'accueil et de crise (CAC), création de lits de psychiatrie d'urgence dans les unités de soins somatiques ou création d'HAD psychiatrique ;
- les actions cherchant à renforcer le lien entre la médecine somatique et psychiatrique. Ces actions peuvent souvent être analysées selon une approche de « donnant-donnant » : au sein du GHT, l'EPSM s'engage à renforcer la psychiatrie de liaison aux urgences, en contrepartie de quoi les établissements MCO s'engagent à faciliter la prise en charge des patients de l'EPSM dans le cadre des filières somatiques spécialisées ;
- les actions visant à dépasser les difficultés liées au découpage territorial.

²⁰³ Il s'agit souvent de pôles inter-établissements (PIE) n'intégrant qu'une partie des établissements membres du GHT.

2 - Un périmètre des GHT qui doit gagner en cohérence

a) Un partenariat entre les GHT et le secteur privé en psychiatrie qui paraît indispensable

L'absence d'intégration du secteur privé constitue une difficulté parfois forte, confirmée par le conseil national professionnel de psychiatrie²⁰⁴. En effet, peuvent être identifiés sur le territoire d'un même GHT, des secteurs psychiatriques assurés par des opérateurs publics et privés²⁰⁵ en situation d'exercer seuls les missions de service public. À la différence des activités MCO, le patient n'a pas le choix en matière d'offre de soins. Dès lors, toute action d'amélioration de l'offre de soins apportée par le GHT peut ne pas profiter à l'ensemble du territoire et génère de fait une inégalité pour les patients. De plus, au stade stratégique d'élaboration des PMP, les établissements privés du territoire ne sont pas consultés.

C'est par exemple le cas pour le territoire du GHT Navarre-côte Basque, sur lequel sont implantées trois cliniques privées qui représentent la moitié des lits d'hospitalisation en psychiatrie du territoire. Ces établissements ont souhaité intégrer le groupement en tant que partenaires via des projets de conventionnement spécifiques, qui permettent une association *a minima* de ces établissements, sans pour autant les faire participer à l'élaboration du PMP. Depuis 2018 et le lancement des travaux liés à la définition des PTSM, les liens entre ce GHT et les cliniques se sont intensifiés au bénéfice des patients.

Au sein du GHT Allier-Puy-de-Dôme, le département de l'Allier est totalement couvert par le GHT grâce à une activité de psychiatrie générale (sept secteurs) répartie dans l'ensemble des établissements publics du département. La situation est différente pour le département du Puy-de-Dôme : le centre hospitalier Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand (Espic²⁰⁶), possède la plus grande zone d'intervention, dont l'agglomération clermontoise. Il couvre à lui seul cinq secteurs sur les neuf existants et ne figure pas parmi les partenaires du GHT.

b) Une sectorisation en psychiatrie qui doit prendre en compte le périmètre des GHT

De nombreux GHT sont confrontés à un découpage territorial non concordant avec celui issu de la sectorisation psychiatrique et celui issu de la réforme des GHT. Cette superposition induit une source de complexité obérant la lisibilité de la psychiatrie publique.

Le GHT Normandie-centre voit ses secteurs de psychiatrie partagés entre trois acteurs (EPSM, CHU et CH de Bayeux). Si cette situation est jugée complexe et peu lisible par le GHT, le fait que ces établissements soient membres du même groupement offre néanmoins un cadre

²⁰⁴ Le CNP de psychiatrie rassemble les différentes structures représentatives de la psychiatrie française : Fédération française de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, Collège des Universitaires, et huit syndicats.

²⁰⁵ En 1997, la France est divisée en 829 secteurs de psychiatrie générale adultes et en 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. En psychiatrie générale, 57 % des secteurs sont rattachés à un CHS, 34 % à un service de psychiatrie des hôpitaux généraux et 9 % à un établissement privé. En psychiatrie infanto-juvénile, 52 % des secteurs sont rattachés à un CHS, 41 % à un service de psychiatrie d'un hôpital général et 7 % à un établissement privé (Drees, *Études et résultats*, janvier 2000).

²⁰⁶ Établissement de santé privé d'intérêt collectif.

de discussion utile²⁰⁷. Tel n'est pas le cas du GHT du Vaucluse, dépourvu de ce cadre, qui dresse le constat suivant : « *le département dispose d'une offre de soins peu lisible, une multiplicité des structures, une cartographie de la sectorisation peu accessible et des dispositifs méconnus des professionnels de santé ou partenaires libéraux* ». Ce GHT a été constitué sans l'EPSM de Montfavet, dans le cadre d'une dérogation octroyée par l'ARS.

Le GHT Cœur d'Occitanie illustre également ce manque de cohérence et de lisibilité pour les acteurs. En effet, le territoire du GHT (composé de 4 CH et d'un hôpital local) est desservi par quatre établissements psychiatriques différents dont aucun n'est membre du GHT. Trois des quatre établissements sont rattachés à des GHT limitrophes du GHT Cœur d'Occitanie et le quatrième a un statut d'Espic. Au total, le GHT ne peut que constater que « *la sectorisation (adulte ou infanto-juvénile) ainsi que la multitude des activités de psychiatrie associées à la diversité des modalités de prise en charge, conduisent à un manque de lisibilité des activités réalisées par les acteurs et à une grande complexité des prises en charge sur le territoire* ».

Certains GHT ont souhaité revoir leur sectorisation avec l'accord de l'ARS. À titre d'illustration, depuis le 1^{er} janvier 2020, la totalité des secteurs de psychiatrie adulte du GHT Alpes Léman sont confiés à l'EPSM de la vallée d'Arve, membre du GHT²⁰⁸.

c) Un périmètre territorial des GHT qui, sans être strictement aligné, doit être mis en cohérence avec celui des PTSM

L'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 instaure les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), dont l'objet est « *l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* » et qui constituent les fondements de la nouvelle politique territoriale de santé mentale. Le PTSM vise à arrêter les actions pour répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé. Cet outil comporte donc une forte dimension transversale, à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale²⁰⁹. Le PTSM doit être élaboré à l'échelle d'un territoire suffisant par l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale, professionnels et établissements. Le projet territorial associe les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'ARS et les acteurs de terrain. Il définit les missions, les engagements, les moyens, modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM. Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. Les établissements du service public

²⁰⁷ De plus, en matière de psychiatrie infanto-juvénile, l'ARS Normandie a procédé en avril 2019 à la mise en cohérence des secteurs afin d'en accroître la lisibilité.

²⁰⁸ Cette mesure de simplification et de cohérence a nécessité le transfert juridique des autorisations entre les hôpitaux du Léman et l'EPSM de la vallée d'Arve, ainsi que la mutation administrative de l'ensemble des personnels d'un établissement à l'autre. Cette action a exigé un an de préparation, démontrant le manque d'agilité que génère la coexistence de différentes personnes morales au sein des GHT. En effet, une année est le temps moyen évalué par l'IGAS pour procéder à une fusion juridique (IGAS, *Bilan des GHT*, 2019).

²⁰⁹ Conformément aux dispositions du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017.

hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire²¹⁰. Il s'agit d'un dispositif facultatif.

Ainsi le PTSM constitue un outil de planification beaucoup plus large que le PMP : la cohérence globale de ces outils ne peut donc être assurée qu'à la condition que les projets d'établissements sanitaires soit fait en cohérence avec les PMP auxquels ils appartiennent, et que ces mêmes PMP soient mis en cohérence avec le PTSM. Force est de constater que cette situation ne peut être aujourd'hui vérifiée, étant donné l'ordre dans lequel les réformes ont été engagées depuis le 26 janvier 2016²¹¹.

Au total, la prise en compte de la psychiatrie dans les GHT reste largement à parfaire du fait du manque de lisibilité de dispositifs récents²¹². Les progrès en la matière ne pourront s'envisager que sur un temps long et sous réserve que des prérequis soient, au fur et à mesure, remplis : la fin des dérogations accordées aux EPSM, la disparition des GHT exclusivement psychiatriques, l'association du secteur privé exerçant une mission de service public aux GHT, la finalisation des PTSM, la suppression des GHT de taille trop réduite, la révision de la sectorisation afin de la mettre en cohérence avec les GHT, et la mise en cohérence des PMP avec les PTSM, y compris sur le plan territorial²¹³ afin d'éviter les phénomènes de chevauchements territoriaux, nuisibles à la lisibilité des organisations.

C - Le secteur médico-social reste en marge de la réforme des GHT

Lors de la réunion du 15^{ème} comité de suivi des GHT (octobre 2017), la DGOS a fait état d'un niveau d'association modeste des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) à la réforme des GHT. En effet, sur 135 GHT constitués, 128 comportaient alors une structure médico-sociale incluse automatiquement²¹⁴ (soit 1 612 structures dont 71 % dédiées aux personnes âgées et 21 % aux personnes handicapées). Seuls 23 GHT comptaient un établissement qui avait volontairement choisi d'intégrer la démarche, soit 60 établissements.

Au 1^{er} janvier 2020, cette situation a peu évolué : on compte désormais 78 ESMS juridiquement autonomes membres de 28 GHT²¹⁵. De plus, cette participation est hétérogène : 10 GHT comptent à eux seuls 51 ESMS en tant que membres, alors que 109 GHT n'en comptent aucun. Ainsi sur les 10 600 ESMS²¹⁶ dédiés aux personnes âgées et les 11 919 ESMS²¹⁷ orientés

²¹⁰ Près d'une trentaine de CPT seraient constitués au 1^{er} janvier 2020 sur l'ensemble du territoire mais un recensement plus exhaustif reste à faire. L'objectif de la communauté psychiatrique de territoire est de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture (décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016, relatif aux communautés psychiatriques de territoire).

²¹¹ Les PTSM doivent être transmis au directeur général de l'ARS avant le 28 juillet 2020, soit deux ans après la publication des SRS 2018-2023 et trois après la finalisation des PMP.

²¹² Comme le note l'IGAS, l'enchevêtrement des outils d'organisation de l'offre de santé mentale, qui s'appliquent à des territoires différents, rend l'articulation avec les GHT plus complexe (IGAS, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques*, 2017-064).

²¹³ Dans son rapport de 2017, l'IGAS préconise, sauf exception, que le recouvrement territorial des communautés psychiatriques de territoire et des GHT soit recherché.

²¹⁴ Du fait du rattachement de cet ESMS à la personne morale d'un établissement de santé, membre du GHT.

²¹⁵ Sources : Ministère des solidarités et de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>). Données partiellement réactualisées par la Cour des comptes au 1^{er} janvier 2020 (GHT 77-Est).

²¹⁶ Source : Drees, Enquête EHPA 2015.

²¹⁷ Source : Drees, Enquête ES-Handicap 2014.

vers la prise en charge des personnes handicapées, l'association du secteur médico-social au GHT apparaît minime et ne concerne que 7,5 % des établissements médico-sociaux. Le statut de partenaires offre un cadre alternatif au statut de membre²¹⁸. Cependant, ce cadre s'avère peu engageant et aux conséquences très limitées.

Les problématiques médico-sociales ne sont cependant pas absentes des PMP et figurent majoritairement au sein des filières « gériatrie » ou « personnes âgées » (visées dans 124 PMP), psychiatrie (111 PMP) et « personnes handicapées » (10 PMP).

1 - Des filières gériatrie et personnes âgées des PMP qui restent centrées sur l'activité sanitaire

La très grande majorité des actions identifiées dans les PMP en matière de prise en charge des personnes âgées visent à renforcer les liens entre équipes, harmoniser les pratiques, faciliter l'accès direct aux services de court séjour gériatrique (sans passage par les urgences) et garantir une meilleure circulation des informations relatives à la prise en charge des patients. Une proportion significative de GHT ont souhaité aller cependant plus loin, en profitant du cadre offert par les PMP :

- près d'une quarantaine de GHT ont retenu des projets de mise en œuvre de consultations avancées en gériatrie au sein du territoire ;
- 30 PMP évoquent un projet de télémedecine au bénéfice spécifique des patients âgés, en lien avec les Ehpad et la médecine de ville ;
- 28 GHT anticipent la création ou le renforcement d'une ou plusieurs équipes mobiles de gériatrie. Ces projets sont souvent associés à une volonté de voir ces équipes s'ouvrir sur leur territoire, sur le secteur médico-social et le domicile ;
- 24 GHT prévoient la création d'une ou plusieurs structures dans le cadre de demandes nouvelles formulés aux ARS²¹⁹ ;
- 20 GHT anticipent la mise en œuvre de mouvements capacitaires ou de demandes de reconnaissance de spécialisation (en SSR notamment) ;
- enfin diverses actions sont évoquées chacune par une dizaine de GHT (par exemple : facilitation des avis gériatriques en intra-hospitalier, recrutements nouveaux, mise en œuvre d'une ligne téléphonique dédiée ville/gérialtres).

Cependant, ces actions restent très largement hospitalo-centrées. Très peu d'actions visent à répondre de façon concrète et opérationnelle à l'amélioration des liens entre les secteurs sanitaire et médico-social. Seuls 19 GHT mentionnent dans leur PMP une volonté de créer ou d'étendre des dispositifs de type « plateforme » de coordination gériatrique. C'est le cas par exemple dans le GHT Allier-Puy de Dôme, qui souhaite étendre une partie du dispositif de

²¹⁸ Selon l'IGAS, « les GHT ont dans leur grande majorité (104) inclus dans leur PMP des objectifs de partenariat avec le secteur médico-social. Seuls 14 d'entre eux (sur 118 réponses) font une réponse contraire » (IGAS, Bilan des GHT, décembre 2019).

²¹⁹ Ces demandes portent sur la création d'unités d'hébergement renforcé (UHR), d'unités cognitivo-comportementales (UCC), de pôles d'activités et de soins adaptés pour personnes âgées (PASA) ou encore d'unités de soins de longue durée (USLD).

« géronto-pôle » créé en 2013 entre le CHU de Clermont-Ferrand, le CH de Riom et le CH d'Enval²²⁰ afin de faciliter les liens entre secteur sanitaire et médico-social : le GHT ambitionne ainsi de mettre en place des coordinations gériatriques aidées par la télémédecine (CoGerT) pour l'ensemble de son territoire.

2 - Le secteur du handicap est très peu représenté dans les PMP

D'après la DGOS, un seul établissement autonome intervenant dans le secteur du handicap serait membre d'un GHT : il s'agit de la maison d'accueil spécialisée de Guémené-sur-Scorff²²¹. Cette situation s'explique en partie en raison de la composition de l'offre médico-sociale publique (très peu développée dans le champ du handicap) et par le manque de prise de conscience de l'enjeu de prise en charge de la personne handicapée par l'hôpital.

10 GHT ont cependant choisi d'identifier une filière spécifique. Les orientations retenues visent à mieux organiser la prise en charge et la collaboration entre les ESMS et les établissements sanitaires au travers de quelques actions récurrentes :

- réaliser un état des lieux des forces et faiblesses en matière de prise en charge des personnes handicapées par le secteur sanitaire public (GHT de Haute-Alsace) ;
- identifier un « référent handicap » dans les établissements membres du GHT (GHT Sud Lorraine) ou des « correspondants accueil des personnes en situation de handicap » (GHT Haute-Loire) ;
- proposer un dispositif territorial d'accès aux soins des personnes en situation de handicap dit « complexe » pour le GHT de la Sarthe ;
- mettre en œuvre une équipe mobile hors les murs au sein des services de SSR pour accompagner la sortie des personnes pour le GHT Centre-Manche ;
- créer une offre de soins nouvelle et adaptée (soins dentaires sous anesthésie générale ou sédation légère au GHT Mayenne et Haut-Anjou et GHT de la Sarthe).

3 - Un échec relatif des GHT à couvrir l'ensemble des objectifs de la réforme

L'ambition initiale des GHT consistait à mettre en place une organisation territoriale fondée sur un projet commun avec la participation de tous les acteurs, sanitaires bien sûr, mais aussi médico-sociaux et sociaux. Dès 2016, les représentants du secteur médico-social public ont témoigné de craintes quant à la capacité des établissements et services médico-sociaux à trouver leur place dans les GHT, tout en reconnaissant l'intérêt économique de ces rapprochements.

²²⁰ Chaque établissement membre est spécialisé dans une phase du parcours du patient âgé. Ainsi le CH de Riom regroupe la consultation mémoire, la coordination gérontologique aidée par télémédecine ainsi que le court séjour gériatrique. Les lits de SSR sont concentrés au CHU de Clermont-Ferrand et au CH d'Enval. L'unité mobile de gériatrie est située au CHU de Clermont-Ferrand et les unités d'hébergement sont partagées entre le site de Clermont-Ferrand et celui de Riom.

²²¹ Membre du GHT Centre-Bretagne qui ne comprend qu'un seul établissement MCO et un hôpital de proximité.

Afin d'inciter aux rapprochements, la DGOS a annoncé la diffusion, avec le concours de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), pour la fin d'année 2017, d'une monographie des initiatives instaurées dans les 23 GHT qui comptent des établissements médico-sociaux autonomes. Ce document n'a pas été retrouvé par la Cour.

Lors de la phase de constitution des GHT, le modèle économique retenu apparaissait peu favorable aux ESMS expliquant en partie la situation actuelle. En effet, le fonctionnement du groupement, tel que prévu par les textes, induisait des participations de nature à exposer les établissements médico-sociaux à devoir participer à des frais sans aucun bénéfice²²². La DGOS a corrigé cette situation en novembre 2017²²³ afin que tout établissement médico-social ayant fait le choix d'être membre plénier d'un GHT puisse bénéficier de mesures dérogatoires afin de contribuer aux seules charges le concernant. Le texte prévoit également la possibilité que le GHT puisse choisir sa propre clé de répartition dans le but de faciliter les coopérations entre secteur sanitaire et médico-social.

Par ailleurs, une concurrence s'est installée entre les GHT et les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)²²⁴. En effet, ceux-ci permettent une coopération entre différents acteurs du secteur médico-social tout en laissant une latitude aux signataires quant à l'organisation et l'objet du GCSMS : ainsi les missions des GCSMS peuvent être radicalement différentes et engendrer des coopérations limitées²²⁵ aussi bien qu'une mutualisation totale²²⁶. C'est le choix fait, par exemple, dans le département de la Mayenne : 19 Ehpad publics et autonomes sur les 25 que compte le département ont créé en décembre 2019 un GCSMS destiné à permettre une plus forte mutualisation de moyens entre eux et à mieux défendre leurs intérêts auprès des tutelles (et en particulier le conseil départemental) et du GHT de la Mayenne²²⁷.

Au total, le fait que les GHT n'aient pas été en mesure d'inclure dans la réforme une grande partie du secteur médico-social constitue un échec relatif. Le levier qu'offrent les CPOM médico-sociaux²²⁸ doit être actionné par les ARS pour rapprocher les acteurs. Le positionnement du secteur médico-social à l'égard des GHT dépend de nombreux facteurs : contexte territorial, équilibres internes, volontés stratégiques, soutien et pédagogie des tutelles, compréhension de la réforme. En cela, le GHT ne semble constituer qu'une première étape dans l'évolution des organisations.

²²² En application de l'arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique.

²²³ Arrêté du 6 novembre 2017 précité.

²²⁴ Issus de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et prévus aux articles et L. 312-7 et R. 312-194-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

²²⁵ Comme la création de réseaux sociaux et médico-sociaux.

²²⁶ Dans le but de constituer un cadre juridique aux fusions et regroupements.

²²⁷ Autre exemple : dix Ehpad du département de Saône-et-Loire ont créé en octobre 2017 un GCSMS des Ehpad de Sud-Bourgogne (1 112 lits). Au sein de ce groupement, ils s'engagent notamment à partager des compétences spécifiques, à mettre en commun des services juridiques, un groupement d'achats et de commandes ainsi qu'un programme de formation continue.

²²⁸ Les organismes médico-sociaux sont tenus de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS et le département, en application du IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (modifié par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015) et de l'article L. 313-12-2 du même code (modifié par la loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2016).

D - GHT et hospitalisation à domicile : une occasion manquée

À plusieurs reprises la Cour des comptes a relevé que l'hospitalisation à domicile (HAD) restait mal connue et très peu développée en France, contrairement à ce qui est le cas à l'étranger²²⁹. Pourtant la Cour a déjà souligné l'apport que représente l'HAD à une meilleure organisation du parcours de soins des patients, pour une meilleure qualité de vie, tout en assurant une complète sécurité des soins et en contribuant à une plus grande efficience des dépenses d'assurance maladie.

La Cour a également souligné que certaines structures s'avèrent trop faibles, du fait notamment de leur petite taille, pour pleinement répondre aux impératifs qui pèsent sur elles en tant qu'établissements de santé à part entière et prendre en charge des situations qui requièrent intensité, complexité et technicité des soins avec le même impératif de qualité, de sécurité et de continuité que dans un établissement de santé. Les GHT, dans leurs capacités à réunir les acteurs de l'HAD d'un territoire autour de constats partagés, constituent dès lors un outil prometteur.

1 - Une activité peu évoquée dans les PMP et qui ne comporte pas de projets d'envergure

L'offre de soins en matière d'HAD se caractérise par le poids important du secteur privé : les établissements publics ne représentent en effet que 40 % de l'offre de soins. D'après les données fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), 65 GHT comportent au moins un établissement autorisé à pratiquer l'HAD. Pourtant, seuls 37 GHT ont choisi de faire figurer dans leur PMP une filière spécifiquement dédiée à l'hospitalisation à domicile. Dans 54 % des cas, le modèle collaboratif est de nature purement coopératif et se contente d'échanges de pratiques, de partages de protocoles ou d'engagements formels à poursuivre et amplifier une collaboration plus forte entre les établissements membres et les éventuels établissements partenaires, spécialisés dans l'HAD.

Plusieurs GHT développent des actions plus ambitieuses. En effet, confrontés à un éclatement de l'offre de soins en HAD sur le territoire, une dizaine de GHT prévoient la mise en place d'outils de coordination des HAD du territoire. Le GHT Cœur Grand Est prévoit par exemple la mise en œuvre en 2020 d'un pôle territorial d'HAD accompagné d'une politique de communication forte en direction des partenaires hospitaliers intra et extra GHT (CHU, CLCC, etc.), des opérateurs privés (cliniques, médecins libéraux, etc.) et de l'assurance maladie. La mise en œuvre d'un « guichet unique » pour les demandes d'HAD pourrait également être envisagée. Le GHT de la Vienne projette également d'unifier l'organisation de l'HAD publique pour l'ensemble du territoire. Plusieurs HAD évoquent également la possibilité d'ouvrir l'admission directe en HAD de patients pris en charge par le service d'urgence. Enfin, quelques GHT prévoient d'ouvrir de nouvelles antennes d'HAD afin de desservir des zones insuffisamment couvertes au sein du territoire ou de re-questionner avec l'ARS le territoire desservi par l'HAD afin de le mettre en cohérence avec le périmètre du GHT. Cependant, ces

²²⁹ Cour des comptes, « L'hospitalisation à domicile », in *La sécurité sociale*, septembre 2013, La Documentation française ; *L'hospitalisation à domicile*, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, décembre 2015 ; disponibles sur www.ccomptes.fr.

actions demeurent rares : seuls trois GHT prévoient par exemple une intégration médicale poussée des HAD du territoire à travers un PIE (souvent infra-GHT) ou la mise en place d'une permanence des soins communes (projet retrouvé dans seulement quatre PMP).

2 - En contradiction avec la loi, le secteur privé non lucratif reste peu associé aux travaux des PMP

L'article L. 6132-1 du code de la santé publique prévoit que « *les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires* ».

En octobre 2017, la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) a réalisé une enquête auprès de ses adhérents pour mesurer le degré d'association des structures d'HAD à l'élaboration des PMP²³⁰. Dans près d'un tiers des cas, les structures d'HAD privées n'ont pas été associées à l'élaboration du PMP du GHT situé sur leur territoire, malgré leur demande. Certaines structures d'HAD s'étaient manifestement vu opposer, soit une absence de réponse à leur demande d'association, soit un refus explicite. Dans la plupart des cas, en l'absence d'association des établissements d'HAD aux travaux, l'HAD en tant qu'offre de soins n'était pas prise en compte dans le PMP.

La Fnehad constate qu'à ce jour, la mise en œuvre des GHT a engendré peu de changements dans les liens de ses adhérents avec l'hospitalisation publique. Il demeure ainsi une difficulté des établissements privés en HAD à développer certains segments d'activité et la progression de l'activité reste en deçà des objectifs, témoignant de la méconnaissance voire dans certains cas d'une certaine défiance des services hospitaliers envers le soin à domicile.

Au total, malgré la progression significative de l'activité d'HAD dans les GHT²³¹, sa part relative dans l'activité MCO n'est pas significativement modifiée²³². Les orientations données à l'activité d'HAD par les PMP paraissent bien en deçà des attentes en matière de virage ambulatoire et témoignent d'une vision hospitalo-centrée, confirmée par l'échec des GHT à associer l'ensemble des acteurs dans ce domaine. La première génération des PMP paraît constituer une occasion manquée en matière d'HAD, notamment dans leur incapacité à appréhender la responsabilité populationnelle des GHT dans le domaine du soin à domicile. Cette situation, manifestement contraire à la loi, aurait dû justifier à elle seule un refus d'approbation par les ARS des PMP des GHT concernés. Cependant, le caractère précipité de la mise en œuvre des GHT explique en partie cette situation. Les GHT rencontrés au cours de l'instruction ont, en effet, confirmé n'avoir pas eu le temps de mener à bien l'ensemble des diligences nécessaires dans un contexte hospitalier difficile.

²³⁰ Cette enquête a recueilli une centaine de réponses, représentant un tiers des établissements d'HAD et reflétant la relation des établissements d'HAD privés avec 75 GHT distincts.

²³¹ +22,6 % de journées d'HAD réalisées entre 2014 et 2018 dans les GHT, contre +5 % pour l'activité MCO en nombre de séjours (source : Atih).

²³² L'activité d'HAD exprimée en nombre de journée représente 10,4 % des séjours MCO en 2018 contre 8,9 % en 2014.

E - GHT et santé publique : une autre ambition déçue

1 - Les GHT : un outil prometteur en termes de santé publique

Dans son rapport du 13 mars 2017, le Haut conseil de santé publique (HCSP) voit dans les GHT une évolution positive en termes de santé publique à travers la prise en compte de la notion de territoire géographique. Les groupements constituent, pour le HCSP, une réelle opportunité pour accroître l'approche populationnelle de la santé alors même que l'approche curative reste aujourd'hui la plus développée.

L'approche populationnelle suppose d'identifier et de quantifier les besoins de santé de la population d'un territoire. Cette évolution est une étape importante vers la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé. À travers ses 13 recommandations, le HCSP souhaite que les GHT puissent participer au changement de paradigme longtemps attendu, qui passe par la reconnaissance que les soins ne sont pas les seuls contributeurs de la santé d'une population. À ce titre, le HCSP recommande d'introduire dans chaque PMP un volet promotion de la santé et un volet prévention prenant en compte les inégalités sociales de santé²³³. La DGS estime également que les GHT offre une bonne opportunité pour améliorer l'offre de soins mais aussi l'offre en matière de prévention, en particulier à travers les PMP²³⁴.

2 - Une réalité qui paraît très éloignée des objectifs ambitieux attendus

L'étude des 129 PMP métropolitains montre que la filière santé publique a été largement négligée par les GHT. Ainsi, seuls 30 PMP ont intégré une filière spécifique dédiée à une politique de prévention et de santé publique. Parmi ces 30 PMP, deux n'intègrent aucune action particulière et se contentent de citer la filière ou de renvoyer à un futur projet. 16 PMP prévoient des partages de protocoles ou de procédures de prise en charge déclinés essentiellement sous l'angle des CeGIDD²³⁵ et des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) en prévention tertiaire²³⁶. Certains GHT prévoient la création d'unités de coordination des programmes d'ETP à l'échelle territoriale mais pour les seuls établissements membres du GHT (par exemple : GHT Sud-Bretagne ou GHT Haute-Savoie et Pays de Gex avec la création d'une UTEP de territoire). Le GHT des Alpes-Maritimes prévoit de poursuivre les actions de l'espace

²³³ Recommandation n° 8 du rapport du 13 mars 2017.

²³⁴ Dans les éléments transmis par la DGS, et sur les bases de l'exemple aquitain, les sujets particulièrement porteurs pour le développement de la prévention au sein des hôpitaux et des GHT concernent l'activité physique adaptée, jugée prioritaire.

²³⁵ Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ont été mis en place à partir de janvier 2016. Les missions de ces centres sont orientées vers la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles.

²³⁶ La prévention tertiaire désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue de complications et de rechutes des maladies. Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou handicaps et l'incidence des rechutes et toutes les activités cliniques menées après le diagnostic de la maladie et destinées à empêcher la détérioration de l'état du malade ou les complications.

partagé de santé publique²³⁷ créé en 2009, en lien avec les CPTS et par le biais de politiques transversales de santé publique sur le territoire et la mise en œuvre de programmes transversaux et coordonnés ville/hôpital d'ETP.

Quelques GHT prévoient une vision plus intégrée de la santé publique à l'échelle de leurs territoires : trois GHT mentionnent l'existence de consultations avancées en matière de prévention des maladies chroniques, quatre GHT prévoient la création de nouvelles structures (dont pour deux GHT, à la demande de l'ARS) et enfin plusieurs pôles ou fédérations inter-établissements sont projetés (par exemple : GHT du Cantal et du Lot-et-Garonne).

Par ailleurs, l'ARS Nouvelle Aquitaine a entamé depuis plusieurs années des actions « hors les murs²³⁸ » en matière de santé publique, qui ont fait l'objet d'une évaluation positive en juin 2017²³⁹. Cette dynamique régionale, engagée avant la mise en œuvre des GHT, s'est traduite dans le cadre de la mise en œuvre des GHT par le fait de confier au centre hospitalier de la Côte Basque, en tant qu'établissement expérimentateur, le soin de constituer un « pôle de santé publique » à l'échelle de son territoire. Si cette initiative apparaît novatrice, elle reste limitée étant donnée la taille du territoire concerné : le GHT Navarre-Côte basque ne compte en effet que deux établissements MCO sur une étendue réduite de 1 800 km² environ.

Le dispositif « hôpitaux, promoteurs de santé »²⁴⁰ reste décliné au niveau des établissements et non des GHT. À titre d'illustration, le cahier des charges pour l'appel à projet 2019 de l'ARS Pays-de-Loire ne mentionne qu'à une seule reprise l'appartenance éventuelle à un GHT, comme critère permettant d'apprécier la qualité de la candidature au sein de 13 autres critères et n'en fait pas un critère d'exclusion. Le cahier des charges 2017 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ne mentionne pas de liens attendus entre ce dispositif et les GHT.

La santé publique se décline également par d'autres voies dans les PMP. La filière « endocrinologie, nutrition et obésité » apparaît bien représentée dans les PMP²⁴¹. Cependant, la très grande majorité des actions retenues sont orientées vers :

- soit une approche curative, visant à développer l'offre de soins et à accroître le niveau de prise en charge sanitaire proposée dans le territoire : développer les prises en charge en hôpital de jour, permettre aux établissements parties de réaliser *in situ* les explorations fonctionnelles préalables à la chirurgie bariatrique, développer l'activité de chirurgie bariatrique dans une approche plus concertée au sein du GHT, mettre en œuvre de nouveaux

²³⁷ Le projet vise à étendre l'espace partagé de santé publique pour l'échange de connaissances et d'expériences. Il doit permettre, d'une part, d'établir une interface avec les activités cliniques pour y intégrer la promotion de la santé et la prévention de la maladie et, d'autre part, de soutenir une action intersectorielle sur les déterminants de la santé avec les partenaires socio-économiques.

²³⁸ En 2014, puis 2015 et 2016, l'ARS d'Aquitaine, puis de Nouvelle-Aquitaine, a lancé des appels à projet pour développer des actions de prévention et de promotion de la santé hors les murs par les établissements de santé. Ces actions s'adressent aux personnes sur leurs lieux de vie (lieu de travail, lieux d'hébergement, lieu de passage) et aux professionnels intervenant auprès de ces publics.

²³⁹ Rapport à la DGS et DGOS établi par le Pr Roger Salamon, juin 2017.

²⁴⁰ Initiative de l'OMS établie en 1988, reprise depuis dans plusieurs textes législatifs, dont la loi HPST. En 2018, la coordination pour la France du Réseau des hôpitaux promoteurs de santé est confiée au RESPADD pour un renforcement de la dynamique insufflée et le développement d'actions de promotion de la santé à l'hôpital.

²⁴¹ Cette filière est évoquée dans 48 PMP.

sites de SSR dédiés aux patients obèses, recruter de nouveaux praticiens (nutritionnistes, chirurgiens, endocrinologues), etc. ;

- soit une approche pluridisciplinaire et territoriale de la prise en charge : mise en œuvre de CLAN²⁴² de territoire, facilitation de l'accès aux avis de médecins spécialistes de l'établissement support pour les médecins exerçant dans les établissements parties, mise en œuvre de temps médicaux partagés, etc.

Les actions retenues dans les PMP en matière d'addictologie font, là encore, une large place aux actions sanitaires, à travers notamment le déploiement d'ELSA²⁴³ à l'échelle des territoires, une amélioration de l'offre de soins (ouverture d'hôpitaux de jour, création d'unités d'addictologie, offre nouvelle en matière de sevrage complexe), une meilleure coordination des structures existantes (création de COPIL « addicto », d'une communication commune) ainsi que des actions de formations communes à l'échelle du territoire. Plusieurs PMP prévoient la création ou le partage à l'échelon territorial d'un CSAPA²⁴⁴, doté de missions spécifiques en matière de prévention.

Au total, les actions de prévention ne sont que très marginalement prises en compte par les GHT, orientés avant tout vers les prises en charge curatives. Les actions significatives retrouvées en région ont été mises en place antérieurement aux GHT ou ne visent pas les GHT comme outils de déclinaison. La notion de responsabilité populationnelle, qui dépasse le seul cadre des soins, semble donc aujourd'hui ignorée par les GHT. Cependant, l'épidémie de covid-19 devrait largement inciter les GHT à mieux prendre en compte la question de la santé publique dans leurs projets. À titre d'illustration, le GHT de la Loire a décidé dès le mois de mars 2020 la création d'une direction chargée de la prévention et de la santé des populations, devant déployer ses analyses et actions à l'échelle du GHT.

F - Une articulation entre GHT et médecine de ville qui reste à construire

Depuis plus de 30 ans, l'exigence d'une offre de soins coordonnée en proximité a émergé, à travers les réseaux de soins, les réseaux de santé, les pôles de santé, les plateformes territoriales d'appui, les MAIA²⁴⁵, etc. Force est pourtant de constater que ce décloisonnement n'a jamais eu lieu ou alors imparfaitement²⁴⁶. Partant de ce constat, le législateur a multiplié les

²⁴² Le Comité de liaison en alimentation et nutrition prévu par la circulaire n° DHOS/E1/2002/186 du 29 mars 2002.

²⁴³ Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ont été créées en 1996. Ces équipes font désormais partie des acteurs clés de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions ; leur place dans la filière hospitalière de soins en addictologie a été précisée par la circulaire DHOS du 26 septembre 2008.

²⁴⁴ Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

²⁴⁵ Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer.

²⁴⁶ Dans le cadre de l'étude d'impact préalable à l'adoption de la loi du 26 janvier 2016, est ainsi établi que « *le cadre de la coopération territoriale reste encore trop peu lisible et, surtout, ne permet pas de mettre fin à une organisation en silos, la médecine de ville d'un côté, l'hôpital de l'autre, dos l'un à l'autre. Pourtant, seule la fin de cette organisation en silos permettra une organisation efficiente de notre système de santé et la création de parcours de soins cohérents pour les usagers* ».

initiatives afin de reformer de manière structurelle le système de santé hospitalier et de ville dans la dynamique du virage ambulatoire²⁴⁷.

1 - La nouvelle structuration de la médecine de ville : les CPTS

Dans le secteur des soins de ville, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à occuper une place centrale. Créées par la loi du 24 janvier 2016, sur le modèle des anciens pôles de santé, elles « visent à restructurer l'offre de soin ambulatoire au sein d'un territoire sur lequel les professionnels de santé de premier et de second recours, associés aux acteurs médico-sociaux et sociaux, se coordonnent autour d'un projet de santé commun afin d'améliorer la prise en charge des patients²⁴⁸».

Les CPTS ont connu un démarrage relativement modeste avec 200 projets recensés en août 2018 dont la plupart étaient des transformations de structures préexistantes²⁴⁹. En février 2020, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) recense 533 projets dont 60 en fonctionnement. En juin 2020, seuls 42 CPTS²⁵⁰ sont en cours de signature ou ont adhéré à l'accord de financement²⁵¹.

Le plan « Ma santé 2022 » a fixé l'objectif de 1 000 CPTS couvrant quatre types de territoire : moins de 40 000 habitants, entre 40 000 et 70 000 habitants, entre 70 000 et 250 000 habitants et plus de 250 000 habitants. L'adhésion d'un professionnel de santé à un CPTS reste volontaire. Les CPTS intègrent également les établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que les acteurs de la prévention. Au total, les CPTS sont susceptibles de réunir un nombre conséquent d'acteurs, qui évoluent dans des sphères différentes et ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Dans ce contexte, la question de la gouvernance des CPTS prend une importance considérable. Or le législateur n'a pas prévu de structure juridique dédiée pour les CPTS alors même que les GHT se structurent en parallèle.

2 - La prise en compte du lien ville-hôpital par les GHT

Pour ce qui concerne le secteur hospitalier, la question des liens entre la médecine de ville et les GHT figure dans la totalité des PMP²⁵². Cependant, ces liens sont abordés de façon hétérogène et en tout état de cause n'ont pas de caractère structurant. Il s'agit en effet, dans la logique de la tarification à l'activité (T2A), de renforcer la fonction d'adressage de la médecine de ville vers les centres hospitaliers de plusieurs façons : communiquer auprès des médecins libéraux sur la qualité, la modernité et la diversité de l'offre de soins du GHT ; renforcer les liens entre médecins généralistes et médecins spécialistes hospitaliers afin d'éviter les sollicitations sans réponses du médecin généraliste. Le renforcement des liens entre GHT et

²⁴⁷ C'est-à-dire le traitement en exercice ambulatoire de certaines situations actuellement prises en charge à l'hôpital.

²⁴⁸ Article L. 1434-12 du code de la santé publique.

²⁴⁹ IGAS, rapport sur le déploiement des CPTS, août 2018.

²⁵⁰ Rapports de propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, présentés par l'Assurance Maladie, juillet 2020.

²⁵¹ Le financement des CPTS est prévu par un accord conventionnel interprofessionnel signé en juin 2019.

²⁵² Moins d'une dizaine de GHT ont formalisé une filière spécifique « ville-hôpital ». Les actions recensées se distinguent peu des actions citées ci-après mais font l'objet d'un regroupement pour en renforcer la visibilité.

médecine de ville vise également à diminuer les flux de patients envoyés aux urgences faute de trouver un correspondant médical hospitalier et d'éviter les ruptures de prise en charge en sortie d'hôpital, sources de ré-hospitalisations précoces.

Quelques GHT affichent des projets plus structurants, comme la mise en œuvre par le GHT d'une offre de soins alternative à l'absence de médecine de ville dans certains territoires. C'est l'option retenue par le GHT Haute-Savoie Pays de Gex, qui prévoit la mise en œuvre, à la demande conjointe de l'ARS et des élus locaux, d'un centre de santé tenu par le centre hospitalier d'Annecy à Bellegarde. Les exemples de maisons de santé ou de maison médicale de garde hébergées aux sein de structures hospitalières ne sont pas rares et sont antérieurs à la mise en œuvre des GHT²⁵³.

3 - Les liens entre GHT et CPTS apparaissent aujourd'hui à construire

Du point de vue de la gouvernance, les liens entre CPTS (lorsqu'elles existent) et GHT paraissent fragiles, faute d'une gouvernance prévue par la loi. L'utilisation par les CPTS du statut associatif prévu par la loi de 1901²⁵⁴ présente des avantages indéniables en termes de souplesse et de liberté dans la rédaction des statuts²⁵⁵. À ce titre, l'ARS Île-de-France recommande l'utilisation de ce modèle juridique²⁵⁶. Cependant, le cadre associatif comporte des freins pour faciliter la mise à disposition de personnels au bénéfice de ses membres et le partage des financements. Une réponse devrait être apportée dans les mois à venir dans le cadre de l'habilitation parlementaire donnée au Gouvernement²⁵⁷.

En attendant et sous la pression notamment de l'inadéquation grandissante entre la « file active » de patients et les effectifs médicaux des services d'urgence, des réponses sont attendues par les GHT à travers les CPTS. Pour le GHT du Cher, la réponse à la question de la gouvernance GHT/CPTS se traduit par la présence de deux médecins du collège médical du GHT aux réunions des deux CPTS installés dans le département et par l'invitation réciproque des deux présidents des CPTS du Cher aux réunions du collège médical du GHT. Cependant, pour la majorité des GHT, les CPTS ne sont pas encore organisées et les ARS ne recommandent pas aux GHT de participer aux travaux d'installation pour éviter tout signal s'apparentant à une forme « d'hospitalo-centrisme ».

En termes d'actions concrètes, les quelques liens entre GHT et CPTS visent pour l'essentiel à éviter le passage aux urgences de patients par le biais d'une consultation non programmée

²⁵³ Déjà en 2006 étaient recensées 198 maisons médicales de garde (MMG) en fonctionnement et une dizaine en projet. « 62 % des MMG sont localisées dans un établissement de santé ou d'hébergement et 44 % des MMG sont situées plus précisément à l'intérieur même d'une enceinte hospitalière publique et, pour plus de la moitié d'entre elles, de façon contiguë ou intégrée à un service d'urgences » (Georges Colombier, *La prise en charge des urgences médicales*, rapport d'information n° 3672 (XIIe législature), commission des finances de l'Assemblée nationale, février 2017).

²⁵⁴ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association

²⁵⁵ D'autres options sont néanmoins envisageables : GCS, GIE, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, coopératives.

²⁵⁶ ARS Ile de France, *Constituer un CPTS en Ile de France, guide pratique*, 2017.

²⁵⁷ La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dans son article 64, a habilité le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi « permettant de favoriser le développement de l'exercice coordonné notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé ».

organisée en ville. Dans le Cher, c'est par exemple la régulation médicale du centre 15 qui peut proposer aux patients de consulter un médecin de ville sans rendez-vous dans le cadre de plages de consultations préalablement déterminées avec le CPTS. En Normandie, l'une des missions attribuées aux huit CPTS installées est d'organiser la réponse aux besoins de soins non programmés : « *Elles permettront d'organiser, sur chaque territoire, une réponse à la demande de consultations non programmées pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, afin d'éviter aux patients d'avoir recours aux urgences hospitalières*²⁵⁸ ».

Ainsi, les GHT restent très largement dans l'attente de pouvoir échanger avec des CPTS structurées sur le territoire. Cependant, la question des périmètres géographiques différents entre les 1 000 CPTS et les 136 GHT nécessitera de définir un mode de collaboration axé sur la proximité. En cela, la place des établissements parties, et en particulier des hôpitaux de proximité rénovés par la loi de juillet 2019, pourra constituer un lien privilégié.

IV - Les GHT n'ont pas produit d'effet significatif sur la consommation de soins

L'article 107 de la loi du 26 janvier 2016 fixe plusieurs objectifs aux GHT en matière d'activités de soins, dont le fait de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité et de garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. La Cour a cherché, à travers les données d'activités hospitalières, à mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés par la loi et, de ce fait, l'impact des GHT sur l'activité de soins.

Cette analyse souffre cependant plusieurs faiblesses. D'une part, la réforme et les actions introduites par les GHT sont récentes. La plupart des actions en mesure de modifier la production de soins au sein des GHT ont été conçues via les PMP au cours du dernier semestre 2016 et du premier semestre 2017. Les actions portées par les PMP nécessitent par ailleurs un long délai de mise en œuvre²⁵⁹. D'autre part, à la date de rédaction du présent rapport, les données d'activité définitives les plus récentes portent sur l'année 2018, situation qui limite également la profondeur d'analyse. Par ailleurs et quels que soient les résultats obtenus en termes d'évolution de l'activité hospitalière, il est impossible de relier une cause unique (en l'occurrence, l'installation des GHT dans le paysage sanitaire) à une tendance constatée, qui peut être influencée localement et/ou nationalement par une somme d'évènements.

Enfin, sur un plan méthodologique, les notions de soins de proximité, de référence ou de recours ne font pas l'objet d'une définition, alors même qu'elles participent à la définition de la gradation des soins. Cette situation constitue une anomalie persistante, ne permettant pas une évaluation pertinente de l'impact des réformes en cours du système de santé. Il appartient aux autorités de tutelle, dépourvues de fait d'un angle d'analyse important, d'organiser et garantir rapidement la méthodologie retenue afin qu'elle puisse être admise par l'ensemble des acteurs

²⁵⁸ Réponse de l'ARS Normandie au questionnaire de la Cour des comptes.

²⁵⁹ Ainsi, les nombreux établissements rencontrés au cours de l'instruction au cours du second semestre 2019 ont indiqué être toujours en phase de déploiement de leur PMP.

publics et privés de l'hospitalisation. Ce constat conduit à renouveler la recommandation établie par la Cour en 2018²⁶⁰.

A - Les établissements support n'ont pas été favorisés en termes d'évolution de l'activité depuis la mise en œuvre des GHT

La Cour a cherché à mesurer l'évolution de l'activité des établissements support et parties, afin d'évaluer si la réforme des GHT profite différemment à ces deux catégories d'établissements. La méthodologie et les résultats détaillés sont décrits en annexe n° 11.

Dans 59 % des GHT, l'établissement support voit son activité progresser plus vite que celles des établissements parties (dans 31 % des cas, c'est le phénomène inverse) : ces résultats ne permettent pas de conclure à un effet de captation de l'activité par une catégorie d'établissements. Cependant, ces résultats permettent de mieux appréhender le ressenti des professionnels rencontrés, pour lesquels l'évolution de l'activité de l'établissement support apparaît très significative au regard des établissements parties²⁶¹.

L'existence d'une direction commune des établissements MCO du GHT est souvent soupçonnée d'être à l'origine d'un phénomène organisé de « siphonage » de l'activité par l'établissement support au détriment d'une activité de proximité réalisée antérieurement dans les établissements parties. Pourtant, parmi les 30 GHT pour lesquels l'activité de l'établissement support a le plus progressé au regard de celle des établissements parties ne figurent que sept GHT faisant l'objet d'une direction commune en 2019. À l'inverse, parmi les 30 GHT pour lesquels l'activité réunie des établissements parties progresse en moyenne de 10 points de plus que celle de l'établissement support, figurent 12 GHT en direction commune. Dès lors, il n'apparaît pas possible de documenter une corrélation entre un éventuel effet de captation de l'activité et l'existence d'une direction commune.

Au-delà de la question des directions communes, il existe diverses raisons permettant d'expliquer, à l'échelle d'un GHT, que l'établissement support ou les établissements parties aient pu connaître des évolutions différenciées de leurs activités sans que ces évolutions puissent être imputées ni au GHT, ni à une direction commune : le départ en retraite d'un praticien à fort recrutement, la fermeture d'un service clinique, la fermeture d'un établissement privé ou sa reprise par un groupe, un changement de stratégie, etc.

B - Les GHT permettent d'accroître les échanges entre établissements

Une grande majorité des PMP visent à faciliter la prise en charge des patients en assurant une prise en charge complète et graduée au sein du GHT. C'est donc bien une intensification

²⁶⁰ Cette anomalie avait déjà été relevée par la Cour des comptes et l'avait conduit à formuler la recommandation suivante : « Adopter rapidement une définition nationale des activités de recours, d'expertise et de proximité, qui doivent devenir des indicateurs de pilotage de l'offre de soins en région » (*Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2018, disponible sur www.ccomptes.fr).

²⁶¹ En effet, dans les 30 GHT les plus concernés par ce phénomène, l'établissement support a connu une progression de son activité de plus de 19 % supérieure en moyenne à celle des établissements parties.

des relations entre établissements membres du GHT qui est recherchée. La méthode exposée en annexe n° 12 cherche à objectiver cette intensification au travers de l'évolution du nombre de transferts de patients²⁶².

Les résultats font apparaître une progression modeste des transferts intra-GHT entre 2014 et 2018, de +2,8 %²⁶³. Cette réorientation de patients s'est faite principalement au détriment du secteur privé lucratif (-1,2 %) et des établissements support des autres GHT (-1 %). Ces résultats plaident en faveur d'une stratégie de groupe en cours d'installation.

C - La mise en œuvre des GHT n'est pas associée à une hausse de l'attractivité des établissements publics

L'analyse de l'évolution des parts de marché et des taux de fuite d'un GHT²⁶⁴, décrite en annexe n° 13, vise à mesurer si la définition d'une stratégie de groupe se traduit par un changement de comportement des patients envers les structures hospitalières publiques.

Entre 2014 et 2018, les GHT (comme le secteur anciennement sous l'objectif quantifié national – OQN) ont connu une baisse de leurs parts de marché de 0,3 % (séjours y compris séances) qui semble se faire, de prime abord, au profit du secteur privé non lucratif, qui a vu son activité progresser de +0,6 %. Cependant, les phénomènes à l'œuvre sont plus complexes. En effet, cette baisse des parts de marché des GHT n'est pas homogène à l'échelle des différentes spécialités médicales et doit s'analyser en creux du secteur privé lucratif. Celle-ci se traduit par un net recul du secteur privé lucratif des activités périnatales générant de fait une augmentation des parts de marché des GHT. *A contrario*, le secteur ex-OQN s'investit plus fortement en cancérologie, en maladies infectieuses et dans la prise en charge plus polyvalente de médecine ou chirurgie²⁶⁵.

Une étude plus fine basée sur un échantillon de 37 GHT homogènes permet de confirmer cette analyse tout en la nuancant : ainsi, parmi ces 37 GHT, 16 ont connu une hausse des parts de marché (dont la moitié au détriment principal du secteur privé lucratif).

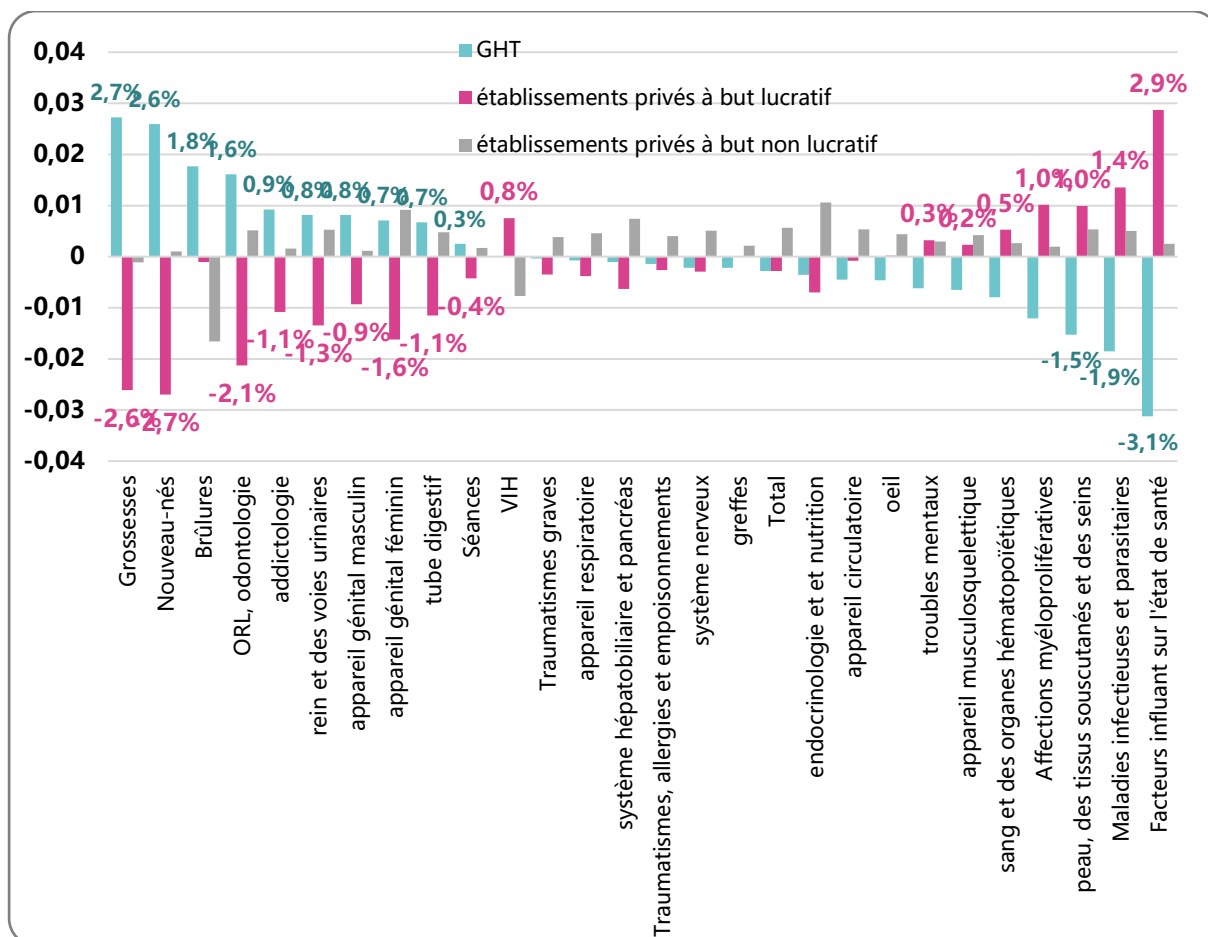
²⁶² Ces transferts peuvent se faire soit dans le cadre d'une gradation des soins (plateau technique plus adapté à l'état du patient), soit après la recherche de disponibilité d'un hébergement hospitalier (dans le cadre de convention de coopération entre établissements membres ou dans le cadre de la déclinaison du PMP), soit dans le cadre du rapprochement d'un patient de son domicile, etc.

²⁶³ 16 000 patients qui, au lieu d'être transférés hors GHT en 2014, l'ont été au sein du GHT en 2018.

²⁶⁴ Le taux de fuite représente les parts de marché absorbées par des établissements situés hors du territoire du GHT. Il s'analyse en fonction de l'offre de soins et de la manière dont la population juge celle-ci.

²⁶⁵ Catégorie majeure de diagnostic (CMD) 23.

Graphique n° 11 : évolution des parts de marché²⁶⁶ du secteur sanitaire entre 2014 et 2018 par catégorie majeure de diagnostics



Source : Cour des comptes d'après les données disponibles Atih-Scan santé

En 2018, un GHT réalise 12,8 %²⁶⁷ de son activité MCO avec la prise en charge de patients domiciliés en dehors de sa zone de recrutement principale²⁶⁸. Cette proportion n'a pas connu d'évolution significative depuis 2014 (12,6 %)²⁶⁹. À l'échelle de chacun des GHT, l'évolution de l'activité réalisée hors GHT apparaît modeste et se situe dans un intervalle de -1 à +1 % sur la totalité de la période 2014-2018.

²⁶⁶ En séjours, y compris séances.

²⁶⁷ Il s'agit du taux d'attractivité territoriale, miroir inversé du taux de fuite, qui analyse la capacité d'un établissement à attirer des patients d'autres territoires et ainsi à agrandir sa zone d'influence. C'est par exemple le cas des CHU qui recrutent pour certaines spécialités au-delà de la région où ils sont implantés. Ce taux est à manier avec prudence car, par exemple, les touristes hospitalisés sur leur lieu de vacances peuvent fausser l'identification de la zone de recrutement.

²⁶⁸ Chiffres obtenu par l'examen de l'activité de 37 GHT aux limites départementales.

²⁶⁹ De plus, le volume de séjours réalisée, au sein du GHT, pour des patients domiciliés hors GHT progresse dans les mêmes proportions (+8,1 %) que le volume de séjours réalisés au sein du GHT, pour des patients domiciliés dans le GHT (+8 %).

La zone de recrutement²⁷⁰ des établissements membres de GHT a connu une évolution significative au cours de la période. En effet, 41,8 % des établissements²⁷¹ ont connu une progression de leurs zones de recrutement, contre 20,4 % qui ont vu cette zone diminuer et 37,8 % une absence d'évolution. 20,2 % des établissements ont vu cette zone de recrutement progresser de plus de 15 %. Cependant, pour les établissements concernés, cette extension de la zone de recrutement n'est pas associée à une augmentation du volume de séjour²⁷². Ces résultats peuvent être expliqués par plusieurs phénomènes :

- la désertification médicale : les patients sont contraints de se déplacer plus loin pour trouver un médecin, notamment spécialiste ;
- l'arrêt d'une activité de soins en proximité incitant les patients à se déplacer dans un établissement plus éloigné ;
- la mise en place de consultations avancées dans les établissements parties, qui a pu également inciter des patients à se déplacer dans ces établissements, n'en réalisant pas auparavant ;
- le renforcement de la gradation des soins : cette gradation se faisant soit vers l'établissement support, soit entre établissements membres par une plus grande spécialisation des sites hospitaliers. Dans tous les cas, elle est de nature à déplacer les patients sur une plus longue distance et donc à accroître la zone de recrutement sans activité nouvelle à l'échelle du GHT.

D - La mise en œuvre des GHT n'est pas associée à des modifications significatives de la nature des activités de soins

La réforme des GHT vise à renforcer la gradation des soins entre établissements parties et supports. Mesurer le degré actuel de réalisation de cet objectif nécessiterait d'évaluer l'évolution de la typologie des séjours réalisés dans les établissements parties et les établissements support suivant le triptyque proximité / référence / recours. Or, l'absence de contours en termes d'informations médicales de ces notions ne permet pas de réaliser une telle démarche.

L'étude de l'évolution du « *case-mix*²⁷³ » des établissements (hors consultations et actes externes) figurant en annexe n° 14 permet cependant de montrer que l'effet centrifuge des GHT

²⁷⁰ La zone de recrutement autour d'un établissement est construite en classant les codes géographiques des patients ayant fréquenté l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80 % de l'activité de l'établissement. Cette zone ne correspond donc pas à proprement parler à une aire mais à un volume de codes géographiques en lien direct avec les codes postaux des communes concernées.

²⁷¹ Étude réalisée sur 565 établissements publics de santé MCO (soit 127 GHT représentés).

²⁷² Le coefficient de corrélation linéaire entre la variable « évolution du nombre de séjours entre 2014 et 2018 par établissements » et la variable « évolution du nombre de codes géographiques constituant la zone de recrutement par établissement entre 2014 et 2018 » est de 0,17 et le coefficient de détermination de 0,028.

²⁷³ Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades (GHM), par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation, par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile, par catégorie majeure de diagnostic (CMD), par catégories majeures cliniques (CMC).

en matière d'offre de soins, tel qu'on peut le prévoir à la lecture des PMP, trouve une traduction dans la proportion significative des GHT pour lesquels les établissements parties ont connu une évolution positive de leurs *case-mix* alors que dans le même temps la plupart des établissements support (59,8 % d'entre eux) ont vu leur *case-mix* s'appauvrir²⁷⁴.

L'évolution 2014-2019 de la valorisation moyenne par séjour montre qu'un tiers des établissements parties ont connu une hausse de cette valeur, contre 22,4 % des établissements support. *A contrario*, la part d'établissements ayant connu une baisse de la valorisation moyenne des séjours est proportionnellement plus forte dans la catégorie des établissements support (68 % contre 57,8 % dans les établissements parties).

Au total, l'hypothèse selon laquelle les GHT seraient la cause d'un appauvrissement des établissements parties au profit de l'établissement support ne semble pas vérifiée, ni sur le plan de l'éventail des prises en charge proposées par les établissements parties, ni sur le niveau de complexité de cette prise en charge. Au contraire, un phénomène inverse serait tendanciellement à l'œuvre sans que celui-ci ait une portée générale. Cette situation apparaît relativement cohérente avec les orientations générales retenues par les PMP, tendant à prévoir un renforcement de l'offre de soins dans les établissements parties voire la mise en œuvre d'une offre de soins nouvelle.

V - Des filières médico-techniques insuffisamment mutualisées

La mise en place des GHT devait conduire à une plus forte mutualisation des plateaux médico-techniques, qui s'avèrent de plus en plus exigeants en termes de qualification et de compétences, et de ce fait, de plus en plus coûteux. L'organisation territoriale des filières d'imagerie, de biologie et de pharmacie, très souvent identifiées dans les PMP comme prioritaires, reste cependant largement en deçà des ambitions fixées aux GHT.

A - L'imagerie, une filière médico-technique de territoire à organiser

1 - Le cadre réglementaire des mutualisations et des réorganisations

L'article 113 de la loi du 26 janvier 2016 pérennise le dispositif de plateaux mutualisés d'imagerie médicale (PIMM) instauré à titre expérimental par l'article L. 6122-15 du code de la santé publique. En effet, à l'initiative de professionnels de santé, l'ARS peut autoriser la création d'un PIMM impliquant *a minima* un établissement de santé. Un projet de coopération définissant notamment les conditions de participation à la PDSES des professionnels médicaux est élaboré et transmis à l'ARS. Par ailleurs, il est possible de mettre en place un PIMM impliquant d'autres acteurs (professionnels libéraux notamment) dans le cadre de groupements d'intérêt économique (GIE)²⁷⁵ ou de GCS. La réglementation prévoit en outre que les

²⁷⁴ Ces évolutions concernent uniquement les activités hospitalières retracées dans le PMSI. Ainsi, les consultations avancées réalisées par un praticien de l'établissement support au sein de l'établissement partie ne sont pas incluses dans le champ de cette analyse.

²⁷⁵ Le GIE a été créé par l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967, modifiée par la loi n° 89-377 du 13 juin 1989, et codifiée sous les articles L. 251-1 à L. 251-23 du code du commerce.

établissements parties aux GHT organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, « *le cas échéant au sein d'un pôle inter-établissement* » : c'est le cas par exemple pour le GHT du Var. La convention constitutive des GHT offre une liberté importante pour définir les modalités d'organisation en commun de l'activité d'imagerie médicale.

L'analyse des PMP fait apparaître trois grands types d'organisation de l'imagerie de territoire. En premier lieu, et avec un faible niveau d'intégration, des réflexions communes sont partagées sur l'activité de chaque établissement partie, et ce afin de faire converger les pratiques professionnelles sans pour autant induire de mutualisation des moyens. En deuxième lieu, des GHT prévoient des mutualisations de moyens nécessaires à l'activité d'imagerie médicale : équipements matériels lourds, équipes médicales et paramédicales de territoire, systèmes d'information communs. Enfin, quelques GHT présentent un degré de mutualisations élevé, notamment à travers la réorganisation de l'activité d'imagerie médicale avec une nouvelle répartition des activités entre sites hospitaliers.

2 - Une filière insuffisamment structurée et mutualisée

La filière imagerie médicale est considérée comme prioritaire dans les PMP, puisque 88 % des GHT (et 85 % des GHT de l'échantillon retenu par la Cour) la mentionnent comme telle dans leur PMP. En outre, si la faiblesse des projets de mutualisation est significative, puisque 46 % des GHT de l'échantillon n'ont pas mis en œuvre de tels projets, la Cour relève que 15 % des groupements ont des projets de plateforme de téléradiologie publique en mutualisant la permanence des soins : il s'agit principalement de GHT dont le CHU est l'établissement support. Par ailleurs, 15 % des GHT ont des projets de développement d'activités ou d'investissement dans des équipements lourds (scanner ou IRM).

Enfin, deux GHT ont déjà réalisé des projets de mutualisation dans le cadre de leurs projets médicaux. À titre d'exemple, le GHT du Var a créé en février 2019 un pôle inter-établissements « imagerie médicale » entre le centre hospitalier de Toulon – La Seyne et le centre hospitalier de Hyères.

L'enquête de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) de février 2019 fait ressortir des constats identiques à ceux établis par la Cour puisque pour 16 % des répondants (soit 9 GHT sur 58) l'activité d'imagerie diagnostique et interventionnelle était déjà mutualisée avant la mise en place de la réforme, plutôt sous forme d'équipe médicale commune que sous forme de GIE et de GCS. Ainsi, l'Anap estime que la mise en œuvre des GHT ne semble pas avoir conduit à des modalités de mutualisations spécifiques et, de ce fait, plusieurs organisations cohabitent toujours (pôle inter-établissement, fédération médicale inter-hospitalière, équipe médicale commune).

Enfin, s'agissant des modalités de pilotage de l'imagerie médicale, près de 30 % des GHT ayant répondu à l'enquête de l'Anap ont formalisé une organisation de territoire avec la création d'un pilote territorial identifié au sein de l'établissement support ou la mise en place de référents dans chaque établissement membre. Ainsi 41 GHT sur les 58 ayant participé à l'enquête n'ont pas formalisé, à ce stade, d'organisation de territoire.

3 - Le manque de ressources médicales empêche la mise en œuvre de projets mutualisés

Les difficultés de recrutement de radiologues rencontrées au sein des GHT, soulevées par la plupart des ARS, fragilisent la mise en place de la permanence des soins en radiologie, et ce dans un contexte où les structures d'urgence induisent pour le service d'imagerie un volume d'activité important et en forte hausse pendant les horaires de permanence des soins. Ces difficultés retardent, en outre, la mise en œuvre des projets d'imagerie conventionnelle et/ou interventionnelle dans le cadre des PMP.

Ainsi, huit ARS estiment qu'il est difficile, à ce stade, d'accroître l'efficacité des plateaux techniques d'imagerie par un renforcement de leur niveau d'utilisation, puisque les difficultés de recrutements médicaux sont les principales responsables des difficultés d'utilisation de ces plateaux.

Les entretiens réalisés avec la société française de radiologie²⁷⁶ ont mis en avant une pyramide des âges vieillissante, ainsi qu'un déficit du nombre d'internes formés dans cette spécialité. Il y a actuellement, et ce depuis 2017, 251 postes d'internes en radiologie formés en France. La société française de radiologie estime que pour faire face aux problématiques de démographie médicale, il faudrait former environ 320 radiologues en diplômes d'études spécialisées, ce qui représente un écart de 21,6 %. Les établissements publics font face à diverses difficultés en radiologie, puisque 45 % des postes de PH dans cette spécialité sont vacants à l'hôpital, ce qui pose des difficultés importantes pour assumer la mise en place de la permanence des soins, et rend la réalisation des objectifs du PMP difficile dans ce contexte.

Ces problèmes de recrutement et d'attractivité se retrouvent dans les GHT de l'échantillon, y compris parmi les plus favorisés. Par exemple, alors même que le GHT Brocéliande-Atlantique dispose d'un effectif parmi les plus conséquents des hôpitaux bretons, ses établissements se trouvent régulièrement sous tension et recourent à l'intérim. De plus les examens effectués durant la PDSES sont réalisés par un opérateur privé par transmission d'image. Le GHT Estuaire de la Seine avait avancé sur une réflexion inter-GHT au titre de l'organisation d'une permanence des soins. Cette réflexion s'est heurtée à l'insuffisance du nombre de radiologues publics afin de couvrir l'ensemble des vacances.

En outre, des projets de développement de plateformes d'interprétation (téléradiologie publique) à l'échelle de chaque GHT pour mutualiser la ressource médicale, commencent à émerger. De même, des réflexions régionales autour de plateforme de téléradiologie commencent à se structurer : c'est le cas pour le GHT du Cher et l'ARS Centre Val-de-Loire. L'ARS Bourgogne Franche-Comté accompagne la constitution de réseaux de téléradiologie publique, mais la question de la rémunération est un obstacle à la finalisation de ces structures.

²⁷⁶ La Société française de radiologie est une société savante dont l'objectif est de développer une expertise sur tous les sujets concernant l'imagerie et d'en assurer la diffusion.

4 - L'hétérogénéité des systèmes d'information rend difficile la mise en place d'une imagerie de territoire

L'harmonisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH) et des PACS²⁷⁷ est une condition préalable à la structuration d'une filière d'imagerie au sein d'un GHT. Une grande hétérogénéité de ces outils perdure cependant dans les établissements rencontrés, ce qui rend le déploiement d'une imagerie de territoire difficile.

Ainsi, dans le GHT Ouest-Audois, le CH de Carcassonne dispose d'un PACS dans le cadre d'un GIE public-privé, mais il n'est ni commun, ni interopérable avec ceux des autres établissements parties et aucun projet n'est prévu pour le faire converger. Il n'y a pas de PACS commun au sein du GHT Limousin, mais le projet existe dans le cadre du schéma directeur du système d'information convergent qui a été adopté en 2018. Les établissements parties du GHT souhaitent néanmoins attendre la mise en place d'un PACS régional piloté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Certains projets de PACS et de SIH commun sont en cours de déploiement (GHT du Var). De même, certains GHT d'Ile-de-France sont intégralement équipés du service partagé régional en imagerie médicale (S-PRIM²⁷⁸), ce qui constitue une amélioration de l'offre régionale par un partage dynamique des données entre professionnels de santé engagés dans cette démarche.

B - La biologie médicale de territoire, une fonction médico-technique faiblement mutualisée

1 - La faible mise en place d'une biologie médicale de territoire

La biologie médicale de territoire²⁷⁹ est prise en compte quasi systématiquement dans les projets médicaux partagés : 92 % des GHT de l'échantillon mentionnent la biologie dans leur PMP (88 % au plan national), ce qui montre l'intérêt pour les groupements de travailler sur l'articulation entre la biologie médicale et les activités cliniques.

Cependant et en dépit de ces nombreuses mentions, les projets de mutualisation sont rares, puisque trois GHT sur les 13 de l'échantillon ont pour projet de mutualiser des laboratoires avant la fin de l'année 2020. Parmi ces trois, le GHT du Cher souhaite créer un laboratoire multi-sites entre les centres hospitaliers de Bourges et de Vierzon avant la fin 2020. Par ailleurs, sept GHT n'ont pas de projets à ce stade et trois GHT étudient des projets de laboratoire de territoire ou des laboratoires délocalisés (cf. annexe n° 8).

De plus, plusieurs projets visant à uniformiser les outils au sein du GHT sont en cours de déploiement, comme par exemple la mise en place de serveurs de résultats uniques d'exams biologiques. Ainsi, le GHT du Var a mis en place dans le cadre d'un projet d'un montant de 1,3 M€, un serveur de résultats unique pour l'ensemble des établissements du GHT. Celui-ci

²⁷⁷ Le PACS est un système d'archivage et de transmission d'images. Il permet la communication et le traitement d'images à distance ou en réseau local des examens effectués en radiologie.

²⁷⁸ S-PRIM permet le partage d'images et de comptes rendus entre les professionnels de santé (EPS et médecine de ville) et apporte de nouvelles fonctionnalités, notamment en matière d'aide au diagnostic (post-traitement d'image, possibilité d'utiliser la 3D...).

²⁷⁹ Pour l'état de la réglementation, voir annexe n° 8.

offre des paramétrages et des modules de gestion de projets communs avec pour objectif un paramétrage et une base externalisée unique pour le GHT. Cet exemple ne doit pas masquer le faible nombre de projets de déploiement de serveur de résultats unique. Ceci est dû en grande partie à la trop grande hétérogénéité des SIH (cf. *supra*).

2 - L'accréditation des laboratoires favorise les logiques de partage

L'article L. 6221-1 du code de la santé publique rend obligatoire l'accréditation des laboratoires de biologie médicale en matière de qualité, pour l'ensemble de l'activité qu'ils réalisent. Cette accréditation est délivrée par le comité français d'accréditation (Cofrac) et repose sur des normes européennes harmonisées²⁸⁰. L'ensemble des activités qui relèvent de l'accréditation devront l'avoir obtenue au plus tard le 30 avril 2021 (par suite du report de l'échéance initialement fixée au 1^{er} novembre 2020 en raison de l'épidémie de covid-19²⁸¹).

Les biologistes médicaux rencontrés au cours de l'enquête considèrent que bien que très exigeante, l'accréditation a des effets positifs en termes de mutualisation, et notamment de partage de compétences et d'expériences. Ainsi, le GHT Lille Métropole Flandre intérieure (LMFI) a mutualisé des formations et partagé des compétences très spécifiques, par exemple en métrologie ou en ingénierie de la qualité. Ce GHT a mis en place, lorsque cela était possible, des contrôles inter-laboratoires lorsque les évaluations externes de la qualité s'avéraient très coûteuses ou non disponibles sur le marché. Enfin, un plan annuel d'audits croisés de la biologie médicale est organisé dans le cadre du GHT.

C - La pharmacie hospitalière de territoire reste un chantier à ouvrir

1 - Le cadre réglementaire des pharmacies hospitalières²⁸² a fortement évolué

Le décret du 27 avril 2016 prévoit que les établissements parties à un GHT doivent organiser en commun les activités de pharmacie. L'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016, relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI) est venue compléter le décret d'avril 2016. Celle-ci prévoit, entre autres, les modalités de coopération entre les PUI des établissements parties au GHT et celles d'établissements non parties au groupement. L'ordonnance prévoit en outre de désigner la PUI chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par les établissements parties au groupement ne disposant pas d'une PUI. Enfin, ce texte prévoit de confier au pôle inter-établissements ou à une PUI d'un établissement membre la coordination des PUI des établissements parties au GHT.

Le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019, pris en application de l'ordonnance du 15 décembre 2016 relative aux PUI, est venu compléter les dispositifs définis ci-avant. Ainsi, une PUI peut notamment être autorisée à desservir plusieurs établissements à condition que la dispensation des médicaments, ainsi que des dispositifs médicaux stériles dans les structures habilitées à assurer les soins, puisse être assurée au minimum une fois par jour et dans des délais permettant de

²⁸⁰ NF-EN-ISO 15189 pour les laboratoires de biologie médicale et NF EN ISO 22870 pour les analyses de biologie délocalisées.

²⁸¹ Article 23 de la loi du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire et à d'autres mesures urgentes.

²⁸² Ou pharmacie à usage intérieur (PUI) selon le code de la santé publique.

répondre aux demandes urgentes (art. R. 5126-13 du code de la santé publique). En outre, ce décret dans son article 4 prévoit que les PUI soient titulaires de nouvelles autorisations pour fin 2021 ou fin 2024 selon les activités qu'elles exercent. Cette disposition a pour objectif de favoriser les projets de rationalisation du nombre de PUI sur le territoire d'un GHT.

Au total, les projets de reconfiguration régionale de l'offre en matière de pharmacie ont été rendus difficiles dans les PMP par l'absence de cadre juridique clair, en particulier pour les projets de centralisation d'activités²⁸³. L'ARS PACA estime à ce propos que « *la réforme des autorisations de PUI sera un levier pour accélérer ces reconfigurations* ».

2 - Les activités pharmaceutiques sont une priorité identifiée par les GHT avec cependant peu de traduction concrète

La filière pharmaceutique fait l'objet d'une priorité dans 85 % des PMP de l'échantillon retenu par la Cour. Par ailleurs, la pharmacie clinique²⁸⁴ est spécifiquement identifiée comme un enjeu important des projets médicaux. Ainsi, 54 % des GHT de l'échantillon prévoient de développer la pharmacie clinique dans leurs projets médicaux.

Conséquence logique de l'absence de cadre juridique suffisamment précis au moment de la rédaction des PMP, 62 % des GHT de l'échantillon n'ont pas engagé de rationalisation du nombre de leurs PUI. Cependant, 15 % des GHT ont des projets de fusion de pharmacies et 15 % sont en cours de rationalisation de ces structures. Enfin, un GHT sur les 13 de l'échantillon a fusionné ses PUI, sans néanmoins supprimer de site. L'enquête de l'Anap relative aux évolutions organisationnelles des GHT (février 2019) fait ressortir des constats similaires à ceux mesurés par la Cour puisque 18 % des répondants (soit dix GHT sur 58), avaient mutualisé leurs activités de pharmacie en amont principalement sous forme de GCS ou de convention, sans néanmoins supprimer de sites pharmaceutiques.

Les projets de mutualisation des moyens des PUI restent encore peu nombreux mais des initiatives sont néanmoins en cours de réalisation. Ainsi, quatre GHT sur les 13 de l'échantillon prévoient d'investir dans l'automatisation de la préparation individuelle nominative des doses de patients du territoire. Cela concerne aussi bien la distribution journalière individuelle nominative que la distribution courante. Les GHT ont également permis la mise en place d'une politique médicamenteuse commune au sein du GHT : politique d'achat, livret thérapeutique commun, COMEDIMS²⁸⁵ de territoire ou projets communs de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. L'harmonisation de livrets thérapeutiques²⁸⁶, destinée à aider les

²⁸³ En effet les filières spécifiques aux activités pharmaceutiques des PMP ont été conçues en 2017, avant la publication du décret 2019-489 qui permet l'application complète de l'ordonnance PUI, laquelle ouvrirait effectivement les possibilités de coopérations et de fusions de PUI.

²⁸⁴ La pharmacie clinique est définie par l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 comme le fait de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé, de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. L'article R. 5126-10 définit les principales actions de pharmacie clinique : expertise pharmaceutique clinique des prescriptions ; réalisation de bilans de médication ; élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés ; entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients.

²⁸⁵ Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

²⁸⁶ Il est prévu que le livret thérapeutique, défini à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, soit le fruit d'un travail collaboratif entre le médecin coordonnateur, les médecins traitants et le pharmacien référent.

professionnels de santé à mieux prendre en compte le risque iatrogène lors des prescriptions, se retrouve dans de nombreux PMP (par exemple au sein du GHT Rhône-nord-Beaujolais-Dombes, du GHT Centre Franche-Comté ou du GHT du Limousin). D'autres projets émergent. Par exemple le GHT Lille Métropole Flandre intérieure (LMFI) prévoit de renforcer l'optimisation de ses stocks pharmaceutiques via une organisation de la répartition des stocks « peu tournants », afin de constituer un lieu unique de stockage à l'échelle du GHT. Ce projet devrait permettre de baisser les coûts d'immobilisation et de péremption.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La mise en œuvre effective des objectifs fixés aux GHT par la loi, notamment en termes d'égalité d'accès aux soins, de gradation des soins et de mutualisations, reste encore largement à parfaire et nécessite que les GHT disposent d'une taille minimale, tant en termes d'étendue géographique, que de niveau de peuplement ou encore d'activité de soins. La collaboration avec le secteur privé en psychiatrie doit par ailleurs être encouragée au sein de territoires rendus cohérents entre eux.

La mutualisation attendue des fonctions médico-techniques n'a pas eu lieu. Les projets structurants de réorganisation ou de mutualisation de plateaux techniques ont été empêchés tout à la fois par des ressources humaines insuffisantes (principalement pour l'imagerie), par une trop grande hétérogénéité des systèmes d'information (serveur de résultat unique en biologie, PACS en imagerie) et par une réglementation évolutive (en particulier pour la pharmacie). La révision du périmètre des GHT doit par ailleurs être menée rapidement afin que les travaux de convergence et d'harmonisation des outils informatiques, médico-techniques et administratifs puissent directement se faire au sein de GHT rendus plus homogènes, sans nécessité de travaux d'interopérabilité ultérieurs.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

2. réviser rapidement les périmètres des GHT de manière à ce que tous puissent constituer une offre cohérente et minimale (DGOS, ARS) ;

3. mettre en cohérence les différentes délimitations territoriales de la psychiatrie (secteurs, GHT, PTSM), afin de donner de la cohérence et de la lisibilité à la planification et aux actions prévues dans ce domaine (DGOS, ARS) ;

4. associer les établissements privés exerçant une mission de service public hospitalier en psychiatrie aux GHT de leur ressort géographique (ARS, GHT) ;

5. adopter rapidement une définition nationale des activités de recours, de référence et de proximité, qui doivent devenir des indicateurs de pilotage de l'offre de soins en région (DGOS, Atih, ARS).

Chapitre III

Une mutualisation de la gestion et une intégration plus forte des établissements au sein des GHT

L'une des innovations majeures des GHT réside dans la volonté de garantir les conditions de la mise en œuvre des projets médicaux partagés (PMP). C'est la raison pour laquelle les textes prévoient l'obligation pour l'établissement support d'assurer un certain nombre de fonctions pour le compte des autres établissements parties au GHT. Parmi celles-ci figurent la fonction achat et la mise en œuvre d'un système d'information hospitalier (SIH) convergent.

I - Les achats hospitaliers : une structuration avancée, des résultats positifs à consolider

A - Une structuration effective dans la quasi-totalité des GHT

1 - Un cadre juridique qui organise des transferts de compétences

La fonction achat est structurée dans les établissements de santé depuis plus de 15 ans. En effet, les groupements d'achats²⁸⁷ et groupements de coopération sanitaire ont été les premiers outils de mutualisation et de coopération hospitalière. La fonction achat s'est professionnalisée et structurée depuis la fin de l'année 2011 à travers le programme Phare²⁸⁸ lancé par la DGOS.

La fonction achat est définie par le 3° de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, qui dispose que « *l'établissement support assure [...] pour le compte des établissements parties au groupement [...] la fonction achats* ». Pour cette fonction, le directeur de l'établissement support exerce, par dérogation, les compétences de chef d'établissement (article L. 6143-7 du code de la santé publique).

²⁸⁷ La plupart de ces groupements départementaux concernaient la restauration et la blanchisserie. Ils ont été progressivement étendus aux consommables et aux médicaments dans des cadres régionaux.

²⁸⁸ Le programme Phare (performance hospitalière pour des achats responsables) est un programme de transformation des achats hospitaliers. Ce programme d'efficacité est fondé sur l'adhésion de la communauté des acteurs de l'achat, l'échange de bonnes pratiques et l'appui à des actions métier.

Selon les termes de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, la fonction achat mutualisée du GHT doit mettre en œuvre les missions suivantes : élaboration de la politique et stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ; planification et passation des marchés ; contrôle de gestion des achats ; gestion des activités d'approvisionnement. La mutualisation de la fonction achat avait, dès l'origine de la réforme, vocation à harmoniser les références des produits (médicaments, dispositifs médicaux, équipements biomédicaux et informatiques, etc.) afin que les professionnels de santé amenés à se déplacer dans les différents établissements du GHT disposent d'un environnement de travail homogène.

Si la fonction achat mutualisée devait être effective au 1^{er} janvier 2018, la cible calendaire pour la prise en compte par chaque GHT de l'ensemble des marchés est fixée au 31 décembre 2020.

Juridiquement, les établissements parties au GHT ne disposent plus de la capacité de passer et de conclure en leur nom propre des marchés²⁸⁹. Dès lors, le calcul de la valeur estimée du besoin pour la détermination des seuils de procédure applicables doit donc être effectué au niveau du GHT et non au niveau de chaque établissement. L'article R. 6132-16 du code de la santé publique transfère à l'établissement support la responsabilité de la passation du marché dès le premier euro²⁹⁰. Ainsi, l'établissement support est responsable de la passation des marchés pour tous les achats, y compris ceux réalisés en deçà du seuil des 25 000 € hors taxes.

Dans ce cadre, et en application de l'article 21 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, les établissements sont tenus de respecter la règle de la computation des seuils, qui exige de prendre en compte la valeur totale des fournitures ou des services considérés comme homogènes pour l'ensemble des établissements du GHT, afin d'apprécier la procédure de marchés publics à appliquer au regard des seuils. Cette procédure de computation des seuils ne s'applique pas aux opérateurs externes de mutualisation : groupements de commande ou centrales d'achats.

Pour assurer une plus grande flexibilité à la fonction achats, la très grande majorité des GHT ont décidé de laisser une délégation de signature propre aux établissements parties pour les petites commandes dont le montant peut aller jusqu'à 25 000 € hors taxes²⁹¹ dans le respect de la règle de computation des seuils. Le seuil par lequel l'acheteur peut recourir à une procédure adaptée dont il détermine librement les conditions²⁹² est passé à 40 000 € hors taxes depuis le 1^{er} janvier 2020²⁹³.

²⁸⁹ Conformément à l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, deux phases sont distinctes : la passation du marché public et l'exécution du marché.

²⁹⁰ DGOS, GHT-foire aux questions sur les achats.

²⁹¹ Cela signifie qu'un GHT comportant cinq établissements n'autorisera en réalité une délégation de signature qu'à hauteur de 5 000 € par établissement partie, si les autres établissements achètent le même type de produits.

²⁹² Par exemple une procédure négociée sans publicité ni mise en concurrence.

²⁹³ <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23371>.

2 - Une fonction achat déconcentrée et structurée autour d'une direction achat de territoire et d'une comitologie dédiée

Les GHT ont très largement organisé et structuré leur fonction achat. La DGOS²⁹⁴ estime dans un audit de juillet 2019 que la fonction achat est organisée dans plus de 90 % des GHT. En effet, ces GHT ont mis en place des départements ou filières d'achat. Ils ont en outre structuré une cellule juridique des contrats (majoritairement au niveau de l'établissement support) et mis en œuvre des délégations de signature. De même l'IGAS estime en 2019 que près de 80 % des GHT ont mis en place une direction commune des achats²⁹⁵. En élargissant le périmètre d'analyse et en y intégrant des structures de coordination des achats, ce taux passe à 95 %²⁹⁶. L'enquête menée par la Cour conduit à formuler un constat similaire puisque au sein de l'échantillon retenu, 100 % des GHT ont créé une direction commune dédiée aux achats.

Compte tenu de la variété des acteurs internes de l'achat et de la dispersion géographique entre établissements support et parties, il est apparu essentiel aux GHT de mettre en place une instance pérenne de coordination opérationnelle et stratégique interne à la fonction achat. Ainsi 77 % des GHT interrogés par la Cour ont structuré une comitologie²⁹⁷ ou sont en cours de finalisation de celle-ci. Ces comités ont pour mission, entre autres, de mettre en œuvre la feuille de route stratégique achat, de piloter et de coordonner les grands axes de la fonction achat, de suivre l'avancement du plan d'actions achat et de suivre l'avancement de la feuille de convergence des marchés. Ils se réunissent de manière très hétérogène selon les GHT (des réunions mensuelles à trimestrielles selon les GHT).

Au regard des GHT interrogés, deux types d'organisation de la fonction achat ont été retenues : une organisation déconcentrée dotée de référents acheteurs généralistes dans les établissements parties et une organisation centralisée autour de la direction des achats du GHT. 85 % des GHT de l'échantillon ont choisi un modèle déconcentré. Dans ce modèle largement majoritaire, le référent achat est chargé de définir l'expression préalable des besoins spécifiques de son établissement et est responsable de la bonne exécution du marché. Pour les opérations spécifiques le référent achat bénéficie, la plupart du temps, d'une délégation de signature de la part de l'établissement support limitée aux missions qu'il est tenu d'accomplir en sa qualité de référent.

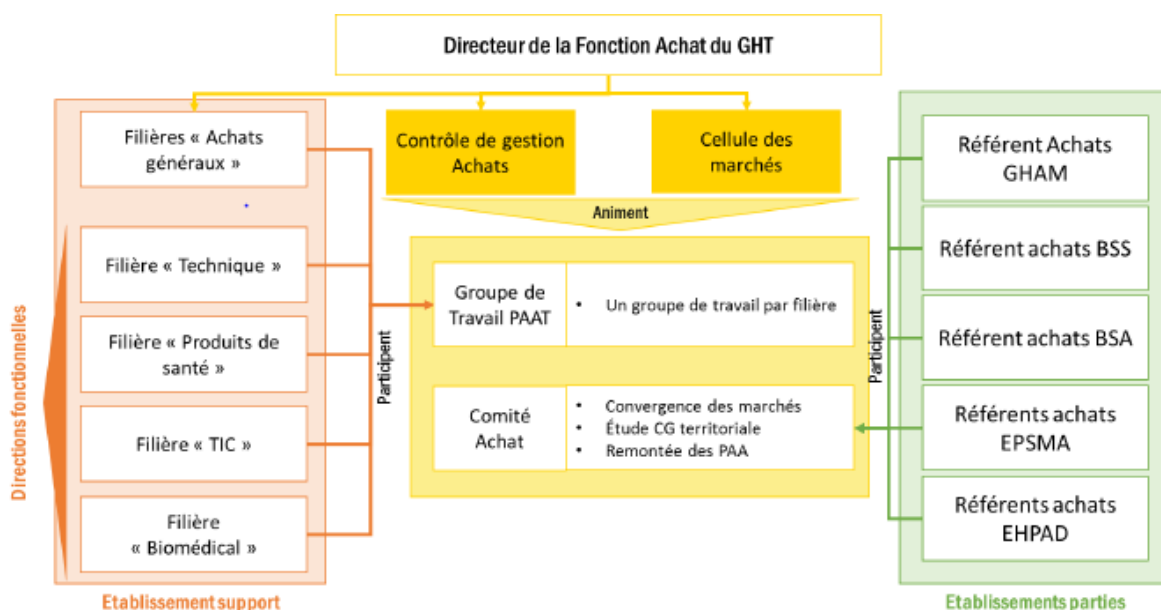
²⁹⁴ DGOS, programme Phare, points de situation et perspectives de la fonction achat hospitalière, mi 2019.

²⁹⁵ C. Dagorn, D. Giorgi, A. Meunier, *Bilan d'étape des GHT*, décembre 2019.

²⁹⁶ 115 GHT sur les 121 GHT ayant répondu à l'enquête de l'IGAS.

²⁹⁷ Comités achat, comités de coordination achat, comités de suivi de marchés, etc.

Schéma n° 1 : modèle de gouvernance de la fonction achat



Source : GHT Aube et Sézanne

Ce dispositif est complété par des acheteurs « référents de famille de produits²⁹⁸ » dans la très grande majorité des GHT²⁹⁹. Les acheteurs référents famille agissent en collaboration avec la cellule de gestion des achats. Ce référent s'appuie en général sur un groupe d'experts constitué de professionnels de la thématique au sein des établissements du GHT. Ce référent sera chargé de la rédaction du marché et de l'analyse des offres en lien avec l'expert technique. Le GHT Limousin a ainsi défini douze familles de produits, contre six en moyenne pour les autres GHT de l'échantillon.

B - La déclinaison de la fonction achat s'organise progressivement, mais doit être renforcée

1 - Des plans d'actions achat de territoire largement mis en œuvre

Selon le guide méthodologique de la fonction achat des GHT diffusé en mai 2017 par la DGOS, le plan d'actions achat de territoire (PAAT) est un document recensant l'ensemble des actions achat annuelles des différents établissements parties au GHT. Ce plan doit permettre de dégager une vision précise des politiques achat et des actions envisagées au sein du GHT. Il s'agit d'un plan opérationnel qui identifie des pistes d'améliorations relatives à la qualité, à la simplification des procédures et à la réalisation de gains sur les achats.

²⁹⁸ Exemples de familles de produits : produits de santé, travaux et maintenance, biomédical, achats hôteliers et généraux.

²⁹⁹ 91,7 % des GHT de l'échantillon (soit onze GHT sur le total des douze, puisqu'un GHT ne s'est pas exprimé).

Le pilotage de la fonction achat s'est progressivement organisé. En effet, la DGOS estime que près de 90 % des GHT ont élaboré fin 2018 un PAAT. Les entretiens menés par la Cour avec l'ensemble des ARS métropolitaines permettent de constater que l'ensemble des GHT disposent désormais d'un PAAT, à l'exception de la région Occitanie (93 % des GHT). Cependant, cette généralisation des PAAT ne renseigne pas sur la qualité de ces plans. Les ARS Nouvelle-Aquitaine et Occitanie reconnaissent en effet que le degré d'exhaustivité de ces plans d'actions varie d'un GHT à l'autre. Pour objectiver le degré de maturité des PAAT, l'ARS réalise un suivi à travers la mise en place d'une grille d'analyse et l'instauration de critères de classements.

2 - La nécessité de renforcer la fonction de contrôle de gestion achat

L'arrivée de contrôleurs de gestion achat a permis de dynamiser les achats hospitaliers par la mise en place d'indicateurs : performance achat, analyse hors marché, cartographie achat, part de mutualisation, etc. Les principales missions d'un contrôle de gestion achat sont relatives à la normalisation méthodologique des acheteurs du GHT (calcul des gains, calcul des coûts complets de processus) ; à la production de tableaux de bord et d'états consolidés au titre des gains budgétaires ; au suivi de la performance achat ; à diverses missions d'expertise et d'accompagnement opérationnel (gains spécifique sur un segment d'achat, analyse de coûts).

Néanmoins cette fonction, qui semble importante pour réaliser des gains d'efficience, reste peu développée. En effet, la DGOS estime que seuls 50 % des GHT ont mis en place une fonction de contrôle de gestion à fin 2019. Les travaux menés par la Cour confirment cette tendance : 62 % des GHT de l'échantillon ont mis en place une structure de contrôle de gestion avec un contrôleur de gestion achat à temps plein ou à temps partiel.

C - Une politique achat insuffisamment mise en œuvre

1 - Une convergence des marchés qui reste à réaliser

La politique achat s'articule autour de divers axes relatifs à la qualité, aux délais, à la sécurité juridique, à l'optimisation de la performance économique. Dans ce cadre, la DGOS estime que 50 % des GHT³⁰⁰ ont élaboré une politique achat. La convergence des marchés des établissements du GHT, pour chaque famille d'achats, s'inscrit sur un axe de performance économique. Pour assurer cette convergence, il est nécessaire de gérer la synchronisation des dates de renouvellement des marchés et, d'une façon générale, une forte coordination entre établissements et la mise en place d'un processus solide de planification, qui fait défaut à ce stade. La DGOS recommande de viser une échéance cible de convergence des marchés au 31 décembre 2020, mais les GHT rencontrés n'ont que très peu avancé sur cette convergence et il est peu probable que le calendrier soit respecté, la crise sanitaire ayant aggravé cette situation.

³⁰⁰ *Ibid.*

2 - La politique achat des GHT et la sécurisation renforcée des marchés publics

La mise en place de la fonction achat au sein des GHT a apporté une sécurité juridique accrue dans la passation des marchés publics. Ainsi, 94 % des GHT ont achevé le processus de remontée et consolidation des besoins et 71 % ont organisé la production des documents de consultation. De même, 86 % des GHT ont planifié leurs marchés et ont mis en place un contrôle juridique des marchés. Au total, 67 % des GHT ont structuré une cellule juridique des marchés³⁰¹. L'enquête menée par la Cour confirme les constats établis par la DGOS. Ainsi 62 % des GHT de l'échantillon ont formalisé les règles de passation des marchés dans le cadre de procédures et de référentiels (définition des seuils, guide de la négociation, etc.) pour faciliter, harmoniser et sécuriser juridiquement l'activité des acheteurs.

En outre, certains GHT utilisent des outils renforçant la sécurité juridique des marchés. Par exemple, le GHT Lille Métropole Flandre intérieure (LMFI) a instauré des règles de contrôle de la régularité juridique des procédures pour sécuriser les dispositions de la commande publique : un outil d'aide à la rédaction des pièces administratives, paramétré au regard des règles définies par le GHT, a été déployé pour toutes les procédures depuis le 1^{er} janvier 2019.

D - La mise en place des GHT n'a pas entraîné de gains budgétaires

1 - Une dépense budgétaire qui s'accroît

La mise en place des GHT n'a pas abouti aux gains attendus en matière de dépenses à caractère médical³⁰² ou de dépenses à caractère général et hôtelier³⁰³. Ainsi, les dépenses à caractère général et hôtelier ont augmenté entre 2015 et 2018 de 9,8 % pour la moyenne des établissements métropolitains, une fois neutralisés les effets d'évolutions de prix et d'activité, soit une croissance de 563,1 M€. Ces évolutions apparaissent cependant très hétérogènes. Par exemple, les dépenses agrégées de titre 3 (fonctionnement) des GHT de Bourgogne Franche-Comté ont augmenté de 3,3 %, alors que cette évolution est de +21,5 % dans le Grand Est.

Les dépenses à caractère médical ont augmenté de 10,2 %, ce qui représente un montant de +1,1 Md€ de dépenses supplémentaires entre 2015 et 2018. Néanmoins ces évolutions doivent être fortement nuancées par l'évolution du prix de certains médicaments. En effet, il existe un surcoût important lié aux nouveaux traitements anticancéreux et aux traitements innovants (thérapies ciblées, immunothérapie...), qui est évalué sur ces traitements à 1 à 1,2 Md€ par an³⁰⁴. Dans ce contexte, il est difficile de tirer des conclusions définitives de ces éléments.

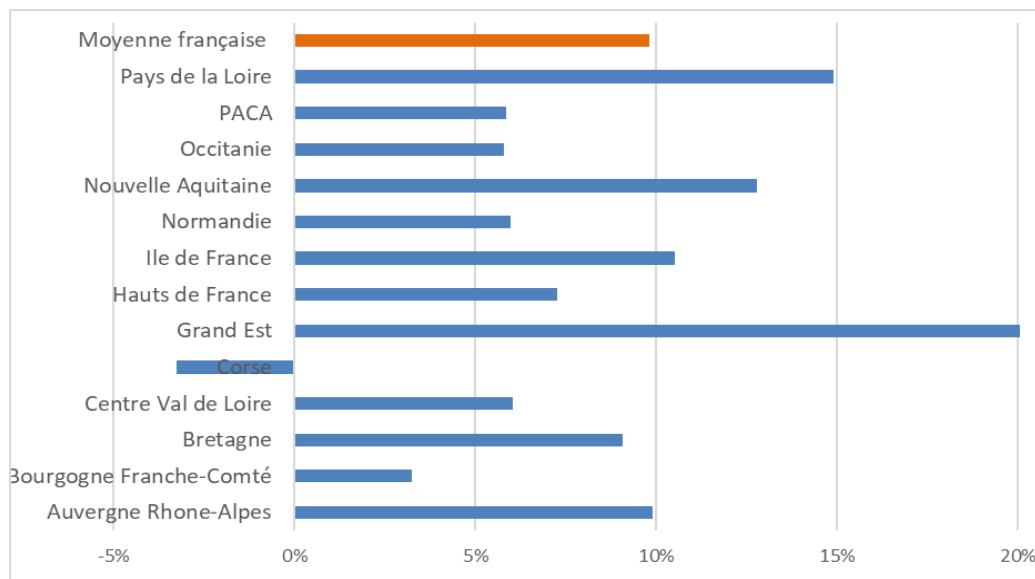
³⁰¹ DGOS, programme Phare, points de situation et perspectives de la fonction achat hospitalière, mi 2019.

³⁰² Les dépenses de titre 2 concernent les « dépenses à caractère médical » et comprennent par exemple les médicaments (dont les « molécules onéreuses » utilisées en cancérologie) et les dispositifs médicaux implantables.

³⁰³ Les dépenses de titre 3 concernent les « dépenses à caractère général et hôtelier » et comprennent par exemple les dépenses d'énergie, les primes d'assurance, l'entretien des biens immobiliers et maintenances...

³⁰⁴ Institut Curie, observatoire cancer, viaivoice 2017.

Graphique n° 12 : taux d'évolution des dépenses de titre 3 (fonctionnement) corrigé des évolutions d'activités et de prix



Source : Cour des comptes

2 - Des gains achats qui s'améliorent

Afin de chiffrer les gains réalisés dans le cadre du programme Phare, la DGOS applique la méthode dite « des gains achats », visant à mesurer la performance des achats hospitaliers par le biais d'un indicateur spécifique. Ces gains quantifient le travail réalisé par les acheteurs et les prescripteurs et peuvent être dégagés soit par une baisse du prix historique à la suite d'une consultation, soit par une baisse du prix par rapport au premier devis présenté par le fournisseur à la suite d'une négociation, soit par une limitation d'augmentation des coûts lors d'une révision annuelle des prix, etc. La DGOS, à la suite d'une recommandation de la Cour des comptes³⁰⁵, a fait évoluer ces méthodes, notamment en intégrant dans leurs calculs deux composantes supplémentaires liées aux pertes achats et recettes achats³⁰⁶.

Néanmoins cette méthode est très éloignée d'une méthode visant à mesurer les gains budgétaires. En effet, il n'y a pas de corrélation systématique entre les gains achats et les économies budgétaires effectives. Les difficultés de mesure des résultats des dynamiques achats, identifiées dès le début de la démarche, à savoir la différence entre les gains achats – théoriques et difficilement contrôlables – et les gains budgétaires – tangibles – ne sont toujours pas résolues.

³⁰⁵ Cour des comptes, *Les achats hospitaliers*, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, juin 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

³⁰⁶ Note d'information n° DGOS/PF1/2019/183 du 2 août 2019 relative à la méthodologie de calcul de la performance achat.

Ainsi la Cour réitère sa recommandation concernant la nécessité de mettre en place dans les GHT, en complément de l'indicateur « gain d'achats », des indicateurs de mesure de la performance de l'achat hospitalier à partir de données budgétaires et comptables fiables.

II - La mise en œuvre inaboutie d'un système d'information hospitalier convergent à l'échelle d'un GHT

A - Des systèmes d'information hétérogènes et peu déployés

1 - L'objectif d'un système d'information hospitalier convergent

Le système d'information hospitalier (SIH) a longtemps été un édifice complexe et spécifique à chaque établissement : le parc applicatif d'un établissement était en général divers et hétérogène et se caractérisait par des lourdeurs de gestion et des échanges de données limités, nuisant parfois à la qualité de la prise en charge. Le SI d'un établissement de santé est ainsi construit à partir de 40 à 350 briques applicatives majoritairement préfabriquées (progiciels) qui communiquent difficilement entre elles³⁰⁷. Un constat similaire a été établi en 2016 par la Cour³⁰⁸.

Pour pallier ces difficultés, l'article L. 6132-3.-I. du code de la santé publique prévoit que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement [...] la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement* ».

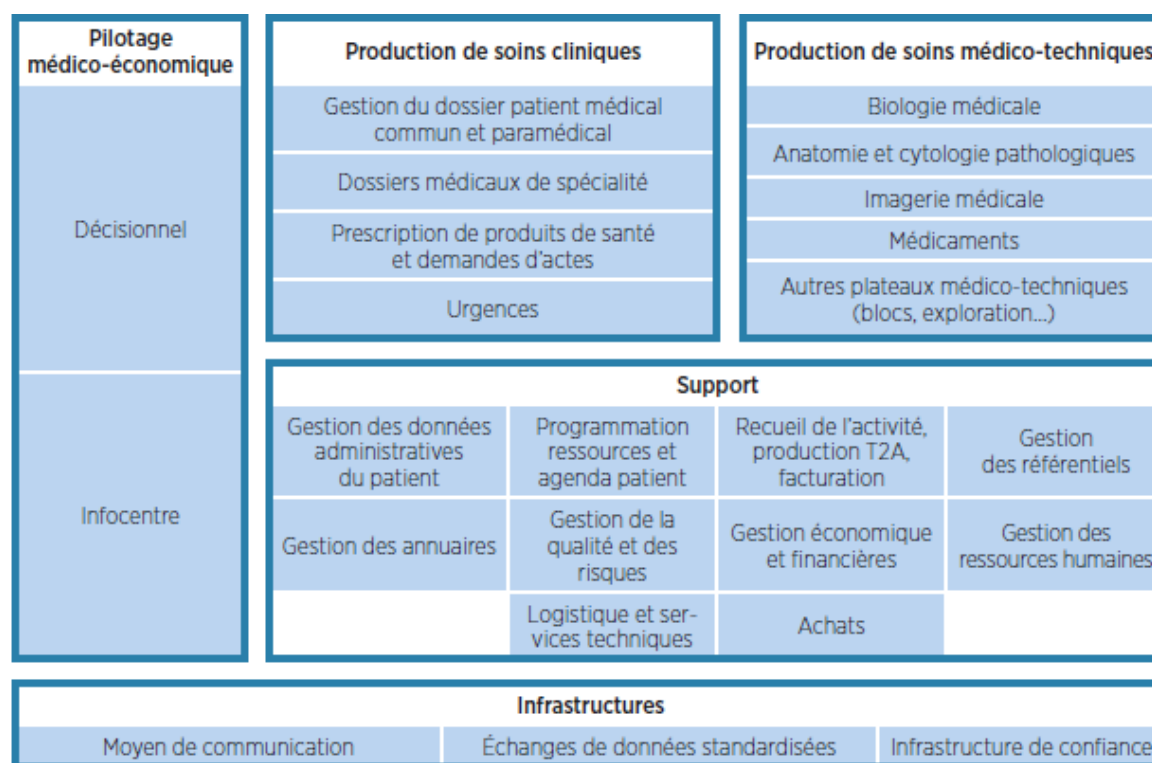
Ainsi, lors de la rédaction du décret, le terme de système d'information convergent a remplacé le terme de système d'information unique, afin de prendre en compte la démarche progressive d'homogénéisation des SIH vers un système convergent à l'échelle du GHT.

Le guide méthodologique de la DGOS de juillet 2016 diffusé aux établissements de santé et intitulé *Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT* définit le périmètre d'un SIH. Ce dernier comprend cinq grands domaines fonctionnels que sont la production de soins cliniques, la production de soins médico-techniques, le pilotage médico-économique, le support et l'infrastructure. Dans ce cadre, le système d'information convergent comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels (principalement avec la mise en place du dossier patient informatisé) et les établissements parties au groupement utilisent un identifiant unique commun pour chaque patient.

³⁰⁷ DGOS, *Guide méthodologique stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT*, juillet 2016.

³⁰⁸ Cf. Voir Cour des comptes, « La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer », in *La Sécurité sociale*, septembre 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Schéma n° 2 : périmètre fonctionnel d'un SI hospitalier



Source : DGOS

Face à la complexité de ce déploiement, un appui opérationnel à la mise en place des SIH convergents a été mis en œuvre à travers divers outils : réunion des directeurs du système d'information (DSI) de GHT deux fois par an organisée par les ARS et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip Santé), mise en place d'un réseau de DSI régional, création d'un guichet de support et d'orientation accessible en ligne (documentation), création d'un appui à la définition du schéma directeur des SIH (géré par le Resah³⁰⁹), définition de formations spécifiques pour faciliter l'appropriation de nouvelles compétences.

2 - La grande hétérogénéité des dossiers patients informatisés

Les SIH se caractérisent par une très grande hétérogénéité des dossiers patients informatisés (DPI)³¹⁰. À titre d'illustration, au sein du GHT Lille Métropole Flandre intérieure (LMFI), il existe cinq DPI différents sur les dix établissements parties au GHT. De même, le GHT Centre Franche-Comté dispose à ce stade de cinq DPI différents.

³⁰⁹ Le Resah est un groupement d'intérêt public (GIP) dont l'objectif est d'appuyer la mutualisation et la professionnalisation des achats du secteur de la santé, public et privé non lucratif.

³¹⁰ Le DPI rassemble l'ensemble des informations au format numérique concernant la santé d'un patient, détenues par l'établissement de santé l'ayant pris en charge, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

L'ambition de convergence prévue à l'article L. 6132-3.-I du code de la santé publique a été fréquemment limitée à une logique d'interopérabilité des applications. Ainsi, seuls 45 % des GHT vont déployer une solution de DPI unique. Dans le même temps 35 % des GHT ont opté pour une plateforme de partage de données médicales, qui n'est pas considérée par l'Asip Santé comme une démarche de convergence³¹¹. En outre, au cours de l'instruction il est apparu que nombre de DPI d'un GHT ne sont pas interopérables avec les DPI des GHT voisins ou du périmètre régional. De même, un nombre important de DPI des GHT ne sont pas interopérables avec le DPI du CHU de recours, en situation de prendre en charge un patient dans le cadre d'une gradation de soins organisée.

Face à ces constats, les GHT rencontrés ont unanimement mis en avant les moyens insuffisants nécessaires à l'acquisition des logiciels communs (principalement DPI) ainsi que la difficulté technique d'arrêter un choix de logiciel unique, notamment lorsque la taille du GHT est importante. Dans ce cadre, le DPI unique est souvent remplacé par des logiques de DPI interopérables rendant le processus plus complexe et moins lisible pour les soignants.

C'est le cas par exemple pour les GHT des Pays de la Loire, où seul un GHT a fait le choix de retenir un DPI unique, les autres retenant une solution d'interopérabilité. De même, le GHT du Limousin a écarté « *par pragmatisme et réalisme financier* » un DPI unique à l'échelle du GHT, qui aurait constitué un changement complet des DPI des CH et/ou du CHU. En lieu et place, le GHT a opté pour un système d'interopérabilité avec une plateforme de rapprochement d'identité et un entrepôt de données. Cette convergence du système d'information au sein du GHT et l'ouverture à la médecine de ville correspondent à une stratégie de cibles fonctionnelles et de nouveaux usages que souhaite privilégier le GHT au détriment d'une refonte complète des DPI entre CH.

La mesure n° 9 du « Ségur de la santé » prévoit d'identifier 19 Md€ d'investissements nouveaux dans le système de santé, dont 1,4 Md€ sur trois ans dans le système numérique appliqué à la santé, en complément du programme HOP'EN (cf. *infra*). La convergence du système d'information des GHT devrait être identifiée comme un projet prioritaire au titre de cette mesure, du fait de son caractère structurant pour l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire, en médecine de ville comme à l'hôpital.

B - Des budgets alloués aux SIH qui paraissent insuffisants

Dans l'état actuel, l'offre commerciale en matière logicielle reste inadaptée aux GHT. De plus, les GHT rencontrés ont unanimement fait état de contraintes financières liées à l'hébergement des données de santé et à la convergence des SIH, qui génèrent des coûts de remplacement des logiciels existants, des coûts d'hébergement, des coûts de sécurité et de fiabilité, notamment pour les plus petits établissements. Les incidences financières du déploiement d'un SIH au sein d'un GHT sont importantes et sont parfois difficiles à évaluer par les établissements. Compte tenu des éléments recueillis par la Cour auprès des établissements rencontrés, ce coût s'élèverait au plan national à plus de 1,15 Md€³¹².

³¹¹ Source : Asip Santé, 5^{ème} sous-commission SI du plan d'accompagnement GHT, avril 2019.

³¹² Soit le cout moyen total des projets SIH estimé × nombre de GHT, soit 8,49 M€ × 136.

Le GHT Limousin estime que ce coût s'élève *a minima* à 11,6 M€, alors que ce groupement devrait bénéficier d'une aide à hauteur de 5 M€ dans le cadre du plan ministériel HOP'EN (cf. encadré ci-après), soit un écart de 6,6 M€ non financés. La mise en place de la convergence du SIH pour le GHT 94-Nord a un impact financier en investissement de l'ordre de 3 M€ sur cinq ans (pour une surface financière annuelle de 198,8 M€ en 2018), ce qui représente 1,5 % du total. Par ailleurs, le coût de la convergence SI du GHT du Cher a été estimé à un montant compris entre 8 et 8,5 M€ sur 10 ans. Ce GHT devrait bénéficier de financements à hauteur de 2,3 M€, ce qui représente un écart de dépenses non financées de 6 M€. On retrouve cette tendance au niveau national puisque l'enveloppe HOP'EN ne couvre que 36,4 % des besoins³¹³ totaux pour le déploiement des SIH convergents des GHT. L'ARS Bourgogne Franche-Comté reconnaît un sous-financement dans les systèmes d'information en santé, et remarque que les GHT formulent des demandes récurrentes d'accompagnement financier en sus des financements nationaux HOP'EN. De même, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes estime que tous les coûts n'ont pas encore été rassemblés par les GHT et regrette que le seul vecteur de financement soit la candidature au programme HOP'EN.

Au total, la part des charges d'exploitation allouée aux systèmes d'information hospitaliers représente en 2017 1,6 % du total des charges d'exploitation des établissements publics. Pour faire face à la nécessaire mise en place du SIH, la part allouée aux SI pourrait être portée à 2 % du total des charges, ce qui représente un effort à périmètre constant pour l'ensemble des établissements à hauteur de 250 M€³¹⁴, et ce en complément des crédits reçus dans le cadre du programme HOP'EN.

En outre, la DGOS reconnaît que le coût des achats et de déploiement des logiciels, ainsi que les coûts d'infrastructures (réseau, hébergement des données), sont très supérieurs aux financements « leviers » mobilisés dans le cadre du plan HOP'EN. Pour atteindre les objectifs de convergence, il semble opportun de renforcer les montants alloués au financement des SIH pour tendre vers le besoin total estimé de 1,15 Md€.

Le programme HOP'EN

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) et du dispositif « Ma santé 2022 », la DGOS a lancé le programme HOP'EN (« hôpital numérique ouvert sur son environnement »)³¹⁵. Ce dernier constitue la nouvelle feuille de route nationale des SIH pour cinq ans (2018-2022). Ce programme, piloté par la DGOS, doit permettre à fin 2022 de moderniser les systèmes d'information (cybersécurité, dossier patient, prescriptions, etc.) et de promouvoir et sécuriser les échanges entre l'hôpital, ses partenaires et ses usagers, à travers le partage de données dans le cadre du DMP, du ROR³¹⁶ et de la messagerie sécurisée en santé. De plus, ce programme ambitionne que 100 % des établissements, à cette échéance, puissent communiquer et échanger ces données.

³¹³ 420 M€ (montant accompagnement HOP'EN) ramenés au total nécessaire estimé de 1,154 Md€, soit 36,4 %.

³¹⁴ Le total des charges d'exploitation 2017 des établissements publics s'élevait à 54,64 Md€ et les charges d'exploitation SIH à 0,8474 Md€ (représentant 1,56 % du total).

³¹⁵ Instruction ministérielle DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN.

³¹⁶ Le répertoire opérationnel des ressources – ROR – est l'outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région, qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extra-régionale.

Dans ce cadre, le programme HOP'EN a défini sept domaines fonctionnels prioritaires : partager les résultats d'imagerie, de biologie ; développer le dossier patient informatisé et interopérable et le DMP ; informatiser la prescription alimentant le plan de soins ; partager l'agenda patient ; piloter son activité médico-économique ; communiquer et échanger avec les partenaires ; mettre à disposition des services en ligne aux usagers et aux patients.

Ce programme est doté d'un financement à hauteur de 420 M€ sur cinq ans. Il a été délégué aux ARS, qui élaborent leur propre feuille de route régionale et sont responsables de la sélection et de l'instruction des dossiers, selon les règles édictées par le niveau national. Ce montant s'avère insuffisant (cf. *supra*) pour réaliser le nécessaire déploiement d'applicatifs uniques au sein des établissements membres de GHT. En 2019, la DGOS a délégué dans le cadre d'une programmation pluriannuelle 40 M€, qui correspondent à la première phase, dite « d'amorçage ». En 2020, 45 M€ en 2020 sont prévus au titre de la phase dite « d'usage » et 20 M€ pour continuer la phase « d'amorçage ». À la fin de l'année 2020, la DGOS aura ainsi notifié 105 M€ de crédits, soit 25 % de l'enveloppe.

En outre, consciente de l'insuffisant déploiement de la convergence dans les établissements de santé et de la préférence accordée dans un nombre significatif de cas (cf. *supra*) à l'interopérabilité, la DGOS conditionne ces financements à la mise en place d'une stratégie de convergence et donc au déploiement d'un nouvel applicatif unique. De plus, la DGOS verse les crédits à l'établissement support qui porte les financements SI pour le GHT avant de les répartir vers les établissements parties.

En complément, la DGOS a réalisé, à travers une instruction du 6 septembre 2019, un appel à projet pour la mise en œuvre de la convergence des SIH des GHT doté de 14 M€, articulé autour de diverses thématiques : mise en place d'un socle technologique commun (gestion d'infrastructures communes : réseaux, téléphonies, serveurs...) et outillage des fonctions support mises en commun (GRH médicale et gestion administrative du patient). Enfin, l'accompagnement de la DGOS, au titre des systèmes d'information, comporte également des guides et outils, des appuis opérationnels et des retours d'expérience proposés par l'Anap et par l'Asip santé sur des thématiques variées, ainsi qu'une offre de formations organisées par l'ANFH, dont les coûts sont intégralement pris en charge sur les fonds mutualisés nationaux.

C - Des schémas directeurs du système d'information mis en place dans la quasi-totalité des GHT mais qui restent à déployer

L'article R. 6132-15 du code de la santé publique prévoit la mise en œuvre « *d'un schéma directeur du système d'information du GHT, conformément aux objectifs du PMP* ». La mise en œuvre du schéma directeur du système d'information (SDSI) devait être effective au plus tard le 1^{er} janvier 2018³¹⁷. Ce schéma, qui décline la stratégie médicale partagée, doit permettre, entre autres, de réaliser une cartographie des applicatifs et des techniques existants, et de déterminer la trajectoire de convergence des SIH. Ces schémas directeurs sont désormais rédigés et validés dans la quasi-totalité des GHT. Certains GHT complètent désormais la version initiale de leur SDSI en y ajoutant par exemple l'articulation avec des plateformes régionales : c'est le cas en région Hauts-de-France.

Le tableau (cf. annexe n° 5) qui recense l'état de validation des SDSI et le niveau de déploiement de ces derniers, fait apparaître un faible taux de réponses (moins de la moitié). Celui-ci s'explique principalement par les difficultés pour les ARS de récupérer les informations notamment en raison d'un nombre d'applicatifs souvent très important et très hétérogène dans les établissements et GHT. Pour les critères renseignés, le taux de déploiement des projets SIH est plutôt faible, autour de 30 %. Il s'agit, par exemple, d'un taux de

³¹⁷ DGOS, *FAQ sur la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un SIH convergent*.

déploiement des projets SIH de 22 % pour les GHT des Hauts-de-France et de 28 % pour les groupements hospitaliers de la région Bretagne. La région Corse fait exception, avec un taux de déploiement des projets SIH important. En effet, les deux GHT ont pour objectif commun de se doter d'un seul système d'information convergent.

III - La réforme des autorisations sanitaires et de l'hôpital de proximité doit redessiner la carte hospitalière

Les GHT disposant d'une unité managériale présentent un niveau d'intégration plus poussé : les actions prévues s'avèrent plus ambitieuses et les objectifs assignés par la loi semblent davantage susceptibles d'être atteints. Cependant la définition d'ensembles hospitaliers de plus grande dimension³¹⁸ ne doit pas se traduire par une perte de la proximité avec les équipes médico-soignantes, les patients et leurs familles, la médecine libérale, le secteur médico-social et les élus. Pour ce faire, trois leviers sont à mobiliser : les autorisations sanitaires, l'hôpital de proximité et le régime juridique des GHT.

A - Les autorisations sanitaires doivent rester un levier central du pilotage de l'offre de soins dans les territoires

Les autorisations sanitaires³¹⁹ constituent le principal outil permettant de structurer l'offre de soins sur le territoire et d'en garantir la cohérence au regard des orientations du schéma régional de santé (SRS). Initiée avec la loi du 26 janvier 2016, la réforme du régime juridique des autorisations sanitaires devrait s'étendre jusqu'en 2022.

1 - Un régime juridique en cours de redéfinition

L'article 204 de la loi santé du 26 janvier 2016³²⁰ habilite le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance pour « *moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML), les régimes des visites de conformité, [...] afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé, intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation* »³²¹. L'ordonnance du

³¹⁸ Il n'est cependant pas possible d'assimiler les GHT à des formes de nouvelles « AP-HP régionales ». En effet, le nombre d'établissements sanitaires qui composent un GHT (4 en moyenne) est sans rapport avec les 39 établissements de l'AP-HP. Il en est de même pour l'ensemble des autres critères venant impacter l'organisation des soins (nombre de lits, effectifs, population couverte, densité de population, etc.).

³¹⁹ Le régime juridique des autorisations sanitaires correspond aux chapitres du code de la santé publique relatifs aux autorisations administratives délivrées par l'État afin de permettre, sur une implantation donnée et pour une durée déterminée, l'exercice d'une des 18 activités de soins ou l'exploitation d'un des cinq équipements matériels lourds dont les listes sont fixées par voie réglementaire.

³²⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³²¹ Le Gouvernement disposait ainsi de deux ans pour réformer le droit des autorisations sanitaires, et plus précisément jusqu'au 28 janvier 2018.

3 janvier 2018³²², complétée par le décret du 19 février 2018³²³, a procédé à cette simplification³²⁴. Cependant, l'apport majeur de ces textes consiste à moderniser le régime d'autorisation en introduisant de nouveaux critères qualitatifs comme conditions d'autorisation³²⁵. Parmi ces critères figurent les résultats obtenus par l'établissement en matière de certification par la HAS, l'accessibilité aux soins dans toutes ses dimensions, les exigences de permanence et de continuité des soins et le respect des recommandations de bonnes pratiques.

L'article 36 de la loi du 24 juillet 2019³²⁶ autorise à nouveau le Gouvernement à recourir aux ordonnances afin de « *renforcer la prise en compte des exigences de qualité et de technicité des soins dans les conditions d'autorisation des différentes activités, pour organiser une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation des soins, et pour étendre le champ des activités de soins soumises à autorisation*³²⁷ ». De plus, l'article 18 de ce texte crée, aux côtés des équipes de soins primaires instituées en 2016, des équipes de soins spécialisées, composées de professionnels de santé autour d'un ou plusieurs médecins spécialistes avec pour objectif de coordonner l'action de leurs membres avec les acteurs du territoire sur la base d'un projet de santé. La création des équipes de soins spécialisées est la traduction juridique des équipes médicales de territoire³²⁸. Selon la DGOS, il n'est pas prévu à ce jour que ces équipes, non dotées de la personnalité morale, puissent détenir une autorisation sanitaire de façon autonome. Ainsi ces équipes de soins spécialisées constitueraient un outil d'organisation territoriale des soins, au même titre que les pôles inter-établissements ou les plateaux mutualisés d'imagerie médicale³²⁹.

En parallèle, la question des conditions techniques de fonctionnement des activités de soins (de nature réglementaire³³⁰) reste non abordée par ces différentes réformes, alors même que ces dispositions ont un caractère structurant au plan territorial. C'est la raison pour laquelle la DGOS a lancé depuis fin 2017 plusieurs groupes de travail par spécialités³³¹, afin de réviser les conditions d'implantations et les conditions techniques de fonctionnement spécifiques à

³²² Ordonnance n° 2018-4 du 3 janvier 2018 relative à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds.

³²³ Décret n° 2018-117 du 19 février 2018 relatif à la simplification et à la modernisation des régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds.

³²⁴ Les principales mesures de simplification portent sur le fait que les autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds sont désormais délivrées pour sept ans par l'ARS, les visites de conformité deviennent facultatives, et une procédure spécifique d'autorisation en cas de menace sanitaire grave, dérogatoire au droit commun, est créée.

³²⁵ Article L. 6122-2 et article R. 6122-34 du code de la santé publique.

³²⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

³²⁷ Les ordonnances sont à prendre avant le 26 janvier 2021.

³²⁸ Étude d'impact du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

³²⁹ Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'ARS peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale. L'autorisation est accordée après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) (Art. L. 6122-15 du code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26/1/2016).

³³⁰ Les articles L. 6123-1 et L. 6124-1 du code de la santé publique impliquent respectivement que « *les conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds [...] [soient] fixées par décret en Conseil d'État* » et qu'il en va de même pour les conditions techniques de fonctionnement, mais par décret simple.

³³¹ Activités interventionnelles, imagerie, urgences, oncologie, chirurgie, périnatalité, soins de suite et de réadaptation (SSR), soins critiques, dialyse, assistance médicale à la procréation, greffes, génétique, psychiatrie, médecine nucléaire et grands brûlés.

chaque activité de soins et équipement matériel lourd. Le chantier a pour objectif d'adapter ces différentes dispositions aux innovations, notamment technologiques, aux objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et aux enjeux territoriaux. Ainsi, une quinzaine de décrets devraient être publiés avant 2022. Parmi les pistes déjà évoquées, la DGOS a dévoilé la création possible d'un échelon national pour certaines activités rares, ou encore l'éventuelle suppression des autorisations par appareil pour l'imagerie afin d'envisager une approche plus globale.

2 - Un impact potentiellement fort sur l'offre de soins et les GHT

Selon la DGOS, plusieurs éléments pourraient avoir un effet significatif sur la restructuration de l'offre de soins :

- l'obligation pour tout établissement membre d'un GHT de disposer d'un avis conforme du comité stratégique du GHT avant le dépôt d'une demande d'autorisation sanitaire nouvelle. Ceci permettrait d'éviter aux ARS d'octroyer aux établissements des autorisations créant une concurrence intra-GHT, non conforme aux orientations du PMP et dans l'ignorance générale des autres membres du GHT³³². Si ce « verrou » réglementaire permet de garantir un minimum de dialogue au sein d'un GHT, il constitue également une forme d'aveu que le fonctionnement d'un GHT basé sur une addition de personnes morales, peut faire apparaître des dissonances sur le plan stratégique et plaide en faveur *a minima* d'une unité managériale du GHT voire à l'émergence d'une personne morale unique ;
- le renforcement des conditions techniques de fonctionnement, au travers notamment d'un relèvement significatif des seuils minimaux d'activité pour être autorisés à pratiquer une activité de soins³³³ ;
- l'introduction de nouveaux seuils minimaux dans des activités autrefois non concernées par des seuils (par exemple : chirurgie bariatrique) ;
- une segmentation plus fine des activités d'ores et déjà soumises à seuil, par le biais d'un lien plus fort entre autorisation et chirurgie d'organe³³⁴ ;
- l'application de la possibilité offerte aux ARS d'autoriser occasionnellement les hôpitaux de proximité à pratiquer certains actes de chirurgie, aux termes de l'article 35 de loi du 24 janvier 2019³³⁵. Ce point justifie à lui seul le rattachement systématique d'un hôpital de proximité à un GHT, afin que ces activités soient développées dans un cadre gradué et cohérent pour l'ensemble des acteurs.

³³² Au cours de l'année 2019, cette situation s'est produite deux fois concernant des implantations de scanner.

³³³ Ce serait notamment le cas en chirurgie des cancers et dans les activités interventionnelles en cardiologie et neuro-radiologie.

³³⁴ Ainsi, la chirurgie digestive des cancers se verrait désormais autorisée sous une délimitation anatomique plus précise (chirurgie du cancer pancréatique, de l'œsophage, etc.).

³³⁵ À titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'ARS, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés prévus sur une liste limitative des actes pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

Face à un paysage juridique en forte évolution, il est impossible de tirer des conclusions définitives. Néanmoins, la combinaison de ces différents textes, publiés ou à venir, laisse supposer que le renforcement des conditions techniques de fonctionnement, et notamment le relèvement des seuils, pourrait conduire à une restructuration de l'offre de soins en matière de chirurgie et d'activités interventionnelles. Un nombre significatif d'établissements MCO membres de GHT se verraient alors privés d'une partie de leurs activités opératoires ou interventionnelles en devenant des hôpitaux de proximité. C'est ainsi qu'entre 500 et 600 hôpitaux de proximité seraient identifiés sur le territoire³³⁶, après publication de l'ordonnance attendue dans le cadre de l'article 35 de la loi de juillet 2019. Ces orientations doivent cependant faire l'objet d'une confirmation par les textes à venir.

Au sein des GHT, les conséquences pour les établissements MCO pourraient être significatifs, notamment en termes de report d'activités et de capacité à projeter dans les hôpitaux de proximité des ressources médicales spécialisées, en appui de la médecine de ville, afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques. L'intégration des équipes médico-soignantes et administratives paraîtra dès lors indispensable afin que la gradation des soins puisse se faire de façon fluide et en particulier sans obstacle juridique lié au rattachement des personnels à un établissement et non un GHT, et sans obstacle financier lié à la question du rattachement des recettes et des dépenses aux établissements et non au GHT. Là encore, l'émergence d'une personne morale unique au sein du GHT permettrait de supprimer ces limites administratives.

B - L'émergence d'une personne morale unique au sein des GHT

L'émergence d'une personne morale unique au sein des GHT, intégrant l'ensemble des contraintes de proximité, de référence et de recours, constitue une mesure de simplification et de lisibilité qui est d'ores et déjà apparue nécessaire dans un certain nombre de territoires : le GHT Nord-Ardenne, le GHT Haute-Saône, le GHT Sud-Bretagne, le GHT 77 Nord, le GHT Nord-Essonne et le GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences ont en effet connu au cours des derniers mois une fusion juridique complète de leurs établissements sanitaires. D'autres projets sont en cours (le GHT Rance-Émeraude et le GHT de la Vienne fusionneront l'ensemble de leurs établissements MCO le 1^{er} janvier 2021). Ces fusions sont des processus longs³³⁷ et complexes. Ils s'appuient systématiquement sur une phase préalable de direction commune. 32 GHT sont en mesure dans les années à venir de connaître le même processus dans le cadre des directions communes d'ores et déjà installées pour l'ensemble des établissements MCO du GHT.

Le « sas préparatoire » que constitue la direction commune doit relever de la seule initiative de l'ARS, en lien avec les directions d'établissements et la communauté médicale. Pourtant aujourd'hui, le régime juridique de la direction commune paraît modeste (simple convention), d'initiative trop élargie (délibération des conseils de surveillance des établissements concernés) et fragile (une délibération contraire peut y mettre un terme). Cette fragilité conduit à des blocages contre-productifs pour l'offre de soins d'un territoire. À titre d'illustration, le conseil de surveillance du CH de Vendôme s'est opposé en 2018 à la mise en

³³⁶ Alors même que les hôpitaux locaux sont au nombre de 270 en 2019, d'après le recensement de l'association nationale des centres hospitaliers locaux.

³³⁷ À titre d'illustration, la décision de fusion des quatre établissements MCO du GHT Bretagne Sud a été prise en juin 2016 pour une mise en œuvre effective au 1^{er} janvier 2018.

place d'une direction commune avec le CH de Blois dans le cadre du GHT Loir-et-Cher. Une initiative pour la mise en œuvre d'une convention de direction commune avec le CH de Carcassonne dans le cadre du GHT Ouest-Audois a échoué, malgré les demandes formulées par l'ARS Occitanie. Jusqu'en 2018, les CH de Château-Thierry et de Soissons étaient en direction commune au sein du même GHT. Cette situation a été interrompue en 2018, à la suite d'une décision du conseil de surveillance du CH de Château-Thierry.

La notion de direction commune

La direction commune constitue, sur le plan juridique, un mécanisme statutaire qui permet de confier à un directeur la responsabilité et la conduite de deux structures publiques sanitaires et/ou médico-sociales³³⁸. En effet, les textes qui l'encadrent abordent la direction commune principalement sous l'angle de la gestion de carrière des directeurs concernés. Seul l'article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 apporte des précisions quant à la procédure de mise en place de la direction commune, qui se fait sur la base d'une délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance des établissements concernés, dans le cadre d'une convention à cet effet. Il peut, en outre, être créé dans les mêmes conditions une équipe de direction, pour partie ou dans son intégralité, commune aux établissements concernés. Enfin, la convention de direction commune peut être dénoncée par délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant cette direction commune. Les établissements concernés conservent leur autonomie juridique et les liaisons opérationnelles qui pourront se nouer entre eux devront s'appuyer sur les dispositifs juridiques existants.

Si la base juridique des directions commune existe, elle ne dit rien du mode de fonctionnement de la direction commune, et notamment sur la manière d'organiser la gouvernance de proximité, c'est-à-dire la présence d'un représentant de la direction au sein des établissements de petite taille placés en direction commune.

C - Garantir une réponse de proximité au sein des GHT

Dans le cadre de l'habilitation prévue à l'article 35 de la loi de 2019, une série d'ordonnances doit être prise avant le 23 janvier 2021 afin de définir le mode de gouvernance des hôpitaux de proximité³³⁹.

Pour les hôpitaux de proximité de statut public rattachés à des GHT de grande taille, les modalités de gouvernance pourraient être adaptées afin de prendre en compte la question de la proximité, c'est-à-dire le fonctionnement avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les élus et les usagers. Aujourd'hui, un nombre important d'hôpitaux de

³³⁸ Article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; articles 29 et 30 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ; articles 31 et 32 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière.

³³⁹ L'article 35 de la loi du 24 juillet 2019 autorise en effet le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance, dans les 18 mois, « toute mesure relevant du domaine de la loi visant à définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ».

proximité sont membres de GHT et placés sous une direction commune avec l'établissement support. Cette situation a pour avantage d'apporter de la cohérence entre la ligne stratégique portée par le PMP et sa déclinaison opérationnelle dans les établissements parties. Cependant, ce type de gouvernance peut se traduire par un éloignement important du centre de décision pour les professionnels libéraux, les agents hospitaliers et les élus. Un mode de gouvernance spécifique pourrait ainsi être prévu pour associer les acteurs à des prises de décisions au plus près des patients. À titre d'illustration, une plus forte participation des praticiens libéraux aux décisions directement en lien avec le parcours des patients pourrait être recherchée. Par ailleurs, l'installation systématique de directeurs d'hôpital délégués dans les hôpitaux de proximité, placés sous l'autorité du directeur du GHT mais investis par les textes de compétences spécifiques, permettrait de faire le lien entre les GHT et les acteurs locaux sans pour autant créer de dissonances avec la stratégie conduite par le groupement. Cette stratégie devrait être étendue à l'ensemble des établissements parties aux GHT, du fait des missions exercées au titre des activités de soins de proximité réalisées par l'ensemble des établissements de santé.

Par ailleurs, la loi de 2019 autorise des établissements privés à devenir hôpitaux de proximité. Dans ces conditions, ces hôpitaux ne seront pas membres d'un GHT, ce qui créera de fait une asymétrie pour les acteurs libéraux et les patients entre des hôpitaux de proximité intégrés ou non intégrés dans une filière de soins graduée au sein d'un même territoire. Cette difficulté pourrait être dépassée en intégrant tout établissement identifié comme hôpital de proximité dans un GHT sous le régime de l'association prévu à l'article 107 de la loi de 2016, lui permettant de conserver sa personnalité morale de droit privée ainsi que son mode de gouvernance autonome, tout en garantissant une gradation des soins cohérente sur le territoire.

La notion de responsabilité populationnelle

Apparue en 2003 au Québec³⁴⁰ et développée aux États-Unis à partir de 2008³⁴¹, la responsabilité populationnelle vise à rendre accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins de la population. Cette démarche vise également à assurer l'accompagnement des personnes et une action volontariste sur les déterminants de santé. Aux États-Unis, l'État rural du Vermont illustre le mieux la réussite de ce modèle³⁴² (cf. annexe n° 16).

La mise en œuvre d'une responsabilité populationnelle à l'échelle d'un territoire requiert une collaboration entre secteurs (ville, hôpital, médico-social et soins à domicile) et acteurs publics et privés. Elle nécessite préalablement de partager une vision commune de la réalité du besoin de santé du territoire, sur la base de données épidémiologiques partagées et par des démarches participatives avec la population.

³⁴⁰ Dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et confirmée en 2005 par la révision de la loi sur les services de santé et services sociaux.

³⁴¹ Le concept de « *Triple Aim* » a été développé par le Dr Donald Berwick (États-Unis) en 2008. Il est fondé sur une meilleure expérience pour le patient, une meilleure santé pour la population, au meilleur coût pour la société. Ce concept est devenu la clé de voûte du « *Patient Protection and Affordable Care Act* » (Obamacare) promulgué le 23 mars 2010.

³⁴² J. Hester, « *A balanced portfolio model for improving health: Concept and Vermont's experience* », *Health Affairs*, 37(4), 570-578, 2018.

Mais au-delà d'une politique de prévention qui s'adresse de façon indifférenciée à l'ensemble des publics, la responsabilité populationnelle permet la mise à disposition d'outils qui offrent une personnalisation de la prévention en santé. Ces outils sont des intérateurs à la fois de données issues des logiciels utilisés par les professionnels de santé et de données du quotidien (nombre de pas accomplis chaque jour, évolution du poids, valeurs biologiques représentatives de la stabilité d'une pathologie chronique, etc.). Ainsi, émergent des systèmes d'information dédiés, qui rassemblent les données disponibles et en restituent l'essentiel à tous les acteurs de la santé, soit un cercle plus large que celui des seuls professionnels de santé. Les médecins en charge de ces personnes ont accès à des informations issues de la compilation en quasi temps réel de multiples sources de données.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les fonctions support mutualisées sont en cours de déploiement et le bilan en apparaît contrasté. Si les achats de GHT ont été structurés et si la fonction achat se décline progressivement, d'importantes marges de progression demeurent. De plus, la réforme n'a pas entraîné à ce stade les gains budgétaires attendus. Par ailleurs, le déploiement d'un SIH convergent semble pour partie empêché, à la fois par la mise en œuvre de solutions applicatives interopérables, contrairement aux objectifs fixés par la loi, et par une insuffisance de financements.

Tant du point de vue des fonctions support que des activités de soins, l'unité managériale qu'apporte une direction commune au sein d'un GHT est source d'efficience dans la gestion administrative, permet de mieux valoriser le rôle des GHT auprès des élus et de favoriser la prise de décisions intégratives, cohérentes et compatibles avec les objectifs de la réforme. Cette voie doit être encouragée. Cependant, la mise en œuvre d'une direction commune devrait avoir pour vocation de préparer à moyen terme l'émergence d'une personne morale unique au sein des GHT, offrant aux patients du territoire, de manière graduée, les services de proximité, de référence et de recours.

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

6. mettre en œuvre de façon obligatoire des applications informatiques uniques et convergentes au sein de chaque GHT et les financements adaptés (DGOS, GHT) ;

7. mettre en place, à l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, des directions communes renforcées et encourager, là où c'est possible, les établissements membres d'un GHT à fusionner pour constituer une personne morale unique (DGOS, ARS) ;

8. afin de renforcer les liens de proximité au sein de chaque territoire, confier aux établissements de santé parties aux GHT, et notamment aux hôpitaux de proximité, la mise en œuvre de la stratégie du groupement au plus près des professionnels de santé, des élus et des besoins de la population (DGOS, ARS, GHT).

Conclusion générale

Quatre ans après leur mise en œuvre, le bilan des GHT paraît en demi-teinte. Si, incontestablement, cette réforme a renforcé la vision territoriale des acteurs et favorisé les échanges, elle n'a cependant pas abouti aux réorganisations nécessaires de l'hospitalisation publique. Les raisons qui empêchent aujourd'hui la réforme d'aller à son terme tiennent à la fois à des éléments exogènes aux GHT (comme la démographie médicale ou la logique d'établissement, qui perdure notamment sur le plan financier) et à des éléments propres (gouvernance inadaptée, découpage territorial hétérogène, absence de personnalité morale, secteur privé absent des activités non soumises à la concurrence).

Ainsi, les orientations retenues par les GHT privilégient majoritairement la réussite individuelle des établissements au détriment de celle, plus collective, du groupement, en incitant les établissements à déployer de façon indistincte l'accès à une offre de soins la plus large possible, sans disposer nécessairement du nombre de patients requis pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Or, le développement des maladies chroniques qui accompagne le vieillissement de la population vient remettre en cause la notion de soins de proximité : les épisodes d'hospitalisation ponctuelle de courte durée diminuent progressivement au profit d'un suivi multidisciplinaire au long cours et en proximité en lien avec les maladies chroniques.

Les GHT qui ont été en mesure de dépasser le cadre de cette réforme, par le jeu des fusions ou des directions communes, ont connu une évolution plus favorable, par le biais d'un processus intégratif des équipes hospitalières plus marqué. Ainsi, les GHT, rendus plus homogènes et plus agiles par une simplification de leur gouvernance, doivent constituer le cadre territorial de l'adaptation du système de santé à la transition épidémiologique liée aux maladies chroniques.

Liste des abréviations

Anap	Agence nationale d'appui à la performance
APHP	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAC	Centre d'accueil et de prise en charge de la crise (psychiatrie)
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CLS	Contrat local de santé
CMD.....	Catégorie majeure de diagnostic
CME	Commission médicale d'établissement
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNG	Centre national de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRBSP	Comité de la recherche biomédicale et de santé publique
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CSP	Code de la santé publique
DGF.....	Dotation globale de financement
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIM.....	Département d'information médicale
DMP	Dossier médical partagé
DMS.....	Durée moyenne de séjour
DPI.....	Dossier patient informatisé
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI.....	Direction des systèmes d'information
EML	Équipements matériels lourds
ENC.....	Échelle nationale des coûts
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Établissement public de santé
EPSM	Établissement public de santé mentale

EPSMS	Établissement public social et médico-social
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
Espic	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
Fehap	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital patient santé territoire (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009)
HC	Hospitalisation à temps complet
HP	Hospitalisation à temps partiel
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
LBM	Laboratoire de biologie médicale
LMFI	Lille-métropole Flandre intérieure (GHT)
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
OQN	Objectif quantifié national
PAAT	Plan d'actions achat de territoire
PDSES	Permanence des soins en établissements de santé
PIE	Pôle inter-établissement
PH	Praticien hospitalier
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PRS	Projet régional de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
T2A	Tarifification à l'activité
UNV	Unité neuro-vasculaire
USLD	Unité de soins de longue durée
Samu	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SDSI	Schéma directeur des systèmes d'information
SIH	Système d'information hospitalier
SIOS	Schéma interrégional de l'offre de soins

Smur	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS.....	Schéma régional de l'offre de soins
SRS.....	Schéma régional de santé
SSR.....	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
USLD	Unité de soins de longue durée

Annexes

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le président de la commission des affaires sociales du Sénat et le Premier président	130
Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées.....	133
Annexe n° 3 : répartition des GHT entre les régions.....	143
Annexe n° 4 : la situation financière des GHT	144
Annexe n° 5 : systèmes d'information hospitaliers	147
Annexe n° 6 : la fonction DIM de territoire	148
Annexe n° 7 : la fonction qualité au sein des GHT	150
Annexe n° 8 : la biologie médicale de territoire.....	153
Annexe n° 9 : analyse des projets médicaux partagés	155
Annexe n° 10 : les déterminants d'une intégration médicale poussée au sein d'un GHT.....	160
Annexe n° 11 : analyse de l'activité de soins des GHT	162
Annexe n° 12 : intensification des liens entre établissements membres des GHT	165
Annexe n° 13 : GHT et attractivité des patients	168
Annexe n° 14 : nature des activités de soins exercées par les établissements membres des GHT.....	173
Annexe n° 15 : concentration, qualité et sécurité des soins	177
Annexe n° 16 : comparaisons internationales en matière de regroupements hospitaliers.....	180
Annexe n° 17 : situation des directions communes dans les GHT au 1 ^{er} janvier 2020	185

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le président de la commission des affaires sociales du Sénat et le Premier président

R E P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président
COUR DES COMPTES
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Paris, le 13 septembre 2019

Réf. : AFSOC_PDT_2019_406

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur les groupements hospitaliers de territoires (GHT) et sur les prises en charge en santé à domicile.

La commission des affaires sociales est attentive à l'évaluation des dispositifs portés par les lois successives relatives à la santé pour la structuration de l'offre hospitalière sur les territoires. Un premier bilan réalisé cette année, orienté vers la dimension d'organisation territoriale, nous a permis de constater que les projets de santé étaient encore trop rarement structurants pour les GHT, ces derniers ayant par ailleurs noué des partenariats inégaux avec les autres acteurs de santé. Dans les territoires s'exprime assez souvent la crainte que les GHT ne conduisent à vider certains établissements de leur substance au profit de l'établissement support et au détriment d'une répartition équilibrée de l'offre de soins sur un territoire donné. L'analyse de la Cour me semblerait intéressante pour disposer d'une vision complète et actualisée du sujet, portant à la fois sur l'impact de la mise en place des GHT sur l'organisation interne des établissements de santé publics et la territorialisation des soins hospitaliers.

Pour ce qui concerne les prises en charge en santé à domicile, je suis régulièrement saisi, ainsi que mes collègues, par les professionnels du secteur des prestataires de services à domicile à l'occasion des baisses de prix pratiquées par le Comité économique des produits de santé sur certains dispositifs médicaux dans le cadre des économies programmées pour le respect de l'Ondam. Les entreprises font notamment valoir l'impact des baisses de tarifs mais aussi de l'évolution de la réglementation sur leur activité et, plus largement sur la structuration du secteur.

.../...

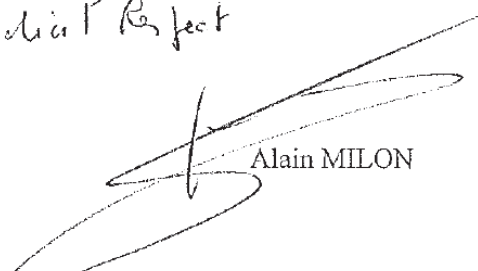


Pour autant, nous constatons par ailleurs une dynamique très soutenue du marché français avec un chiffre d'affaires qui a cru de 7 % par an au cours des dernières années pour atteindre 3,5 milliards d'euros dont 90 % sont pris en charge par l'assurance maladie.

Ces éléments conduisent à s'interroger sur le modèle économique du secteur, sa structuration et les composantes de sa dynamique, sur la place et les missions de ces prestataires dans le système de santé et leur articulation avec la HAD dans le cadre d'un développement souhaité de l'ambulatoire et des prises en charge à domicile. Je m'interroge aussi sur la pertinence des prescriptions notamment de la perfusion, de la prise en charge de l'apnée du sommeil ou encore du diabète, mais aussi sur une autre régulation du secteur par les autorités publiques que les seules baisses de prix, par exemple en fonction de la qualité et de la pertinence des interventions. Il me semble qu'une clarification et une évolution du pilotage de cette politique, prise en charge en quasi-totalité par la sécurité sociale, sont nécessaires et le diagnostic posé par la Cour pourrait y contribuer.

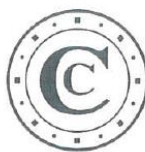
Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Avec mon Cordialement



Alain MILON

Cour des comptes

KCC D1903002 K2
25/09/2019

Le Premier président

Le

25 SEP. 2019

des

Monsieur le Président,

En réponse à votre courrier en date du 13 septembre dernier concernant la réalisation d'enquêtes en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai le plaisir de vous confirmer que la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin, devrait être en mesure de réaliser les travaux que vous avez demandés, conformément au tableau ci-après.

Intitulé	Remise
Les groupements hospitaliers de territoire	Juin 2020
Les prises en charge en santé à domicile	Janvier 2021

Je vous propose que, comme les années précédentes, des échanges entre les rapporteurs de la commission et les présidents de chambre et magistrats concernés puissent avoir lieu très rapidement afin de préciser le champ, l'approche et la date de remise de ces enquêtes.

Mme Michèle Pappalardo, présidente de chambre, rapporteure générale du comité du rapport public et des programmes, se tient à votre disposition sur l'ensemble de ces sujets.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération. *e. de*

mes sentiments cordiaux -

Didier Migaud

Monsieur Alain Milon
Président de la Commission
des affaires sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75006 Paris

Annexe n° 2 : liste des personnes rencontrées

Ministère des Solidarités et de la Santé

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Mme Stéphanie DECOOPMAN, cheffe de service, Mme Céline WASMER, adjointe de la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, Mme Clémence MAINPIN, cheffe de projet ministérielle sur les GHT.

Mme Céline CASTELAIN-JEDOR cheffe de bureau plateaux techniques et prise en charge hospitalière aigüe et M. Maxime PUTTON chef de projet de la réforme des autorisations, sous-direction de la régulation de l'offre de soins.

Mme Caroline LE GLOAN, cheffe du bureau PF5 Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins, M. Michel RAUX, chef de bureau adjoint, et Mme Nadine HARB, chargée de mission .

M. Raphael RUANO, Responsable du Programme Phare.

Agences régionales de santé

Agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

M. Jean-Yves GRALL, directeur général, M. Serge MORAIS, directeur général adjoint, M. Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soins.

Agence régionale de santé Bourgogne Franche Comté

M. le Dr Olivier OBRECHT, directeur général adjoint, M. Damien PATRIAT, directeur de l'autonomie, Mme Marie-Line Richard, direction de l'organisation des soins.

Agence régionale de santé Bretagne

M. Stéphane MULLIEZ, directeur général, Mme Anne-Marie LORHO directrice adjointe en charge des coopérations en établissements de santé et Mme Anne VIVIES, chargée de mission « coopérations ».

Agence régionale de santé Corse

Mme Marie-Hélène LECENNE, directrice générale, Mme Marie Pia ANDREANI, directrice générale adjointe, Mme Isabelle GRIMALDI, conseillère médicale, direction de l'offre de soins, Mme Marie-Noëlle BROSSAR, direction de l'offre de soins, département établissements de santé.

Agence régionale de santé Grand Est

M. Christophe LANNELONGUE, directeur général, M. Michel MULIC direction inspection contrôle et évaluation, Mme Muriel VIDALENC, directrice générale déléguée Ouest.

Agence régionale de santé Hauts de France

M. Arnaud CORVAISIER, directeur général adjoint, M. Philip QUEVAL, directeur adjoint au secrétariat général.

Agence régionale de santé Centre Val de Loire

M. Laurent HABERT directeur général, Mme Sabine DUPONT, direction de l'offre sanitaire, M. Stéphane TELLIER, direction des systèmes d'information.

Agence régionale de santé Ile de France

M. Marc BEFFA, chargé de mission sur les coopérations hospitalières au département Coopérations du pôle ville-hôpital, Mme Béatrice SEVADJAN, Directrice du pôle ville-hôpital, direction de l'offre de soins.

Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine

M. Michel LAFORCADE, directeur général, Mme Hélène JUNQUA, directrice générale adjointe, M. Gilles AUZEMERY, conseiller médical, M. François FRAYSSE, directeur du pilotage, de la stratégie et des parcours, M. Jean-Paul CRAFF, direction déléguée aux systèmes d'information.

Agence régionale de santé Normandie

Mme Christine GARDEL, directrice générale, Mme Elise NOGUERA, directrice générale adjointe, M. Kevin LULLIEN, directeur de l'offre de soins, M. Yann LEQUET, directeur de l'appui à la performance.

Agence régionale de santé Pays de Loire

M. Jean-Jacques COIPLLET, directeur général, M. Pascal DUPERRAY, directeur de l'offre de soins, M. Pierre-Emmanuel CARCHON, Dr J.Y GAGNER, conseiller médical, Mme Laurence BROWAEYS, directrice de l'appui à la transformation de la politique de santé.

Agence régionale de santé Provence Alpes Côtes d'Azur

M. Philippe DE MESTER, directeur général, M. Ahmed EL BAHRI, Directeur de l'organisation des soins.

Agence régionale de santé d'Occitanie

M. Bertrand PRUDHOMMEAUX Directeur de l'organisation des soins, M. le Dr Mohammed ELAROUTI, M. Franck NIVAUD, Chargé de mission achats, M. Jérôme FALERNE, Pôle systèmes d'information en santé.

Groupements hospitaliers de territoire

GHT Aube-et-Sézannais

M. Philippe BLUA, directeur des hôpitaux Champagne Sud, Mme Valérie FRIOT GUICHARD, directrice générale adjointe des hôpitaux Champagne Sud, Mme Jeannine JACQUOT, directrice de l'EPSMA, M. Bernard MABILEAU, directeur de Bar sur Aube et Bar sur Seine, Mme Marie Françoise DIVERCHY, directrice des soins de l'EPSMA, Mme Josiane BILS, directrice des soins du Centre Hospitalier de Troyes, M David HANIN, directeur des soins du GHAM, Mme MAITRE, directrice des finances du Centre Hospitalier de Troyes, Mme Jeanne SOULARD, directrice des ressources Humaines du Centre Hospitalier de Troyes, M. Laurent DORIGO, directeur de l'Information Numérique du Centre Hospitalier de Troyes, M. Ardian QERIMI, Directeur des Achats de la logistique et de la facturation du Centre hospitalier de Troyes, Mme Nathalie BRANS, chef de cabinet du Centre Hospitalier de Troyes, M. Romain ALLARD, directeur de la communication du Centre Hospitalier de Troyes, M. Fabrice RATSIMISETA, Directeur du patrimoine du Centre Hospitalier de Troyes, M. David LAPLANCHE, directeur du DIM du Centre Hospitalier de Troyes, Mme Corinne FREMOND, coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, M. Daniel BURGUET, trésorier du Centre Hospitalier de Troyes, Mme Michèle COLLART, présidente de CME du Centre Hospitalier de Troyes, M. Christian BRAUN, Président de CME Bar sur seine, Mme Céline MORETTO, présidente CME du GHAM, M. Vincent LAUBY, pharmacien du Centre Hospitalier de Troyes, M. Eric MACZYTA, Chef de pôle de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'EPSMA, Mme Rosa belle MALACRINO, élève directeur, Mme Aude PERSONNIC, élève directeur.

GHT Brocéliande Atlantique

M. le Dr Dominique BALSAC, responsable du DIM de Territoire, M. BAREL Roland, directeur des systèmes d'information territoriale, M. Pascal BÉNARD, Directeur de l'EPSM du Morbihan, M. Philippe COUTURIER, directeur général du CHBA, M. le Dr Jean-Yves DEMOULIN, PCME du CHBA et président du collège médical du GHBA, M. le Dr Didier ROBIN, Vice-PCME de l'EPSM Morbihan, M. Régis FOREST, directeur finances, contrôle de gestion, contractualisation, M. Franck HILTON, directeur du CH Basse Vilaine, Mme Valérie JEANNE, directrice déléguée du CH de Ploërmel, Mme Valérie JOUVET, directrice générale adjointe du CHBA, Mme Isabelle LEBORGNE-ROUDAUT, directrice des finances, de la stratégie et des coopérations de l'EPSM du Morbihan, M. Thomas MARECHAL, directeur des achats du GHBA, M. le Dr Hervé SEIGNARD PCME du CH Basse-Vilaine. Mme. la Dr Isabelle DORMOIS, PCME de l'EPSM Morbihan, M. le Dr Mohammed ELYAKOUBIM, pilote de la filière addictologie, Mme Valérie JOUVET, directrice générale adjointe du CHBA, M. le Dr Christophe LE RAY, pilote de la filière vasculaire, M. le Dr Marc LEBLANC, pilote de la filière maternité, pédiatrie et périnatalité, M. le Dr Stéphane LELIMOZIN, coordonnateur des fonctions médicotechniques, M. le Dr Pierre-Yves PARÉ, pilote de la filière médecine polyvalente, Mme le Dr Florence ROULLET-CERTAIN, pilote de la filière douleur-soins palliatifs. Mme Christèle BERTHAULT, représentante CFDT – CHBA, Mme Virginie COUPANEC, représentante CGT – CHBA, Mme Céline DELLISTE, représentante FO – CHBA, Mme Christelle DUMONT, représentante CGT - CH Belle-Île-en-Mer, M. Patrice JUIN, représentant CFDT – CH Josselin, Mme Christelle LACHOT, représentante CFDT – CH Ploërmel, Mme Céline LAGRANGE, représentante CGT - EPSM Morbihan, M. Denis LE ROHELLEC, représentant CGT – CHBA, M. Gilles PALAUD, représentant CFDT – CHBA, Mme Odile PICARD, représentante CFDT - CH Ploërmel, Mme Emilie PRIVAT, DRH – CHBA.

GHT Centre Franche Comté

Mme Chantal CARROGER, directrice générale, M. Emmanuel LUIGI, directeur général adjoint, M. le Pr Samuel LIMAT, président de la commission médicale d'établissement, Mme Emmanuelle PIDOUX-SIMONIN, directrice des coopérations, M. BIDAULT, directeur des finances et de la contractualisation, M. David CANAVERO, directeur des systèmes d'informations et de la convergence numérique, M. Jean-Marie BAUDOIN, directeur des services hôteliers et des achats, M. Gilles CHAFFANGE, directeur du centre hospitalier louis pasteur de Dole, M. Laurent MOUTERDE, directeur du centre de long séjour Bellevaux, M. Olivier VOLLE, directeur du centre hospitalier intercommunal de Haute Comté – Pontarlier, Mme Laurence ARBEY, directrice du centre de réadaptation fonctionnelle de Quingey. Mme le Dr Laure MAGNIN-FEYSOT, présidente de la CME, hôpital de Baume les Dames, M. le Dr Bruno GAUME, président de la CME du centre de soins et d'hébergement d'AVANNE, M. Le Dr Sylvain GIBEY, président de la CME du centre hospitalier Louis Pasteur de Dole. M. PUYRAVEAU, CFDT, M. RICHARD-COLOMB, CFDT, Mme CAILLET-TISSERAND, CFDT, M. PETIT, UNSA, Mme CURTY, CGT.

GHT du Cher

Mme Agnès CORNILLAULT, directrice du CHJC, Mme Fatiha ZIDANE, directrice du CH de Saint-Amand-Montrond, Mme Marion RAVET, directrice du CH de Sancerre, Mme Noëlle PERIER, directrice du SI du CHJC et directrice du SDSI du GHT18, Mme Yasamine BAROUKZAI, chargée de mission GHT18, M. Florent VERSTAVEL, directeur des ressources humaines du CHJC, M. Louis JOANNIDES, directeur financier du CHJC, M. Mohammed BOUBEKRI, directeur des achats du GHT18. M. le Dr Michel MASSOT, DIM de territoire, M. le Dr Bruno APPADOO, vice-président du collège médical du GHT18, président de la CME du CHSTAM, M. le Dr Laurent VAZ, Vice-Pdt de la CME du CHJC, M. le Dr Vianney BREARD, président de la CME du CH de Sancerre, M. le Dr Christian GUGGIARI, président de la CME du CH George SAND, M. le Dr Michel KORN, président de la CME du CH de Vierzon. Mme Habiba AZOUZI, CFDT CHGS, Mme Sandre DI-VIA CHV, Mme Sylviane MONTAGU du CHS, Mme Sylvie DERRIER, CGT du CHJC, M. Cédric GERVAIS, CGT du CHGS.

GHT Cotentin

M. Frédérick MARIE, directeur par intérim du CHPC, Mme Clémence BURNOUF, directrice adjointe, filière gériatrique et coordinatrice du GHT, M. Xavier BIAIS, directeur des affaires financières et du système d'information, Mme Valérie ALBERT, directrice logistique et direction des ressources humaines par intérim, M. Jean-Claude LE GUEN, direction logistique, M. Charlie FESSENMEYE, direction logistique, Mme Anne BERTHE, directrice de l'Ehpad Sainte-Mère Église et de l'Ehpad Carquebut, M. Bertrand LEBRETON, directeur de l'Ehpad de Saint-Sauveur le Vicomte et de l'Ehpad de Magneville, Mme Nathalie JOLIVET, directrice des soins, M. le Dr. Henry GERVES, Président de la CME CHPC, Mme le Dr. Mathilde THOMAS-POREE, présidente du collège de gériatrie du CHPC.

GHT Haute-Corse

M. Jean-Mathieu DEFOUR, directeur CH de Bastia, M. le docteur Jacques AMADEI, président de la commission médicale de l'établissement et président de la commission médicale du groupement, Mme Danièle BOURCELET, directrice par intérim du CH Calvi-Balagne, M. le docteur Charles RYCKEWAERT, président de la CME du CH Calvi-Balagne, Mme le docteur Annick BUBREUCK, vice-présidente de la CME du CH Calvi-Balagne, M. le docteur Miche ZONZA, président de la CLE CHI Corte-Tattone, Mme Françoise VESPERINI, directrice des ressources humaines, directrice par intérim CH Corte-Tattone, Mme Mireille BORIE, direction des affaires générales, de la coopération et du GHT, Mme Marie-Christine VIALE, directrice adjoint-direction des travaux, de la logistique et des services économiques, direction achat de GHT, Mme Maria KAELEBEL, direction des soins CH Bastia, M. Serge LINALE, directeur adjoint, direction des systèmes d'information et de la télé-médecine, Mme Carole VESPERINI, direction des affaires médicales CH Bastia, M. le docteur Patrick METAIS, médecin DIM de territoire, M ; le docteur Jazil HASSAM, chef de pôle territorial des urgences, M. le docteur Jean-François FILIPPI, chef de pôle mère enfant et pôle plateau médico-technique CH Bastia, M. le docteur Ziad BOUERI, chef de pôle oncologie et spécialités médicales CH Bastia, M. le docteur Joseph LUCCIARDI, chef de pôle spécialités chirurgie

ambulatoire et des cancers, CH de Bastia, M. le docteur Antoine FAURE, chef de service SSR cardiologie, CH de Bastia, M. le docteur Joseph ORABONA, responsable imagerie, CH de Bastia, Mme le docteur Nicole GRAZIANI, vice-présidente de la CME, chef de pôle gériatrie addictologie et psychiatrie, CH de Bastia.

GHT du Limousin

M. le Pr Victor ABOYANS, Cardiologie, CHU de Limoges, M. ALMOSTER, directeur des finances, CH d'Esquirol, M. Alexandre ANDRE, directeur des systèmes d'information, CHU de Limoges, M. Frédéric ARTIGAUT, Directeur, CH de Guéret, M. le Pr Yves AUBARD, CME, CHU de Limoges, M. Fabrice AVERLANT, secrétaire général, CHU de Limoges, Mme Dominique BARTHELEMY, présidente de la CSIRMT, CH de Guéret, M. le Pr. Philippe BERTIN, Chef de pôle HU clinique médicale, CHU de Limoges, M. le Dr Rémi BOUDET, IRC, CH de Brive, M. le Dr Michel BUGEON, CME, CH de Bourgneuf, CH La Valette ST Vaury, Mme Hélène BRU, directrice qualité, CHU de Limoges, Mme Patricia CHAMPEYMONT, présidente de la CSIRMT, CHU de Limoges, M. Cyril CHEVALIER, directeur Hôpital Monts et Barrages, M. le Dr Thierry CHIAENA, biologie médicale, CHU de Limoges, M. le Dr Seddick CHOKAIRI, CH d'Ussel, M. le Dr Pierre CLAVERE, oncologie, CHU de Limoges, M. le Pr Jean-Pierre CLEMENT, CME, CH Esquirol, M. le Pr Philippe COURATIER, chef du pôle neurosciences CHU Limoges, M. le Dr Jean François CUEILLE, Urgences, CHU de Limoges, M. David ARNAUD, directeur, Hôpital du Haut Limousin, M. le Dr Jean-François DECAFAY, président de la CME, CH de Brive, Mme le Dr Anne DRUTEL, filière diabétologie, CHU de Limoges, M. le Dr André DUBOIS, CME, Hôpital du Haut Limousin, Mme Françoise DUPECHER, directrice, CH d'Aubusson, CH Uzerche, M. le Dr Philippe DUPUY, CME, CH Uzerche, M. le Dr Jean-Claude ETILE, CME CH de Bourgneuf, M. Philippe FAUGERON, président de la CSIRMT, CH de Brive, M. le Pr Jean FEUILLARD, biologie, CHU de Limoges, Mme le Dr Pierrette FLORISSE, CME, CH de La Souterraine, M. François GAUTHIEZ, directeur, CH de Brive, Mme Francine GOURINEL, présidente de la CSIRMT, CH Esquirol, Mme Dominique GRAND, directrice CH de Bourgneuf, M. Augustin GROUX, directeur CHU Ussel, M. Cyrille HARMEL, directeur délégué CH de Saint Yrieix, CH de ST Junien, Mme le Dr Véronique LANGLOIS GEY, médecin DIM, CH Esquirol, M. Jean-François LEFEBVRE, directeur général, CHU de Limoges, M. Yves MONDET, directeur CH Uzerche, M. le Dr Bruno MOREIGNE, CME, CH de Guéret, M. le Pr Charbel MOUNAYER, imagerie, CHU de Limoges, Mme le Dr Michèle NOUAILLE, présidente de la CME, CH Ussel, Mme Anne PARIS, Présidente de la CSIRMT, CH de Tulle, M. PAZET, force ouvrière, CHU de Limoges, Mme GAILLARD, CFDT, CHU de Limoges, M. le Dr Marc ROZETTE, CME, CH de Saint Yrieix, M. le Pr Jean-Yves SALLE, président de la CME, CHU de Limoges, M. le Dr André SOMMABERE, président de la CME, CH de Brive, M. le Dr Jean-Michel TAUDIN, président de la CME, hôpital de Bort les Orgues, M. le Pr Denis VALLEIX, PIE chirurgie digestive, CHU de Limoges.

GHT de la Mayenne et du Haut-Anjou

M. André-Gwenaël PORS, directeur CH Laval, Mme le Dr Dominique MORIN, présidente du collège médical, Mme le Dr Aurélie MARQUET, vice-présidente du collège médical, M. Gérard FALIGANT, président de la CSIRM, Mme Pascale CULPIN, vice-

présidente de la CSIRMT, Mme Catherine CREUZET, directeur du CH Nord Mayenne, Mme Bernadette KRAFT, directeur CH Ernée, M. Vincent ERRERA, directeur délégué du GHT, M. Christophe MOUTEL, directeur territorial des achats, M. Didier JUNCA, directeur territorial des SI, Mme Sylvie LARIVEN, coordinatrice du groupe finances du GHT, Mme Stéphanie BOSCHER, directrice des finances du CH de Laval, Mme Elise CANOUIL, contrôleur interne du GHT, M. Sébastien LETESSIER, coordonnateur du groupe logistique du GHT, Mme Morgane LECOCQ, directrice du CH d'Evron, Mme Sylvie LEMETAYER du CH Ernée, M. Romain GIRARD, directeur des ressources humaines du CHHA, M. Jean Arthuis, président du conseil de surveillance du CHHA, Mme le Dr Magida LIGNEL, DIM de territoire, M. le Dr Nicolas ESCOFFIER, pharmacie, Mme le Dr. Hélène FOUBERT, gériatrie, M. le Dr Patrick POIRIER, urgences CHHA, Mme le Dr Silvia SEVERINO-RICARDO, urgences, CHHA, M. Vincent EFFRA, directeur délégué du GHT, M. Olivier GOHIER, CGT, Mme Christine JUPIN, CFDT.

GHT Lille Métropole Flandre Intérieure

M. Frédéric BOIRON, Directeur Général CHU de Lille, M. le Pr François-René PRUVOT Président du Collège médical, Mme Sophie DELMOTTE directrice du GH Seclin - Carvin, Mme Sylvie LECOUSTRE Directrice du CH de Hazebrouck, Mme Valérie PASCAL, directrice du CH de Bailleul, M. Maxime MORIN directeur du CH de Roubaix, M. Vincent KAUFFMANN directeur du CH de Tourcoing, M. Eric KRZYKALA, directeur du CH de Watrelos, M. Emmanuel SYS directeur du CHI de Wasquehal, Mme Séverine LABOUE directrice du GH Loos – Haubourdin, Mme Nathalie BORGNE, directrice qualité du CHU de Lille, , Mme le Dr Julie QUENTIN, Présidente de la CME du CH d'Armentières, Mme le Dr Isabelle VERIN Présidente de la CME du CH de Tourcoing, Mme Martine MOURA Présidente de la CSIRMT du CHU de Lille, M. Mustapha GHARBI, Président de la CSIRMT du CH de Roubaix , M. Pascal DELAGRANDE, président de la CSIRMT du CH de Watrelos, M. José GOETINCK Président de la CSIRMT du GHT, Dr Didier THEIS Médecin Responsable du DIM de territoire, Mme Hélène VAAST Directrice de la stratégie, M. Nicolas STUDER Directeur des ressources physiques (CHU) et directeur des achats (GHT), M. Philippe LECA, Directeur système d'information, Mme Anne GIRARD Directeur des finances, Mme Sandrine DELAMAERE et Mme Emmanuelle DEFEVER , équipe de coordination GHT LMFI, Mme le Dr Elisa LAFITTE, Présidente de la CME du GH Seclin – Carvin, Mme le Dr Chantal BEGON-LOURS Vice-Présidente de la CME du CH de Hazebrouck, Mme le Dr Julie QUENTIN Présidente de la CME du CH d'Armentières, Mme le Dr Isabelle VERIN, Adjointe au DIM de Territoire, Mme Isabelle PARENT et M. Cyprien HUET Directeurs des Affaires Médicales et Hospitalo-Universitaires, M. le Pr Thierry BROUSSEAU, Chef de Pôle de Biologie-Pathologie-Génétique, M. le Pr Olivier ERNST, Responsable de la Clinique d'Imagerie, M. le Pr François PUISIEUX, Chef de Pôle Gériatrie, Mme Nathalie BORGNE – Directrice Qualité Risques Expérience Patient et Mme Marlène LAPEYRE - Elève-directeur, Mme Angélique BIZOUX-COFFIGNIER, Directrice des Ressources Humaines du CHU de Lille, M. Olivier PLANQUE –ambulancier Smur – Secrétaire Général FO - CH Armentières, M. Yannick SOBANIAK – adjoint des Cadres –Secrétaire de section CGT, CH Watrelos, M. Christophe PERNAK – préparateur pharmacie – Secrétaire de section CFDT, CH Tourcoing, M. Vincent LIEVENS – ouvrier professionnel –Secrétaire de section CFDT, CHU de Lille.

GHT Ouest Audois

M. Alain GUINAMANT, directeur du CH de Carcassonne, Mme le Dr Sonia LAZAROVICI, président de la CME du CH de Carcassonne, M. Denis BURBAN, directeur adjoint, Mme Marielle MESTRE-MEYNARD, directrice adjointe du pôle achat, M. Ahmed EL DJERBI, directeur adjoint des affaires générales du CH de Limoux-Quillan, Mme Ginette ALINS, cadre supérieure de santé, M. Yacine BENMEGAL, responsable du système d'information du CH de Limoux-Quillan, Mme Marie-Pierre CHANOINE, coordinatrice générale des soins, CH de Carcassonne, M. Jean-Luc FILLLOL, responsable du système d'information du GHT, M. Stéphane HAFFEN, directeur des affaires financières, M. le Dr Philippe SOL, président de la CME du CH de Castelnaudary, M. le Dr Jean-Luc GUERIN, DIM du CH de Limoux-Quillan, M. le Dr Bernard BRU, médecin DIM du CH de Carcassonne, M. le Dr GUILLEM, président de la CME du CH de Limoux-Quillan, Mme Ginette ANINS, Directrice des soins CH de Limoux-Quillan, Mme Cécile MALESCOT, directrice adjointe. Mme Céline VOULOT, Mme Catherine PROSPERT représentantes de la CFDT, Mme Dominique LANDAIS, CGT du CH de Carcassonne, Mme Emmanuelle PROT, directrice des ressources humaines du CH de Carcassonne, M. Yannick BONNAFOUS, FO du CH de Limoux-Quillan, M. Alain GARCIA, FO du CH de Castelnaudary, Mme Evelyne MANZANARES, FO du CH de Carcassonne, M. Bruno IZARD, secrétaire départemental FO Santé.

GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes

Mme Marie-Pierre BONGIONVANNI-VERGEZ, présidente du comité stratégique du GHT Rhône-nord-Beaujolais-Dombes, M. Hervé BONTEMPS, Président de la CME Rhône nord beaujolais dombes, Mme Anne NOVE JOSSERAND, présidente du collège médical RNBD, Mme Julie ZIMMERMANN, directrice en charge du GHT, M. Sylvain DELAIR, directeur des finances HNO, M. AMANI, DOSI GHT RNBD, M. F. ORCEL, directeur des achats GHT RNBD, Mme S. LEONFORTE, directrice des affaires médicales GHT RNBD, Mme Bernadette LAFOND, directeur commun CH Beaujeu – CH Belleville, M. Jean Charles FAIVRE-PIERRET, directeur CH Saint Cyr au Mont d'or, M. R. BRILLAND, président de la CME HNO-Tarare, Mme Muriel FAVRE, Présidente CME Belleville, M. le docteur Rémi VIAL, Président de la CME de Beaujeu, Mme Laetitia HOUSSAYE, représentante CGT, Mme Laure ESTOURNET, représentante CGT, Mme Christine CHAUMONT, représentante CGT, Mme Maryse MUSY, CGT Beaulieu, Mme Evelyse LE MENTEC, CGT Belleville, Mme Aurore NOLIN, représentante syndicale CFDT, Mme Sandrine BOUTEYRE, représentante syndicale CFDT CH de Trévoux, M. François, Mme Cyndie JEAN, CFDT HNO Villefranche sur Saône, LERAT, représentant syndical SMPS.

GHT du Var

M. Michel PERROT, directeur du CH de Toulon, M. Nicolas FUNEL, référent GHT, M. Thibaud ARNAULD des LIONS, directeur des achats du GHT, M. Cédric FREITAS, DSI, M. Philippe BOURGINE, directeur des finances, M. le Dr. Stéphane BOURCET, président de la CME du CHITS et de la CMG, M. le Dr Eric JULLIAN, vice-président de la CME du CHITS, Mme le Dr Christine MICHEL, DIM de territoire, M. Frédéric LIMOUZY, Directeur du CHI

Fréjus St Raphael et du CH de St Tropez, M. le Dr Philippe GARITAINE, président de la CME, CH de St Tropez, Mme Caroline CHASSIN, directeur du CH de Draguignan, M. le Dr Jean-Marc MINGUET, président de la CME, CH de Draguignan, M. Richard LAMOUREUX, directeur du CH de Brignoles et CH Le Luc, M. le Dr Christian BAR, président de la CME, CH de Brignoles, Mme Laurence FAY, directrice adjointe, CH Pierrefeu, Mme le Dr Yves AUROY, médecin chef, HIA Saint Anne.

Fédérations hospitalières

FHF

M. Marc MOURQUIN, conseiller stratégique, M. Alexandre MOKEDE, responsable du pôle offre de soins, M. le Dr Frédéric MARTINEAU, conseiller médical.

FHP

Mme Christine SCHIBLER, déléguée générale, M. le Dr Bertrand SOMMIER, secrétaire général.

UNICANCER

Mme Sandrine BOUCHER, directrice de la stratégie, Mme Hafsa BOUTABAA, juriste.

Association des Maires de France

M. Bernard VAURIAC, président de la commission santé de l'AMF et Mme Isabelle MAINCION, rapporteur de la commission santé.

Société Francophone de l'Information Médicale (SoFIME)

M. le Dr Gabriel NISAND, DIM du CHU de Strasbourg et du GHT et président de la SOFIME et président du collège des DIM de territoire, Mme le Dr Véronique GILLERON (DIM du CHU de Bordeaux et du GHT) et présidente du collège des DIM de CHU et M. le Dr Namik TARIGHT, DIM, membre de la SOFIME, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités, AP-HP.

Conseil national professionnel de Biologie médicale

M. le Dr Emmanuel GENAUZEAU, M. le Pr Hervé PUY, Mme le Dr Magali ANNETTE-REISCH, M. le Pr Jean-Gérard GOBERT, M. le Dr Jean-Louis PONS, Mme le Dr Isabelle AIMONE-GASTIN, Mme le Dr Hélène SCHWALLER, M. le Dr Jean-François PEROTTO, M. le Dr Xavier PALETTE, Mme le Dr Danny DE MOUY, M. le Pr Jean-Paul FEUGEAS.

Conseil national professionnel de médecine d'urgence

M. le Pr Dominique PATERON, M. le Dr Didier HONNART.

Conseil national professionnel de gériatrie

M. le Pr Claude JEANDEL.

Conseil national de psychiatrie

Mesdames et messieurs les docteurs M. BÉTRÉMIEUX, BODIER, C. LIBERT, J. CHAMBRY, M. JURUS, I. SECRET-BOBOLAKIS, P.CHARBIT, C.GERNEZ, D.PURPER-OUAKIL, B.GRANGER, M.BENSOUSSAN, E.CORRUBLE, E.WINTER, S.PÉRON, C.LAMISSE, F.ROOS-WEIL, I.JALENQUES, D.SOFFER, M.GROHENS.

Société française de radiologie

M. le Professeur Jean-François MEDER, Président de la société française de radiologie (SFR), Mme le Professeur Anne COTTEN, secrétaire Générale de la SFR, Mme Céline CHARDON, chargée des affaires juridiques et institutionnelles, secteur de la santé, M. le Professeur Jean Michel BARTOLI, président du collège des enseignants en radiologie de France, M. le Professeur Louis BOYER, Président G4 et Vice-Président des affaires professionnelles de la société française de radiologie, M. Jean-Philippe MASSON, Président de la fédération nationale des médecins radiologues, Mme Mélissa BENNICHE, juriste à la société française de radiologie.

Annexe n° 3 : répartition des GHT entre les régions

- Auvergne-Rhône-Alpes : 15 GHT, de trois à vingt établissements.
- Bourgogne-Franche-Comté : 11 GHT, d'un à huit établissements.
- Bretagne : huit GHT, de trois à onze établissements.
- Centre-Val de Loire : six GHT, de cinq à dix établissements.
- Corse : deux GHT.
- Grand Est : 11 GHT, composés de trois à quatorze établissements.
- Hauts de France : 14 GHT de trois à 12 établissements dont un GHT psychiatrique.
- Île-de-France : 16 GHT, dont deux sont essentiellement psychiatriques.
- Normandie : 11 GHT, de trois à 11 établissements.
- Nouvelle aquitaine : 12 GHT, de deux à 18 établissements.
- Occitanie : 14 GHT, de trois à quatorze établissements.
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : six GHT, de cinq à 14 établissements.
- Pays de la Loire : cinq GHT, de six à 13 établissements.
- Guadeloupe : deux GHT.
- Martinique : un GHT.
- Guyane : un GHT.
- La Réunion-Mayotte : un GHT.

Carte n° 2 : implantation régionale des GHT et nombre moyen d'établissements membres



Source : Cour des comptes

Annexe n° 4 : la situation financière des GHT

Une nomenclature budgétaire minimaliste

Le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT a créé un compte de résultat principal annexe (CRPA) lettre « G » pour les établissements publics MCO à compter du 1^{er} janvier 2017. Ce compte annexe a été mis en place pour retracer comptablement les opérations résultant des coûts de gestion inhérents aux activités gérées par l'établissement support³⁴³. Les établissements d'un groupement contribuent aux opérations du GHT, c'est-à-dire aux activités mises en commun, selon une clé de répartition fixée par l'arrêté du 10 novembre 2016.

Le budget annexe G fait ainsi état des charges et des recettes mises en commun au titre du GHT. La clé de répartition fixant la participation de chaque établissement au fonctionnement du GHT inscrite au budget annexe G est calculée en tenant compte du poids financier³⁴⁴ (en exploitation) que représente chaque établissement au sein du groupement. L'assiette utilisée pour cette clé est constituée par l'ensemble des dépenses du budget annexe G – le calcul est alors : clé × total des dépenses du budget annexe G. La clé de répartition ne s'applique pas de manière obligatoire aux investissements communs, mais cette possibilité est ouverte pour partager les coûts de gestion des investissements du GHT.

En sus du produit tiré de la clé de répartition payée par les établissements membres, le budget G peut recevoir des subventions d'exploitation.

C'est l'établissement support qui gère en comptabilité le budget G et qui fait apparaître ce compte de résultat annexe dans son EPRD et son compte financier. Il revient alors à l'établissement support de procéder au calcul des contributions prévisionnelles dues par chaque établissement partie. Ces montants sont soumis à l'approbation du comité stratégique du GHT. Chaque établissement membre doit, par ailleurs, présenter son EPRD et son compte financier au comité stratégique du GHT.

Le compte de résultat annexe G à vocation à retracer les coûts inhérents aux fonctions support mutualisées ainsi qu'aux activités médicales et médico-techniques réalisées pour le compte du GHT.

³⁴³ Article R. 6145-12 du code de la santé publique « *Les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un état des prévisions de recettes et de dépenses unique. Toutefois, font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe les opérations d'exploitation concernant chacun des services ou activités suivants :*

(...)

7° *Pour les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.*

Aucun de ces comptes de résultat annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal.

(...). »

³⁴⁴ C'est-à-dire la part des charges d'exploitation (c'est-à-dire hors titre 4) de l'établissement rapportée au total des charges d'exploitation de l'ensemble des établissements membres du GHT.

Ce budget doit règlementairement être présenté en équilibre, toutes les charges étant couvertes par les produits versés par les établissements membres du GHT.

L'outil ainsi mis en place pour suivre les coûts des GHT relève d'une démarche simple et apparaît aujourd'hui minimaliste. Il gagnerait à être complété par une analyse de gestion qui pourrait prendre la forme d'un compte de résultat analytique (CREA) pour le GHT. Une telle évolution aurait le mérite de donner la juste vision des coûts que représentent les fonctions mutualisées pour les établissements membres.

Un poids budgétaire en forte croissance

Le poids des CRPA G a fortement augmenté entre 2017 et 2018. La croissance des charges – dont le montant a été multiplié par 4,5 – traduit la mise en place rapide des fonctions communes dévolues aux GHT, dès les premières années de fonctionnement de ces structures.

Tableau n° 1 : évolution de la somme des CRPA G en 2017 et 2018 (en M€)

	2017	2018	Écart	Taux de croissance
Total charges (G)	20,12	92, 33	72, 21	358,9 %

Source : Cour des comptes, d'après Atih

La somme des charges des CRPA G des GHT a ainsi augmenté de 72,2 M€ (soit près de 359 %) au cours de la deuxième année de fonctionnement de ces structures. Cette croissance est ainsi sans commune mesure avec celle des charges des comptes de résultat principaux (CRP) des établissements MCO qui composent l'ensemble des GHT.

Tableau n° 2 : CRP des établissements publics MCO entre 2016 et 2018 (en M€)

	2016	2017	2018	Écart	Taux de croissance
Total produits (H)	57 459,1	58 899,5	60 058,0	2 598,8	4,5 %
Total charges (H)	57 925,5	59 587,5	60 579,5	2 654,0	4,6 %
Total résultats (H)	- 466,4	- 688,0	- 521,6	- 55,2	11,8 %

Source : Cour des comptes, d'après Atih

La part que représentent les charges des GHT dans le total des charges des comptes de résultats principaux des établissements MCO des GHT est ainsi passée de 0,03 % en 2017 à 0,15 % en 2018. Bien que cette part reste très limitée à l'échelle nationale, cette évolution marque également la progression du poids budgétaire des GHT.

Des structures qui révèlent davantage les disparités financières des établissements publics MCO

L'analyse des résultats des CRP des établissements MCO qui composent les GHT permet d'observer que les GHT accentuent les écarts qui existent entre les établissements à l'équilibre financier et ceux qui présentent des difficultés.

**Tableau n° 3 : part des établissements MCO publics déficitaires et des GHT déficitaires
de 2016 à 2018 (en %)**

	2016	2017	2018
Pourcentage d'établissements déficitaires (résultat H)	53,9	61,7	60,3
Pourcentage de GHT déficitaires (résultat H)	72,4	83,6	77,6

Source : Cour des comptes, d'après Atih

Ainsi en 2016, 54 % des établissements publics MCO présentaient un résultat du CRP déficitaire alors que 72,4 % des GHT étaient placés dans cette situation. Cela signifie que la composition des GHT a eu pour conséquence d'associer les établissements en moins bonne santé financière plutôt que de corriger les disparités entre les établissements MCO publics.

En 2018, alors que, tout en restant problématique, la situation financière des établissements publics MCO était moins difficile qu'en 2017 (cf. tableau numéro 2 de la présente annexe) et que 60 % des établissements étaient en déficit contre près de 62 % en 2017, 77,6 % des GHT étaient quant à eux, déficitaires.

Annexe n° 5 : systèmes d'information hospitaliers

Tableau n° 4 : état des lieux du déploiement des SDSI dans les GHT en 2020

ARS	rédaction et validation du SDSI dans les GHT	Taux moyen d'exécution : déploiement du SDSI dans les GHT	Commentaires
Auvergne Rhone-Alpes	100%	NR	
Bourgogne Franche-Comté	100%	30%	
Bretagne	87%	28%	
Centre Val de Loire	100%	66%	L'écriture des schémas directeurs a été mutualisée par cinq GHT sur les six (choix du même cabinet AMOA et suivi commun de la démarche).
Corse	100%	100%	voir rapport
Grand Est	83%	NR	Au regard de l'hétérogénéité des situations locales, pas de possibilités de mise en place d'indicateurs de suivi
Hauts de France	100%	22%	Le pourcentage de déploiement ne concerne que 9 des 15 GHT de la région (soit 60% du total des GHT)
Ile de France	100%	NR	
Normandie	100%		pas d'indicateurs standardisés pour mesurer le déploiement
Nouvelle Aquitaine	100%		Le déploiement des SDSI est inégal : Certains GHT ont déployé un DPI unique (GHT Côte-Basque), d'autres n'envisagent pas encore ce type de convergence
Occitanie	100%	NR	Certains SDSI sont en cours de réactualisation à la suite de modification de convergence SI
PACA	100%	NR	L'ARS estime que la convergence des SI « métier » est rendu complexe par l'hétérogénéité et le nombre de solutions déployées existantes.
Pays de la Loire	100%	23%	

Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les ARS

Annexe n° 6 : la fonction DIM de territoire

Le DIM, un acteur central au service des PMP

Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties (article R. 6113-11-1 du code de la santé publique). Dans ce cadre, le médecin responsable du DIM de territoire a accès aux données de tous les établissements parties au GHT, qui lui sont transmises pour traitement par les praticiens responsables de structures médicales ou médico-techniques ou les praticiens ayant dispensé les soins (article R.6113-4 du code de la santé publique).

Au terme de l'article R. 6113-11-3 du code de la santé publique, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure l'exhaustivité et la qualité des données transmises ; participe à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé. En effet, élaborer un projet médical partagé autour d'une stratégie commune de prise en charge suppose nécessairement de pouvoir analyser l'activité des établissements d'un même GHT. Cette analyse suppose elle-même que l'activité soit codée selon les mêmes pratiques afin de mettre en perspective des éléments comparables.

Ce sont autant d'éléments qui appellent à la mise en place d'un département de l'information médicale de territoire, chargé de mettre en œuvre une convergence des pratiques de codage au sein des établissements parties au GHT et de produire l'analyse médico-économique de l'activité de l'ensemble du groupement hospitalier de territoire en lien avec la communauté médicale.

Des départements mis en place quasi systématiquement mais en cours de structuration

L'enquête 2019 de l'Anap sur les évolutions organisationnelles au sein des GHT permet d'évaluer la mise en place de département d'information médicale. En effet, sur les 49 GHT qui ont répondu, la grande majorité (81,6 %) a choisi un pilotage par le médecin du département de l'information médicale de l'établissement support. Il n'y a pas eu de délégation de gestion des établissements parties vers l'établissement support (sauf dans cinq GHT), ni de pilotage budgétaire dédié (sauf dans 10 GHT, soit 20,4 % de l'échantillon).

De même, l'analyse de l'échantillon retenu par la Cour fait ressortir la mise en place quasi systématique d'un DIM de territoire : c'est le cas dans 84,6 % des GHT de l'échantillon. Cela concerne en réalité 92,3 % si on exclut le GHT du Cotentin où il n'y a pas de DIM dans les établissements médico-sociaux. Les GHT concernés ont eu recours à diverses modalités d'organisation pour faciliter la coordination et la répartition des tâches entre établissements. Les plus fréquentes étant : des réunions régulières, le travail à distance par voie informatique, ou la désignation d'un coordinateur dédié.

Tableau n° 5 : état des lieux de la mise en place des DIM de GHT

GHT	Mise en place d'un DIM de territoire	Présentation du DIM dans le PMP	Commentaires
GHT 94 Nord	x		Le DIM de territoire est composé de deux unités d'information médicales confiées chacune à un médecin DIM et localisées sur deux sites géographiques (CHM et HSM). Les TIM sont répartis dans les deux UIM avec des spécificités par filière (SSR, MCO, PSY).
GHT Aube et Sézanne	x		Création d'un pôle GHT Information Médicale et Evaluation de la Performance intégrant les DIM. Le DIM est donc centralisé avec des agents dédiés sur 3 des 5 sites.
GHT Beaujolais	x		
GHT Brocéliande	x		
GHT Centre Franche-Comté	x		Le DIM du territoire fonctionne sur un mode collégial où chaque DIM d'établissement est le référent au sein de son établissement pour le DIM de territoire.
GHT Cher	x		Mise en place d'une base documentaire commune hébergée sur la plate-forme du GCS Santé Centre pour harmoniser les pratiques de codage.
GHT Cotentin			pas de DIM dans les établissements médico-sociaux
GHT LMF1	x		Voir Rapport
GHT Haute Corse	x	x	Organisation du département d'information médicale en cours de restructuration
GHT Limousin	x	x	Un règlement intérieur et une charte de fonctionnement relatifs au DIM de territoire ont été rédigés
GHT Mayenne	x	x	un règlement intérieur et un modèle de charte de fonctionnement ont été élaborés
GHT Ouest Audois			
GHT Var	x		construction d'une base de données GHT en cours

Source : Cour des comptes à partir des données des GHT

La mise en place quasi systématique de DIM de territoire se retrouve dans l'enquête IGAS de décembre 2019³⁴⁵, puisque 91 GHT déclarent disposer d'un DIM commun opérationnel, ce qui représente un taux de 75,2 % de l'échantillon retenu.

Malgré la mise en place de DIM de groupements, les entretiens menés par la Cour révèlent une organisation territoriale encore en cours de structuration. C'est par exemple le cas pour les GHT de Haute-Corse et du Var, où il n'y a pas de DIM commun en 2020, et ce malgré une volonté claire de mise en place. Le GHT du Var a mis en place une maîtrise d'ouvrage commune.

Certains GHT ont des degrés de structuration plus avancés. C'est le cas pour le GHT Lille Métropole Flandre intérieure (LMFI) où le DIM de territoire (composé entre autres d'un médecin responsable du DIM et d'un adjoint) organise des staffs médicaux trimestriels avec l'ensemble des médecins du DIM, ainsi que des séminaires thématiques. Ils organisent en outre des travaux spécifiques sur des thématiques prioritaires fixées par le comité stratégique du GHT : ambulatoire médical, contrôle T2A, etc. Néanmoins, cette structuration très avancée reste encore imparfaite puisque le règlement intérieur et la charte évolutive du DIM de territoire sont en cours de rédaction.

³⁴⁵ IGAS, Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire, décembre 2019.

Annexe n° 7 : la fonction qualité au sein des GHT

Une certification qui inclut les GHT et un compte qualité unique GHT à l'horizon fin 2020

Les groupements hospitaliers de territoire ont été pris en compte dans le cadre du nouveau référentiel V 2020 de la HAS à travers deux objectifs principaux d'amélioration de la qualité : structuration des filières de soins du projet médical partagé dans un objectif de fluidité des parcours, d'harmonisation des procédures de prise en charge, d'évaluations sur les résultats patients et renforcement du management de la qualité au niveau du GHT.

En outre, la version 2020 de la certification prévoit que les GHT disposent d'un compte qualité de GHT, agrégeant tous les comptes qualité des établissements parties, ainsi qu'un plan d'action qualité du GHT. Selon les dispositions qui seront retenues, l'évaluation spécifique au niveau du GHT figurera également dans ce compte qualité. L'entrée dans le nouveau dispositif de certification de la HAS, incluant les GHT est prévue pour la fin de l'année 2020. Néanmoins, quelques GHT ont réalisé une certification expérimentale conjointe établissement et GHT en 2019. La HAS estime que ces certifications présentent à ce stade « *des développements encore hétérogènes* »³⁴⁶. Face à cette situation, la HAS prévoit, au titre de la version V2020, de mettre en place un dispositif combinant une évaluation et une décision au niveau de chaque établissement partie du GHT et une appréciation spécifique sur le niveau de la qualité au niveau du GHT. Cette dernière viendra s'ajouter à la décision de certification par établissement.

Il ressort de l'enquête auprès de la HAS que les critères de certification pour les GHT devraient prendre en compte les actions qui sont mises en place afin de favoriser l'harmonisation des pratiques de prise en charge des patients entre les professionnels du GHT. Pour ce faire, la HAS va utiliser divers outils tels que des patients traceurs de GHT³⁴⁷, des parcours traceurs GHT³⁴⁸ (en fonction des filières définies par le PMP, par exemple un parcours traceur en cancérologie, en AVC ou en gériatrie), et des audits système (principalement dans le secteur du médicament).

Une démarche qualité centrée autour de la procédure de certification HAS

La très grande majorité des entretiens menés avec les ARS (ARS Bretagne, Hauts-de-France, Ile-de-France, Occitanie...) a mis en exergue que les problématiques qualité – *stricto sensu* en dehors des orientations données par la HAS dans le cadre de la certification V2020 – ont été faiblement prises en compte. Pour illustrer ce propos, et en ce qui concerne la sécurité des soins, l'ARS Auvergne Rhône-Alpes estime à ce jour qu'« *on ne constate pas encore de dynamique GHT dans l'approche et le traitement des évènements indésirables graves* »³⁴⁹.

³⁴⁶ Extrait de réponse au questionnaire HAS.

³⁴⁷ Les patients traceurs se définissent comme une analyse centrée sur le parcours d'un patient.

³⁴⁸ Les parcours traceurs se définissent comme une analyse centrée sur le parcours de prise en charge.

³⁴⁹ Les évènements indésirables graves associés aux soins sont des évènements qui entraînent un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès.

De même, rares sont les ARS qui ont défini des indicateurs – à ce stade – pour mesurer les incidences de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire sur la qualité et la sécurité des soins au sein de ces dits groupements.

Néanmoins, quelques agences ont essayé de valoriser des projets relatifs à la qualité et à la sécurité des soins en dehors des logiques de certification HAS. Par exemple, plusieurs projets ont été accompagnés³⁵⁰ par l'ARS Normandie : constitution d'une équipe transversale qualité au sein du GHT Normandie-Centre, mise en place de démarches communes d'amélioration de la qualité des soins dans le cadre de rédaction de protocoles de coopération entre établissements du GHT Normandie-Centre. De même l'ARS Corse a piloté à travers la création d'un groupe qualité quelques travaux sur la mise en place de protocoles de soins communs pour les GHT Haute-Corse et Corse-du-Sud.

Des départements qualité et politiques territoriales insuffisamment mis en œuvre

Les GHT mentionnent régulièrement les problématiques qualité et sécurité des soins dans leur PMP (70 % des GHT de l'échantillon). Par ailleurs, peu de GHT ont mis en place une structure territoriale unique de coordination qualité. En effet, quatre des 13 GHT de l'échantillon ont créé un département, un pôle, une cellule qualité territoriale ou une direction qualité et sécurité des soins de GHT.

La Cour a classé les GHT – dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins – par degré d'intégration en fonction de quatre critères : mise en place d'une organisation territoriale de gestion de la qualité et de la sécurité des soins, mention de la qualité dans le PMP, comitologie, création d'une structure de coordination qualité GHT, politique réalisée au titre des évènements indésirables graves de territoire.

Il ressort de cette analyse que six des 13 GHT ont un niveau d'intégration faible (soit 46 % de l'échantillon), quatre ont un niveau d'intégration moyen (soit 31 % de l'échantillon), et trois GHT ont un niveau élevé (23 %)³⁵¹.

Quelques GHT ont mis en place des projets et structures territoriales de mutualisations dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Par exemple le GHT Aube-et-Sézannais a mis en place, dès la fin de l'année 2015, un pôle territorial intitulé « Pôle d'évaluation de la sécurité et de la qualité des Soins ». Cette démarche est pilotée par un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de territoire. Le coordonnateur est accompagné d'adjoints (administratifs et soignants) en charge de la gouvernance, ainsi que de chargés de missions territoriales « qualité-gestion des risques » au sein des établissements parties. Cette structure assure des fonctions opérationnelles au niveau du territoire (principalement la gestion des évènements indésirables graves de territoire, gestion de crise, etc.). Le GHT du Loiret a mis en place une commission qualité pour la gestion des risques afin de travailler sur des thématiques communes, telles que la gestion documentaire inter-établissement, la gestion des évènements indésirables.

³⁵⁰ Accompagnement dans le cadre d'appels à projet en 2018.

³⁵¹ Les GHT faiblement intégrés ont un score inférieur ou égal à 2/5, les moyennement intégrés ont un score compris entre 2 et 4 et les fortement intégrés ont un score supérieur ou égal à 4/5 (c'est à dire répondent à quatre des cinq items retenus).

Au total, les fonctions support mutualisées sont en cours de déploiement et le bilan apparaît inabouti. Si les achats de GHT ont été structurés et si la fonction achat se décline progressivement, beaucoup de marges de progression demeurent : contrôle de gestion achat, convergence des marchés, SI achat ; et la réforme n'a pas entraîné à ce stade les gains budgétaires attendus. Par ailleurs, le déploiement d'un SIH convergent semble pour partie empêché à la fois par la mise en œuvre – au sein d'un nombre significatif de GHT – de solutions applicatives interoperables contrairement aux objectifs fixés par la loi, et par une insuffisance de financements.

Tableau n° 6 : tableau de bord qualité dans les GHT de l'échantillon

GHT	Structure de coordination qualité commune au GHT	Mention de la qualité des soins dans le PMP	Degré d'intégration des GHT au titre des problématiques qualité	Commentaires
GHT 94 Nord	X	X	Moyen	
GHT Aube et Sézanne	X	X	Elevé	Voir Rapport
GHT Beaujolais		x	faible	structuration d'une politique commune prévue pour 2021-2022
GHT Brocéliande		x	faible	peu de mention dans le PMP et dans les questionnaires Cour
GHT Centre Franche-Comté	x	x	elevé	Comité pilotage qualité et gestion des risques ; Groupe coordination qualité et sécurité des soins Groupes de travail thématiques : EPP, parcours patients, analyse des événements indésirables, patients traceurs de GHT conduites et animées par un médecin dédié du CHU
GHT Cher			faible	Définition d'une politique qualité commune au GHT . Pas de mention dans le PMP
GHT Cotentin			faible	pas de mention dans le PMP, ni dans le questionnaire de la Cour des comptes
GHT LMFI		X	Elevé	Collège qualité articulé aux instances GHT : chargé du suivi des actions réalisées à partir des indicateurs du compte qualité Groupe de travail thématique GHT: identitovigilance, formalisation des parcours patients, gestion des risques avec une cellule de suivi des EIG
GHT Haute Corse	X	X	Moyen	Département qualité territorial (décembre 2018). Mentionné dans le PMP en une ligne Analyse des EIG dans le cadre de prise en charge de patients inter-établissements du GHT
GHT Limousin			faible	Structuration en 2020 d'un management territorial de la qualité
GHT Mayenne		x	Moyen	Pilotage qualité-sécurité des soins GHT avec programme d'actions et d'évaluation GHT Groupe de travail qualité en 2018 : droits des patients, circuit du médicament et risques infectieux et réflexion sur la formalisation d'une politique qualité commune.
GHT Ouest Audois			faible	pas d'information
GHT Var		x	Moyen	comité de pilotage avec 20 membres (4 représentants pour 5 établissements) bureau de 4 membres (un médecin, un directeur, un qualificateur, un directeur des soins)

Source : Cour des comptes à partir des enquêtes sur place et des données issues des questionnaires

Annexe n° 8 : la biologie médicale de territoire

Les évolutions règlementaires permettent des avancées

La biologie médicale peut être divisée en trois catégories comme suit :

- la biologie « dite d'urgence »³⁵², ou encore « d'orientation thérapeutique », qui doit permettre de rendre un résultat entre quelques minutes ou en quelques heures. Cette biologie est permise par les équipements de biologie délocalisée et/ou par la présence d'un laboratoire de proximité ;
- la biologie dont le résultat va permettre de confirmer l'étiologie d'un diagnostic ou de suivre une pathologie chronique. Les résultats doivent être disponibles dans la journée. Il s'agit par exemple de dosages de l'HbA1c³⁵³ ou de protidogrammes³⁵⁴ ;
- les analyses plus spécialisées, qui nécessitent du matériel spécifique ou une expertise ou encore un délai de prise en charge long, qui ne sont disponibles que dans certains laboratoires de biologie médicale (ci-après LBM).

La biologie médicale publique s'intègre désormais aux problématiques des GHT. Ainsi, l'article L. 6132-3 du code de la santé publique prévoit que les établissements parties au groupement organisent en commun les activités de biologie. De plus, l'article R. 6132-19 du code de la santé publique précise : « *afin d'organiser en commun les activités de biologie, les établissements parties au groupement peuvent [...] constituer un pôle inter-établissement [...] ou constituer un laboratoire commun* ».

Les entretiens menés par la Cour auprès du conseil national professionnel de biologie médicale ont mis en exergue que ces examens sont de plus en plus importants et chronophages pour les biologistes au détriment de la biologie dite « spécialisée ». Dans ce contexte il est parfois nécessaire de maintenir un laboratoire de biologie médicale au sein d'un ou plusieurs établissements parties au GHT, et ce même si un laboratoire peut avoir une activité limitée aux seuls examens de biologie médicale les plus demandés localement parfois en urgence (laboratoire à réponse rapide ou laboratoire délocalisé³⁵⁵). Le IV de l'article D. 6211-3 du code de santé publique prévoit en effet que la communication d'un résultat de biologie médicale se fait, pour chaque examen, dans le délai que permettent les données acquises par la science pour la phase analytique, ou en urgence si l'examen le requiert.

³⁵² Cette biologie concerne principalement un gaz du sang, un ionogramme sanguin, un dosage de troponine, une sérologie d'hépatite, ou une prise en charge d'un LCR (analyse du liquide céphalo-rachidien).

³⁵³ L'hémoglobine glyquée (ou HbA1c) est le reflet de la glycémie. Cet examen est un marqueur du risque de complications du diabète à long terme.

³⁵⁴ L'analyse des protéines sériques permet de mettre en évidence certaines anomalies (syndrome inflammatoire, maladies auto-immunes, lymphomes, etc).

³⁵⁵ Un arrêté du 13 août 2014 fixe les conditions de la biologie délocalisée : catégories de praticiens autorisés à réaliser des prélèvements ; lieux de réalisation de la phase analytique de l'examen.

**Tableau n° 7 : état des lieux des réalisations et projets de mutualisations
de laboratoire de biologie médicale**

GHT	Localisation de la Biologie dans les établissements	Projet de biologie de GHT	Mention de la biologie dans le PMP	Commentaires
94 Nord	Biologie pour partie sur site et une partie externalisée (convention avec un EPS)	pas de projet à ce stade	x	Biologie du CHM réalisée par l'hôpital Saint-Camille (convention) Biologie des hopitaux de Saint-Maurice réalisée pour partie aux HSM : bactériologie externalisée au CHIC
Aube et Sezanne	Biologie sur site hospitalier ou externalisée	réflexion en cours sur un regroupement de la biologie	x	
Beaujolais	Biologie pour partie sur site et une partie externalisée en laboratoire privé	Réflexion en cours au CH de Tarare sur la biologie avec la création d'une maison médicale	x	Le Laboratoire du CH de Villefranche : prélèvements des CH de Trévoux, Val d'Azergues et Beaujeu via navettes Les CH de Tarare, Grandris et de Beville : laboratoires privés
Broceliande	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	En 2020, le laboratoire du CHBA prendra en charge les analyses du CH Ploërmel	x	Projet (en cours d'étude) de biologie délocalisée adossé au CHBA pour l'hôpital de Belle-Île Maestroit sollicite Redon ; Nivillac sollicite Vannes ; Ploërmel avec un laboratoire privé de Ploërmel
Centre Franche-Comté	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	Projet en cours d'étude	x	Collaboration entre le CHU de besançon et le CH de Pontarlier à l'étude
Cher	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	laboratoire de biologie multisites entre le CH J. Cœur et le CH de Vierzon (Objectif fin 2020).	x	Le CH G. Sand envoie ces examens au CH J. Cœur, le CH de Saint Amand Montrond et CH de Sancerre ont externalisé les examens vers des laboratoires privés. Le CH de Vierzon a un laboratoire interne
Cotentin	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé		x	Non concerné car GHT gériatrique avec des EHPAD
LMFI	laboratoire au sein des EPS + hopitaux membres d'un GCS	pas de projet de biologie de territoire en cours de réalisation	x	Sur les 10 établissements du GHT, 5 disposent d'un laboratoire de biologie médicale
Haute-Corse	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	pas de projet de biologie de territoire en cours de réalisation	x	
Limousin	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	pas de projet de biologie de territoire en cours de réalisation	x	L'éloignement géographiques des CH entre eux (délais et coût des transports), absence d'une masse critique suffisante n'ont pas permis l'émergence de mutualisations probantes
Mayenne	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	Pas d'extension de la biologie du GCS envisagée pour l'instant aux autres établissements	x	La biologie est pour partie organisée autour du GCS de la Mayenne (CH Laval CHNM), programme biologie. Etude de mutualisation d'activités péri-biologiques
Ouest Audois	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	pas de projet mentionné		pas de mention de la biologie dans le PMP
Var	Biologie pour partie en EPS / partie externalisée en laboratoire privé	transfert du laboratoire du CH de Hyères sur le CHI Toulon LA Seyne	x	

Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les GHT

Annexe n° 9 : analyse des projets médicaux partagés

Une méthodologie d'analyse basée sur un examen exhaustif des actions définies par les PMP

L'analyse des modes de collaboration mis en œuvre au sein des GHT a nécessité la définition d'une méthodologie spécifique par la Cour, en l'absence d'outil préexistant. La méthode retenue a consisté à analyser les 1 902 filières de soins (soit 1 560 filières cliniques et 342 filières médico-techniques³⁵⁶) identifiées dans 129 PMP, en affectant à chaque filière un modèle-type de collaboration. Au total, pour les seules activités cliniques, 29 modèles de collaboration ont pu ainsi être dégagés au fil de l'analyse des PMP. Ces modèles collaboratifs ont par la suite été regroupés au sein de six groupes (A à E) constitués en fonction de l'intensité des collaborations prévues. Enfin, les six groupes ont été rassemblés au sein de trois familles: les collaborations de nature fédérative, intégrative et les collaborations hors GHT.

Tableau n° 8 : répartition des 29 modèles de collaboration recensées dans les PMP

nature des collaborations	sous-groupes	nombre de modèles de collaboration
fédérative	groupe A: collaborations documentaires (partage de procédure) et/ou échanges de pratiques et/ou partage de projets	3
	groupe B: Entraide médicale sans modification de l'offre de soins	4
	groupe C: Entraide médicale avec création d'une nouvelle offre de soins	5
intégrative	Groupe D: intégration débutante des équipes médicales	2
	Groupe E: intégration marquée des équipes médicales	11
hors GHT	Groupe F: collaborations médicales prévues en dehors du GHT	4

Source : Cour des comptes

Trois groupes d'actions (A, B et C), d'intensité croissante, peuvent être rattachés au modèle fédératif :

Les actions du groupe A : il s'agit de collaborations documentaires (partage de procédures et de protocoles) et/ou d'échanges de pratiques et/ou de partage de projets. 26,7 % des filières de soins cliniques identifiés dans les PMP relèvent exclusivement de ce type de collaborations dont à titre d'illustration :

- la définition ou l'harmonisation de protocoles communs de prise en charge de patients à l'échelle d'un territoire. C'est notamment le cas dans les liens entre Ehpad / services d'urgence et services de gériatrie ;
- la mise en œuvre (ou l'intensification) de dispositifs de télémédecine (téléconsultation, télésurveillance et téléexpertise), tout particulièrement dans les domaines cardiologiques,

³⁵⁶ Pharmacie, biologie et imagerie, qui ont fait l'objet d'une grille d'analyse spécifique.

neuro-vasculaire, psychiatrique et dermatologique. Il s'agit souvent d'actions visant à pallier un manque de médecins ;

- une meilleure identification des professionnels de santé ressources au sein d'un territoire, en particulier dans le domaine de la gériatrie, des soins palliatifs, de la psychiatrie ou de la prise en charge de la douleur chronique (par exemple : constitution d'annuaire) ;
- des actions de communication à destination des professionnels de santé de ville, afin de mieux assurer la prise en charge coordonnée des patients et éviter les ruptures ;
- des actions de communication à destination du grand public afin de mieux faire connaître l'offre de soins existante au sein du GHT ;
- la mise en place d'actions de coordination au sein du GHT : dossier de spécialités partagés, cellule de gestion des lits de territoire, commission territoriale d'admission en SSR, structure de liaison, COPIL de filières, charte de collaboration en matière d'HAD, création de poste d'animateur de filières, etc. ;
- l'organisation d'actions de formation communes au sein du GHT, notamment dans le cadre du DPC ou la mise en œuvre de cadre d'échanges pérennes entre spécialistes (RCP élargies en cancérologie ou pour la prise en charge de l'obésité, CREX et RMM) ;
- l'harmonisation de mode de fonctionnement d'équipes différentes mais de même spécialité (mode de décompte du temps de travail des urgentistes, alignement du mode de fonctionnement du bloc) ;
- la mise en commun du fonctionnement de certaines instances comme les CLUD de territoire ou encore les CLAN, COMEDIMS ou comités hospitaliers d'éthique.

Les actions du groupe B : il s'agit d'actions plus engageantes pour l'établissement support, sollicité pour apporter une aide en termes de ressources humaines médicales ou paramédicales, sans pour autant induire une modification de l'offre de soins. Ces actions, peu nombreuses (3,3 %), visent essentiellement à maintenir une offre dans un contexte de démographie médicale dégradée.

Les actions du groupe C : ces actions visent à apporter une aide en termes de ressources humaines médicales ou paramédicales. Il s'agit du cas de figure le plus fréquent (35,2 % des filières). Il prévoit en effet un échange de temps médical, le plus souvent de l'établissement support vers les établissements parties, avec création d'une offre de soins nouvelle, entendue au sens le plus large. Il peut s'agir :

- de l'organisation de nouvelles consultations avancées dans des spécialités médicales non représentées dans l'établissement partie (par exemple : neurologie, cardiologie, oncogériatrie et psycho-gériatrie) ;
- de vacations opératoires nouvelles proposées localement aux patients dans des spécialités chirurgicales ou interventionnelles ;
- de la création d'un nouveau service de soins en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète comportant une dimension territoriale : unités cognitivo-comportementales (UCC), pôles d'activités et de soins adaptés pour personnes âgées (PASA), soins de suite et de réadaptation (SSR) ;

- d'un projet de révision concerté des autorisations sanitaires afin d'apporter plus de cohérence à l'offre de soins du GHT, sans pour autant entraîner de diminution du nombre de sites ou même des capacités d'hospitalisation.

Ainsi, les actions des groupes A, B et C, bien que d'intensité inégale, comportent de réels effets positifs à attendre pour les patients. Ces actions traduisent en effet un réel effort de dialogue des professionnels autour de la prise en charge concrète des patients se traduisant par des partages de protocoles et de ressources médicales et/ou paramédicales. Ces actions traduisent également une volonté des GHT d'accroître leurs parts de marché en utilisant plusieurs méthodes : des actions de communication auprès des professionnels libéraux ou des patients ; des partages de procédures permettant de clairement indiquer les voies d'adressage des patients en privilégiant les transferts intra-GHT ; la mise en place de consultations avancées visant à renforcer le recrutement en périphérie au bénéfice des établissements périphériques et de l'établissement support, permettant à ce dernier d'assurer les prises en charge de référence ou de recours. Nombre des actions du groupe C comportent un impact significatif en termes de recrutement de nouveaux professionnels de santé et de mise en œuvre de nouvelles activités, tout particulièrement en matière de SSR.

Une minorité des collaborations ont une nature intégrative.

26,9 % des actions prévues dans les PMP comportent une nature intégrative débutante (groupe D) ou significative (groupe E).

Les actions du groupe D (8,5 %) visent à mettre en œuvre des fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) ou des équipes médicales de territoire à échéance du PMP. À ce titre, ces collaborations sont considérées comme débutantes. Ces actions concernent essentiellement les filières urgences, périnatalité, cardiologie et oncologie, particulièrement touchées par le manque de ressources médicales. Ces actions visent ainsi à apporter une réponse par le rapprochement des équipes fondés sur le volontariat.

Les actions du groupe E (18,4 %) sont celles qui comportent la plus forte dimension intégrative. Il s'agit majoritairement de la mise en œuvre de pôles inter-établissements ou d'équipes de territoires coordonnées par un praticien du GHT désigné³⁵⁷ (8,8 % des filières), mais aussi de révision des adressages entre établissements membres afin de constituer des pôles de compétence et de spécialisation au sein du GHT (modèle E3 à E5, soit près de 6 % des filières).

Les actions d'intégration de plus forte intensité ayant pour conséquence la fermeture de services hospitaliers (fermeture totale ou partielle avec ou sans compensation) constituent des situations très rares (modèles E1 et E2) : ces actions n'ont en effet été retrouvées qu'à 23 reprises sur les 1 560 filières analysées.

Enfin dans près de 8 % des cas (actions du groupe F), les actions portées par les PMP nécessitent de dépasser les limites du territoire. Il s'agit le plus souvent d'actions liées à la taille

³⁵⁷ Les activités cliniques les plus concernées par la mise en œuvre de pôles inter-établissements ou d'équipes de territoire sont, dans l'ordre décroissant, les activités de médecine d'urgence, de gériatrie, d'oncologie, d'hygiène, de gynécologie-obstétrique, de soins palliatifs, de chirurgie, de cardiologie, d'addictologie et de pneumologie. Liste non exhaustive.

trop réduite du GHT qui ne lui permet pas de développer des actions de façon autonome et l'oblige à rechercher une collaboration à l'extérieur.

Au total, les GHT, qui se sont constitués dans une logique majoritairement fédérative, ne pourront pas conduire à une restructuration hospitalière significative, faute d'actions spécifiques le prévoyant dans les PMP. Les grands équilibres en termes d'implantation de l'offre de soins (nombre d'établissement de santé, nombre de bloc) seront, selon toute vraisemblance, conservés au terme de la première génération des PMP, sauf à ce que des mesures externes au GHT puissent intervenir (réforme des autorisations, fermeture de sites faute de ressource médicale). Dans tous les cas, ces restructurations seront majoritairement subies, car non anticipées dans le cadre de PMP. À titre d'illustration, le PMP du GHT Sud Drome Ardèche prévoyait en 2017 le maintien des trois maternités du territoire, bien que la maternité du CH de Privas ne soit en mesure d'atteindre les 300 accouchements par an³⁵⁸ depuis plusieurs années. L'administrateur provisoire du CH de Privas a signifié à l'ARS le 15 juillet 2019 l'arrêt des accouchements au CH de Privas. De même pour le GHT Savoie-Belley, qui comporte cinq maternités dont deux auront des difficultés à se maintenir à 10 ans d'après l'ARS³⁵⁹, dont celle de Bourg-Saint-Maurice. Le GHT s'oriente vers un maintien de tous les sites en misant sur un hypothétique renforcement de l'attractivité des postes médicaux³⁶⁰.

De plus, les PMP ont largement retenu une approche centrifuge de la compétence médicale avec près de 38 % des filières qui prévoient la création d'une offre de soins nouvelle³⁶¹ ainsi que la projection de médecins dans les établissements parties. Si ceci permet d'attester d'une réelle prise de conscience de la dimension territoriale de l'offre de soins par les praticiens des établissements support, elle peut être aussi analysée comme une dispersion inquiétante des forces médicales et des investissements sur le territoire. Ainsi, plusieurs GHT éloignés des grandes métropoles prévoient la création de nouveaux centres de radiothérapie³⁶² ou de procréation médicalement assistée³⁶³, de nouvelles prises en charge en chirurgie³⁶⁴.

³⁵⁸ Moins de 200 accouchements en 2016.

³⁵⁹ Lettre de cadrage de l'ARS ARA du 1^{er} septembre 2016.

³⁶⁰ La Cour recommande depuis 2015 de réinterroger les autorisations de ces deux maternités (Cour des comptes, *Les maternités*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr).

³⁶¹ C'est-à-dire la somme des actions de collaboration relevant des modèles CI, C2, C4, C5 et F3.

³⁶² GHT Moselle Est, GHT Nord-Ardenne.

³⁶³ GHT Aube et Sézannais, GHT Nord-Ardenne.

³⁶⁴ GHT centre-Bretagne, qui prévoit dans son PMP la mise en œuvre d'une nouvelle activité de chirurgie bariatrique. L'ARS Bretagne confirme le recrutement en 2019 du chirurgien spécialisé dans ce domaine par le GHT.

Tableau n° 9 : modélisation des actions de collaboration prévues dans les PMP

nature des collaborations	sous-groupes	modèle de coopération principal mentionné dans le PMP	nombre de filières concernées	ratio	ratio sous-groupes	ratio par nature des collaborations	
modes de collaborations de nature fédérative	groupe A: collaborations documentaires (partage de procédure) et/ou échanges de pratiques et/ou partage de projets	Modèle A1: collaborations médicales et/ou paramédicales et/ou institutionnelles au sein du GHT avec partage d'informations et/ou de projets, sans impact sur l'offre de soins lié aux seuls GHT	377	24,2%	26,7%	65,3%	
		•Modèle A2: réflexions engagées mais non abouties (lettre d'intention)	39	2,5%			
		•Modèle A3: mise en place d'un processus d'agrément propre au GHT autorisant l'intervention de prestataires extérieurs	1	0,1%			
	groupe B: Entraide médicale sans modification de l'offre de soins	•Modèle B1: partage croisé de temps médical (ou paramédical) sans déplacer ni les patients, ni les activités, sans création nouvelle d'offre de soins (y compris avec l'appui de la télémedecine).	28	1,8%	3,3%		
		•Modèle B2: coopération entre l'établissement support et les établissements parties afin de fluidifier l'aval de l'établissement support	14	0,9%			
		•Modèle B3: collaboration centrée autour de la mise en œuvre d'une PDES commune au sein du GHT et pour la filière concernée (ou une composante de la filière)	6	0,4%			
		•Modèle B4: Un établissement partie vient aider L'établissement support en temps médical	4	0,3%			
	groupe C: Entraide médicale avec création d'une nouvelle offre de soins	•Modèle C1: l'établissement support porte assistance à un ou plusieurs établissement(s) partie(s) avec création d'une nouvelle offre de soins localement	61	3,9%	35,2%		
		•Modèle C2: collaboration médicale renforcée avec création d'une offre de soins nouvelle dans les établissements parties ou dans l'établissement support pour le compte du GHT et partage de protocoles et procédures dans le but d'accroître les parts de marché du GHT et diminuer les taux de fuite	371	23,8%			
		•Modèle C3: activité hors GHT ramenée dans le GHT via un ou plusieurs établissement(s) et/ou communication auprès des praticiens libéraux (recherche d'une diminution des taux de fuite)	23	1,5%			
		•Modèle C4: collaboration médicale renforcée via la seule télémedecine dans les EPS parties	21	1,3%			
		•Modèle C5: le PMP prévoit une modification des autorisations détenues au sein du GHT: demande de nouvelles autorisations ou modification des autorisations détenues ou révision de la planification sanitaire	73	4,7%			
	modes de collaborations de nature intégrative	Groupe D: intégration débutante des équipes médicales	•Modèle D1: constitution d'une fédération (FMH) ou projet à moyen terme d'équipe de territoire pour une spécialité donnée, dont la constitution ou la coordination ne sont pas précisées	122	7,8%		8,5%
			•Modèle D2: partage de plateaux techniques permettant aux praticiens d'intervenir sur des plateaux techniques partagés	10	0,6%		
		Groupe E: intégration marquée des équipes médicales	•Modèle E1: transfert d'activité et des patients vers l'établissement support avec abandon des activités en périphérie	5	0,3%		18,4%
•Modèle E2: transfert d'activité et des patients vers l'établissement support avec maintien de consultations en périphérie ou transformation d'activité			17	1,1%			
•Modèle E3: création de pôles de compétences au sein des établissements membres avec transfert d'activité (ou non développement volontaire) et fermetures des sites concurrents au sein du GHT			5	0,3%			
•Modèle E4: création de pôles de compétences au sein des établissements avec transfert d'activité et fermetures partielles des sites concurrents au sein du GHT			9	0,6%			
•Modèle E5: révision des adressages au sein du GHT afin d'accroître la gradation et les files actives vers des structures déjà existantes au sein du GHT			77	4,9%			
•Modèle E6: constitution d'un service médical commun (pôle inter-établissement, équipe de territoire) pour une spécialité donnée coordonnée par un praticien du GHT			138	8,8%			
•Modèle E7: création d'une structure de coopération spécifique (avec ou pas personnalité morale), regroupant les activités des membres du GHT			11	0,7%			
•Modèle E8: actions d'intégrations fortes dans le cadre de GHT de petite taille avec une direction commune couvrant la totalité des établissements			19	1,2%			
•Modèle E9: l'établissement support assure un transfert partiel de son activité vers un établissement partie			1	0,1%			
•Modèle E10: abandon d'une activité complète sur un plateau technique périphérique au profit d'une activité ambulatoire et partage du plateau technique central entre praticiens du GHT			4	0,3%			
•Modèle E11: projet architectural permettant de structurer une équipe de territoire sur un site unique nouveau		1	0,1%				
collaborations hors GHT		Groupe F: collaborations médicales prévues en dehors du GHT	•Modèle F1: constitution d'un service médical commun (ou FMH) pour une spécialité donnée coordonnée par un praticien non membre du GHT ou par fusion d'équipes depuis un autre GHT	8	0,5%	7,9%	
			•Modèle F2: absence de partenaires: les mesures du PMP ne concernent qu'un seul établissement au sein du GHT	48	3,1%		
	•Modèle F3: collaboration médicale renforcée depuis un autre GHT (ou CHU associé) avec création éventuelle d'une offre de soins nouvelle dans les établissements du GHT et partage de pratiques ou de procédures		65	4,2%			
	•Modèle F4: transfert d'activité entre un établissement du GHT et un établissement hors GHT		2	0,1%			
total			1560	100,0%	100,0%	100,0%	

Source : Cour des comptes d'après l'analyse de 129 PMP (France métropolitaine)

Annexe n° 10 : les déterminants d'une intégration médicale poussée au sein d'un GHT

Une méthodologie basée sur la définition d'un score intégratif spécifique à chaque GHT

La méthodologie est identique à l'analyse globale des PMP figurant dans l'annexe n° 9, à la différence que l'analyse est menée à l'échelle de chaque GHT à travers la détermination d'un score intégratif spécifique. Ce score est fondé sur le rapport entre le nombre de filières relevant d'un modèle intégratif (actions du groupe D et E) et le nombre total de filières identifiées dans le PMP : ainsi, un PMP constitué à 100 % d'actions relevant des groupes A, B ou C affichera un score intégratif de 0 %, alors qu'un PMP constitué à 100 % d'actions relevant des groupes D ou E affichera un score intégratif de 100 %. Il s'agit dans tous les cas d'un score d'ambition intégrative car fondé sur des projets médicaux et non des constats.

Par ailleurs, la notion de direction commune³⁶⁵ d'un GHT peut être définie par le fait qu'un seul directeur exerce son autorité sur l'ensemble des établissements MCO membres du GHT³⁶⁶. Cette situation se retrouve dans 47 GHT sur les 131 GHT métropolitains et a deux origines :

- soit le GHT bénéficie d'une direction commune pour l'ensemble des établissements MCO du GHT (concerne 32 GHT au 1^{er} janvier 2020) ;
- soit le GHT est composé d'un seul établissement MCO. Cette situation est liée soit à la définition du périmètre des GHT réalisée en 2016, soit à la fusion juridique de l'ensemble des établissements MCO appartenant au GHT intervenue depuis 2016 (ce qui concerne au total 15 GHT).

Résultats : une direction commune facilite l'intégration des équipes médicales sans être néanmoins une condition nécessaire ou suffisante

La valeur du score intégratif par GHT varie de façon considérable entre 97 %³⁶⁷ pour des PMP présentant des actions intégratives quasi-généralisées et 0 % pour les GHT affichant exclusivement des actions de nature fédérative. La valeur du score intégratif dans les GHT conduits par une direction commune est en moyenne de 29,7 %, contre 23,7 % pour les autres GHT. Parmi les 25 GHT présentant les scores intégratifs les plus forts figurent 13 GHT en direction commune (soit 52 %). *A contrario*, parmi les 25 GHT présentant les scores intégratifs les plus faibles, figurent quatre GHT en direction commune.

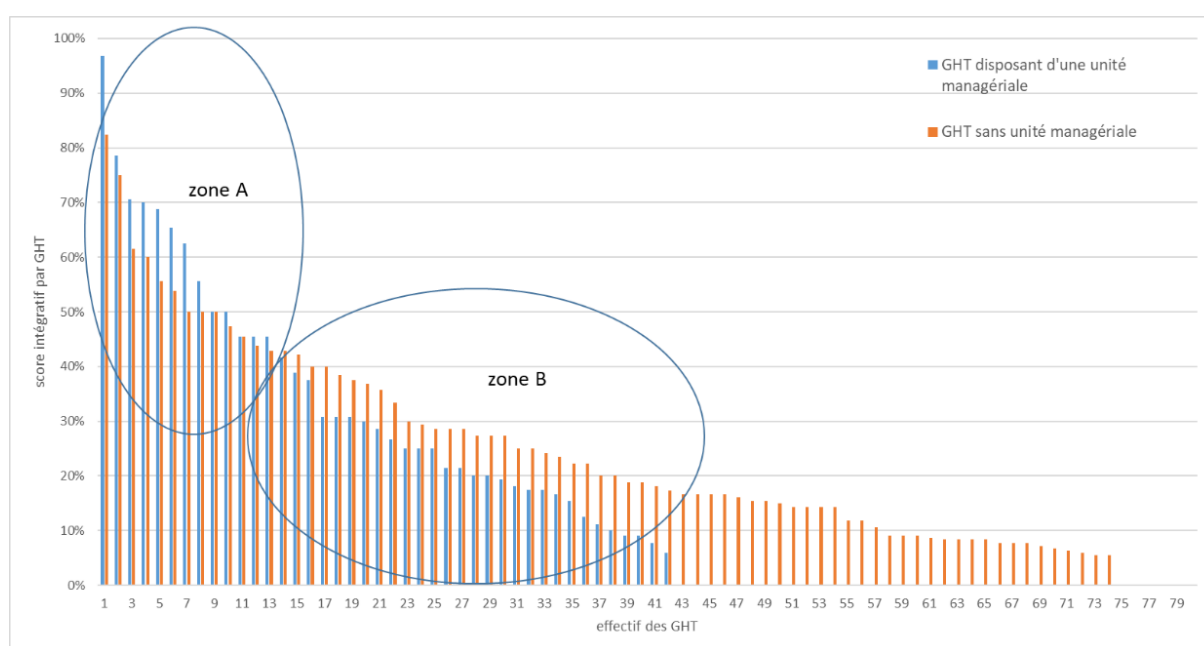
³⁶⁵ Sur délibération des conseils de surveillance, les établissements peuvent être gérés dans le cadre d'une convention de direction commune. Chaque établissement conserve alors sa personnalité juridique, son autonomie financière et ses instances. Une délibération contraire peut néanmoins y mettre un terme.

³⁶⁶ Établissement entendu au sens de personne morale réalisant une activité totale MCO supérieure à 1 000 séjours PMSI par an.

³⁶⁷ C'est le cas par exemple du GHT de l'Artois (97 %), du GHT Union hospitalière de Cornouaille (82 %), du GHT Nord-Essonne (79 %), du GHT de Champagne (75 %) ou du GHT Brocéliande Atlantique (71 %).

La prise en compte de la totalité des GHT dans le graphique ci-après laisse apparaître des résultats plus contrastés. En effet, si la zone A du graphique montre que les GHT qui présentent les scores intégratifs les plus élevés font l'objet d'une direction commune, la zone B tend à montrer qu'il ne s'agit pas d'une condition indispensable pour les GHT affichant des scores intégratifs intermédiaires. Il apparaît cependant qu'une intégration poussée des filières de soins (avec un score intégratif supérieur à 60 %) est plus facilement obtenue dans un contexte de direction commune.

Graphique n° 13 : valeur du score intégratif pour chaque GHT avec ou sans direction commune



Source : Cour des comptes, calculs établis pour 129 GHT métropolitains

Annexe n° 11 : analyse de l'activité de soins des GHT

Au cours de l'instruction, il est apparu qu'un nombre significatif des professionnels rencontrés faisait état d'une captation à l'œuvre par les établissements support des GHT d'une partie de l'activité hospitalière réalisée auparavant en proximité, dans les établissements parties. La Cour a cherché à documenter cette remarque en ayant recours aux données hospitalières.

Une méthodologie basée sur l'étude de l'évolution de l'activité de 112 GHT

La méthodologie vise à établir une analyse comparative de l'évolution de la production de soins dans les établissements support et parties des GHT. La période d'analyse prise en compte (2014 à 2018) est centrée sur l'année de mise en œuvre des GHT (2016) afin que les résultats des années 2014 et 2018 soient symétriquement le plus à distance possible de la réforme. L'analyse porte sur l'activité MCO (avec et hors séances), SSR et HAD³⁶⁸. La méthodologie retenue consiste à évaluer, pour chaque GHT³⁶⁹, la dynamique de l'activité hospitalière en distinguant celle de l'établissement support et la somme de l'activité produite par les établissements parties sur la période. Afin de rendre plus intelligible les résultats, chaque GHT a été ensuite affecté au sein d'un des cinq groupes suivants :

- groupe A : GHT pour lequel l'activité de l'établissement support évolue plus de deux fois plus favorablement que l'activité réunie des établissements parties ;
- groupe B : GHT pour lequel l'activité de l'établissement support évolue plus favorablement que l'activité réunie des établissements parties dans la limite posée par le groupe A et C ;
- groupe C : GHT pour lequel l'activité de l'établissement support et l'activité réunie des établissements parties évoluent dans des proportions proches (+/- 1 %) ;
- groupe D : GHT pour lequel l'activité réunie des établissements parties évolue plus favorablement que l'activité de l'établissement support dans la limite posée par le groupe E et C ;
- groupe E : GHT pour lequel l'activité réunie des établissements parties évolue plus de deux fois plus favorablement que l'activité de l'établissement support.

L'effet généralisé de captation de l'activité par les établissements support n'est pas démontré

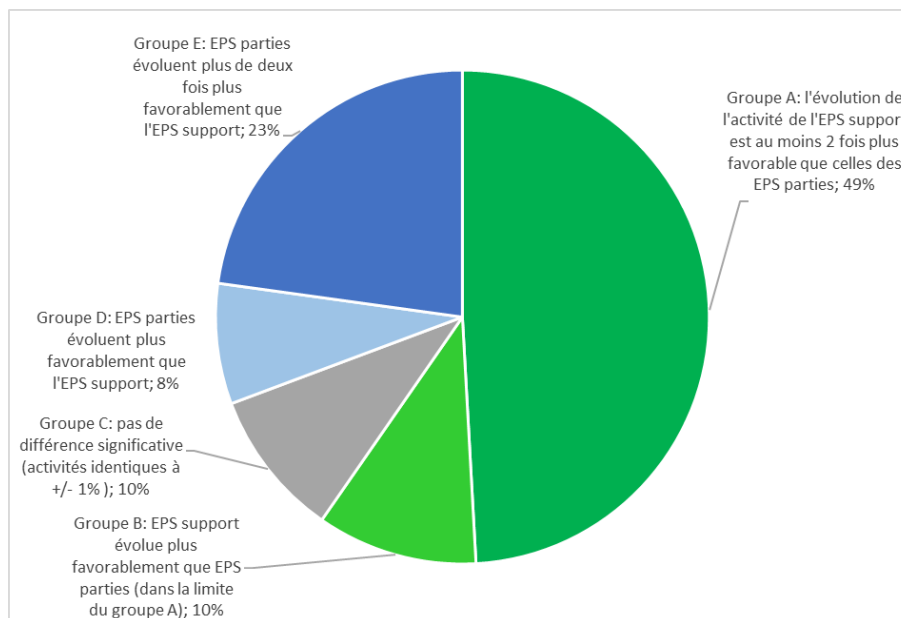
- En matière d'activité MCO hors séances :

Sur un effectif de 112 GHT analysées selon cette méthodologie, les résultats font apparaître que 59,6 % des GHT ont un profil d'activité qui relèvent du groupe A ou B et 30,7 % du groupe D ou E. Dans 10 % des cas, l'évolution de l'activité des établissements support et parties sont proches. Au niveau national, ces résultats ne permettent donc pas de conclure à un effet de captation de l'activité par l'établissement support au détriment des établissements parties.

³⁶⁸ L'activité de psychiatrie n'a pas été prise en compte. En effet, dans un cas sur deux, l'EPSM assure seul cette mission au sein du GHT.

³⁶⁹ Les GHT à orientation exclusivement psychiatriques, les GHT mono-établissement MCO ainsi que les GHT dont les données sont partielles, ont été exclus du champ de l'étude.

Graphique n° 14 : analyse comparative de l'évolution de la production de soins dans les établissements support et parties des GHT entre 2014 et 2018



Source : Cour des comptes d'après les données Atih-PMSI 2014 à 2018

Cependant, ces résultats permettent de mieux appréhender le ressenti des professionnels et des élus locaux rencontrés dans un certain nombre de territoires pour lesquels l'évolution de l'activité de l'établissement support apparaît très significative au regard des établissements parties. En effet, dans les 30 GHT les plus concernés par ce phénomène, l'établissement support a connu une progression de son activité de plus de 19 % supérieure en moyenne à celle des établissements parties.

L'existence d'une direction commune des établissements MCO du GHT est souvent soupçonnée d'être à l'origine d'un phénomène de « siphonage » organisé de l'activité par l'établissement support au détriment d'une activité de proximité réalisée antérieurement dans les établissements parties. Pourtant, parmi les 30 GHT pour lesquels l'activité de l'établissement support a le plus progressé au regard de celle des établissements parties ne figurent que sept GHT faisant l'objet d'une direction commune en 2019. A l'inverse, parmi les 30 GHT pour lesquels l'activité réunie des établissements parties progresse en moyenne de 10 points de plus que celle de l'établissement support, figurent 12 GHT en direction commune. Dès lors, il n'apparaît pas possible de documenter une corrélation entre effet de captation de l'activité et l'existence d'une direction commune.

Au-delà de la question des directions communes, il existe diverses raisons permettant d'expliquer, à l'échelle d'un GHT, que l'établissement support ou les établissements parties aient pu connaître des évolutions différenciées de leurs activités sans que ces évolutions ne puissent être imputées ni au GHT, ni aux directions communes : le départ en retraite d'un praticien à fort recrutement, la fermeture d'un service pour diverses raisons, la fermeture d'un établissement privé ou sa reprise par un groupe, etc.

- En matière de séances :

De façon plus marquée que pour l'activité MCO hors séances, l'activité de séances ne fait apparaître aucun effet de captation de l'activité : sur un effectif de 106 GHT analysés selon la même méthodologie, les résultats font apparaître que 42,5 % des GHT ont un profil d'activité qui relève du groupe A ou B et 43,4 % du groupe D ou E. Dans 14,2 % des cas, l'évolution de l'activité des établissements support et parties est proche durant la période sous revue.

- En matière d'activité de SSR et d'HAD :

Les activités de SSR³⁷⁰ et d'HAD³⁷¹ ne semblent pas influencées par la mise en œuvre des GHT sur la période considérée. En effet, les progressions d'activités réalisées par les établissements support et les établissements parties de GHT sur la période 2014-2018 apparaissent proches. Là encore, aucune captation d'activité par les établissements support ne peut être documentée au plan national.

Graphique n° 15 : évolutions comparées de l'évolution de l'activité d'HAD (gauche) et de SSR (droite) au sein des GHT



Source : Cour des comptes d'après les données Atih 2014 à 2018

³⁷⁰ Étude réalisée à partir des données d'activité PMSI-SSR fournies par l'Atih pour 118 GHT.

³⁷¹ Étude réalisée à partir des données d'activité PMSI-HAD fournies par l'Atih pour 43 GHT.

Annexe n° 12 : intensification des liens entre établissements membres des GHT

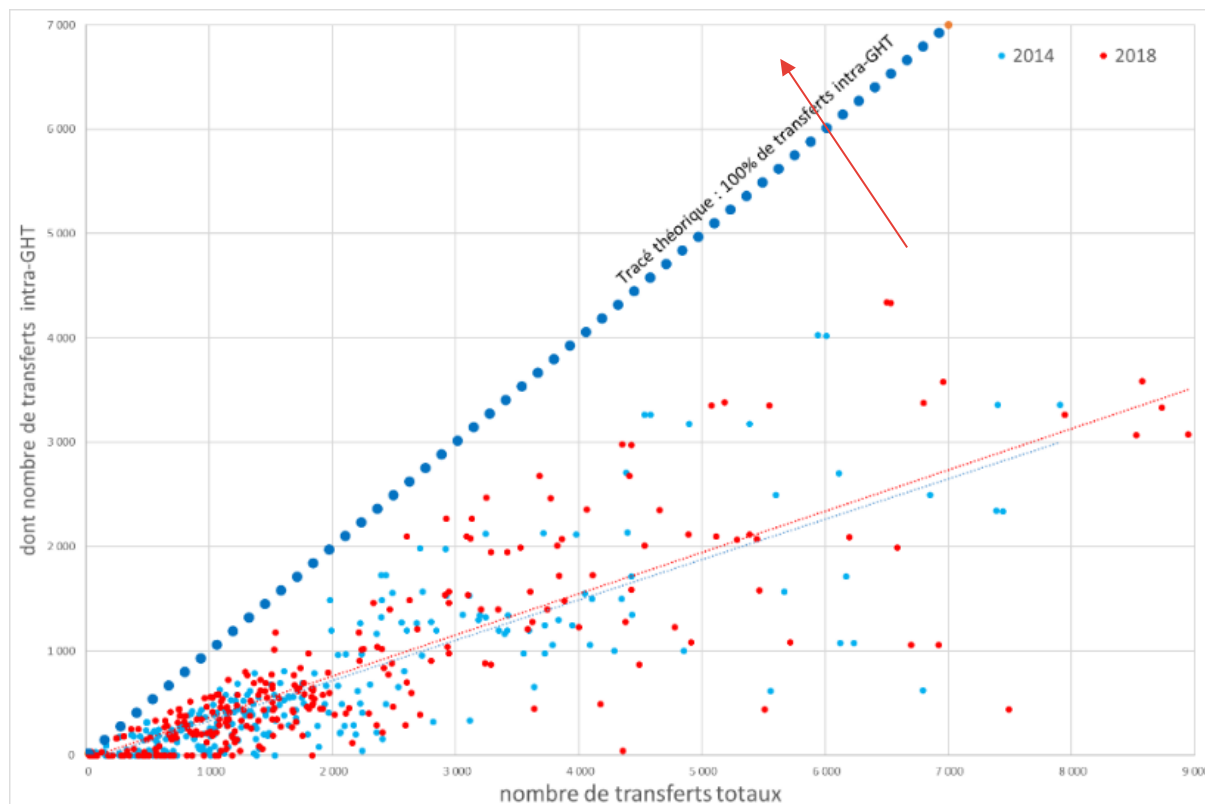
La totalité des PMP visent à faciliter la prise en charge des patients en assurant une prise en charge complète et graduée au sein du GHT. C'est donc bien une intensification des relations entre établissements membres du GHT qui est recherchée. Afin de répondre à la question, la méthode d'évaluation retenue est fondée sur l'hypothèse que l'évolution du nombre de transferts de patients d'un établissement donné vers un autre établissement constitue une mesure objective de l'intensité des relations médicales entre ces deux établissements³⁷².

La proportion des transferts intra-GHT progresse entre 2014 et 2018 dans des proportions très modestes...

En 2014, les établissements MCO ont réalisé 500 975 transferts de patients entrants ou sortants dont 34,6 % au sein du périmètre de leurs GHT (33,8 % pour les seuls GHT métropolitains hors Corse). En 2018, ces établissements ont réalisé 567 279 transferts, dont 37 % en intra-GHT (36,6 % pour les seuls GHT métropolitains hors Corse). Ainsi, comme permet de le visualiser le graphique ci-après, la proportion des transferts intra-GHT a progressé au cours de la période sous revue mais dans des proportions très faibles : ce sont en effet près de 16 000 patients qui, au lieu d'être transférés hors GHT en 2014, l'ont été au sein du GHT en 2018, soit 2,8 % des transferts totaux.

³⁷² Ces transferts peuvent se faire soit dans le cadre d'une gradation des soins (plateau technique plus adapté à l'état du patient), soit après la recherche de disponibilité d'un hébergement hospitalier (dans le cadre de convention de coopération entre établissements membres ou dans le cadre de la déclinaison du PMP), soit dans le cadre du rapprochement d'un patient de son domicile, etc.

Graphique n° 16 : part des transferts intra-GHT dans les transferts entrants et sortant des 132 GHT MCO



Source : Cour des comptes d'après les données de l'Atih-ORFEE

Note de lecture : Chaque GHT est représenté par quatre points (transferts entrants et sortants pour 2014 en bleu et 2018 en rouge). Le tracé théorique correspond à la situation où 100 % des transferts se font au sein du GHT.

... au détriment des établissements ex-OQN et des établissements support des autres GHT

En 2014, les établissements publics MCO ont réalisé 100 579 transferts de patients entrants ou sortants vers ou depuis un établissement privé lucratif, soit 20,1 % des mouvements annuel de patients. En 2018, cette proportion a diminué (18,9 %) soit l'équivalent de 6 400 patients non transférés en cliniques en 2018 au regard de la proportion retrouvée en 2014.

Sur la même période, les transferts d'un GHT vers l'établissement support d'un autre GHT (qui représentaient 24,8 % des mouvements annuels) ont diminué de 1 %, soit l'équivalent de 5 600 patients qui ont ainsi fait l'objet d'une orientation intra-GHT.

**Tableau n° 10 : synthèse des modifications intervenues entre 2014 et 2018
en termes de transferts de patients**

Origine / destination du transfert		2014	2018	évolution
intra GHT		34,2%	37,0%	2,8%
extra GHT		65,8%	63,0%	-2,8%
total		100,0%	100,0%	0,0%
Intra-régional		92,0%	92,9%	0,9%
Extra-régional		8,0%	7,1%	-0,9%
total		100,0%	100,0%	0,0%
Intra-GHT	De/Vers établissement support du GHT	14,4%	15,6%	1,3%
	entre établissements parties du GHT	19,8%	21,3%	1,6%
extra GHT	De/Vers établissement support d'un autre GHT	24,8%	23,9%	-1,0%
	De/Vers établissement OQN	20,1%	18,9%	-1,2%
	entre établissements hors GHT	20,9%	20,3%	-0,7%
total		100,0%	100,0%	0,0%

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'Atih-ORFEE

Au total, la mise en œuvre des GHT en 2016 est associée à une intensification des relations entre établissements membres d'un même GHT, au détriment des cliniques et des établissements support des autres GHT. Ces résultats plaident en faveur d'une stratégie de groupe en cours d'installation.

Annexe n° 13 : GHT et attractivité des patients

Si le territoire peut être une zone de régulation de l'offre hospitalière par la planification sanitaire de l'ARS, de même qu'un lieu privilégié de coopération avec d'autres EPS, il n'en demeure pas moins un espace de concurrence entre offreurs de soins, publics ou privés. L'utilisation des bases de données nationales permet d'observer les flux de patients sur le territoire. Pour ce faire, quatre indicateurs peuvent être mobilisés : les taux de recrutement, les parts de marché, les taux de fuite et les taux d'attractivité. Leurs variations résultent d'un effet combinatoire entre différents facteurs intrinsèques aux établissements de santé (*case-mix* de l'établissement fonction de sa richesse en compétences médicales, capacités internes, stratégie de coopération) et extrinsèques (besoin de la population, environnement concurrentiel, niveau d'isolement de l'établissement). S'il est possible de faire la part des choses à un échelon territorial entre ces différents facteurs, l'analyse nationale d'une somme de phénomènes territoriaux comporte une difficulté méthodologique indépassable. Cependant, l'analyse nationale permet de constater l'apparition d'une tendance générale en matière d'attractivité des hôpitaux publics avant et après la mise en œuvre des GHT.

Des GHT confrontés à une baisse de leurs parts de marché entre 2014 et 2018

L'analyse de l'évolution des parts de marché et des taux de fuite d'un GHT³⁷³ vise à mesurer si la définition d'une stratégie de groupe se traduit par un changement de comportement des patients envers les structures hospitalières publiques.

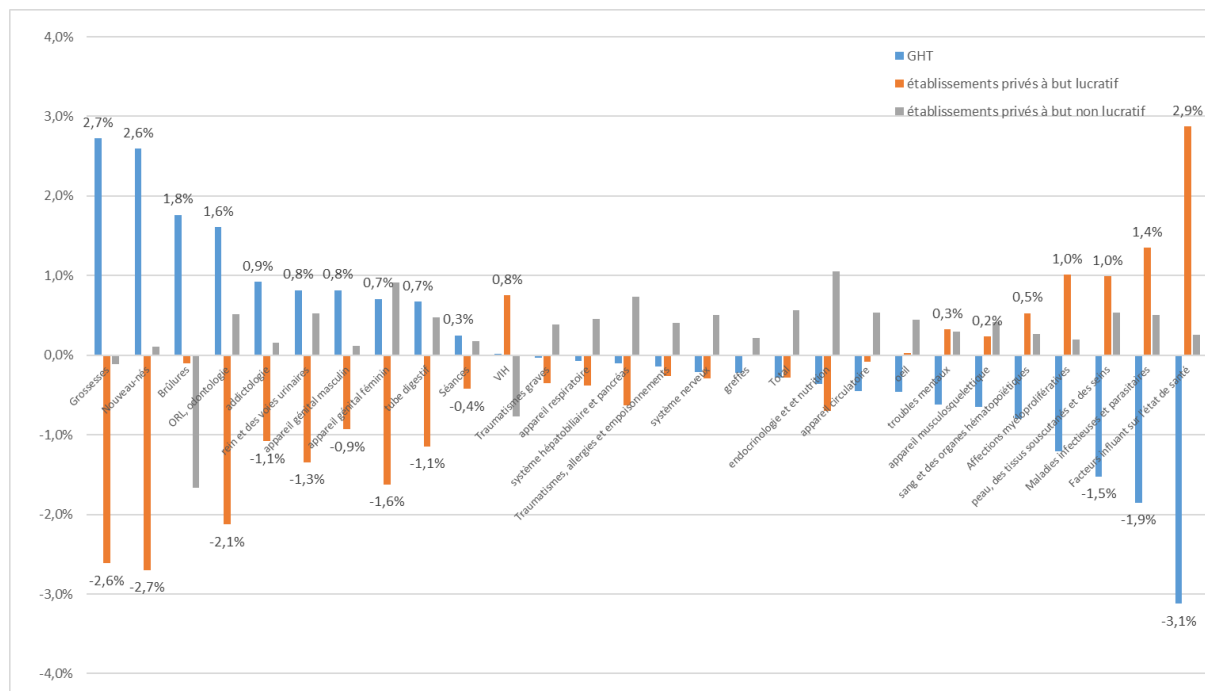
Une baisse des parts de marché des GHT qui s'analyse au regard du secteur privé lucratif

Entre 2014 et 2018, les GHT ont connu une baisse de leurs parts de marché de -0,3 % (séjours y compris séances) qui semble se faire, de prime abord, au profit du secteur privé non lucratif qui a vu son activité progresser de +0,6 %. Le secteur privé lucratif a connu un phénomène identique durant la période sous revue (-0,3 %).

Cependant, les phénomènes à l'œuvre semblent plus complexes. En effet, cette baisse des parts de marché des GHT n'est pas homogène à l'échelle des différentes spécialités médicales et doit s'analyser en creux du secteur privé lucratif. Celle-ci se traduit par un net recul du secteur privé lucratif des activités périnatales générant de fait une augmentation des parts de marché des GHT. *A contrario*, le secteur ex-OQN s'investit plus fortement en cancérologie, les maladies infectieuses et dans la prise en charge plus polyvalente de médecine ou chirurgie (CMD 23).

³⁷³ Le taux de fuite représente les parts de marché absorbées par des établissements situés hors du territoire du GHT. Il s'analyse en fonction de l'offre de soin et de la manière dont la population juge celle-ci.

Graphique n° 17 : évolution des parts de marchés³⁷⁴ du secteur sanitaire entre 2014 et 2018 par catégorie majeure de diagnostic



Source : Cour des comptes d'après les données disponibles Atih-scansanté

Une étude plus fine basée sur un échantillon de 37 GHT homogènes

Les GHT sont implantés sur des territoires géographiquement non délimités qui comportent de plus une grande hétérogénéité (cf. *supra*). Cette hétérogénéité est de nature à créer de nombreux biais dans l'étude des taux de fuite des GHT. En effet, un GHT de taille réduite, comportant un seul établissement MCO au *case-mix* réduit, comportera nécessairement un taux de fuite important au regard de GHT plus homogènes. A ce titre, la méthodologie retenue dans cette étude est basée sur un échantillon de 37 GHT aux contours départementaux. En effet, cette délimitation géographique garantit d'une part une bonne homogénéité des GHT et permet en même temps de délimiter un territoire d'une superficie moyenne de 5 561 km². Le taux de fuite est apprécié au regard du nombre de séjours (hors séances) réalisés dans les établissements sanitaires (publics ou privés à l'intérieur ou l'extérieur du département), pour les seuls habitants domiciliés dans le périmètre territorial du GHT (soit le département)³⁷⁵.

³⁷⁴ En séjours et séances.

³⁷⁵ Ceci permet en effet d'éviter l'effet des vases communicants : une augmentation des parts de marché d'un GHT se traduirait sinon mécaniquement et en partie par une baisse des parts de marché du GHT voisin.

Une légère diminution des parts de marché des GHT qui profite principalement au secteur privé lucratif

Analysées à l'échelle des 37 GHT retenus, les parts de marché des GHT ont reculé de 0,5 % sur la période 2014-2018 au profit du secteur ex-OQN (+0,3 %) et des établissements hors GHT³⁷⁶ (+0,2 %). De plus, il apparaît que c'est le secteur ex-OQN situé en dehors du périmètre territorial du GHT qui profite le plus de ce recul des GHT (+0,4 %) alors même que les cliniques situées dans le périmètre départemental du GHT voient leurs parts de marché légèrement s'effriter (-0,1 %).

Tableau n° 11 : évolution des parts de marché pour les 37 GHT retenus dans l'échantillon

	séjours 2014	séjours 2015	séjours 2016	séjours 2017	séjours 2018	évolution 2014-2018
nombre de séjours réalisés par les patients domiciliés dans les 37 départements	4 626 574	4 698 201	4 827 024	4 859 746	4 883 970	5,6%
Parts de marché des GHT	43,7%	43,6%	43,3%	43,1%	43,1%	-0,5%
parts de marché du secteur ex-OQN (pour les patients domiciliés dans les 37 départements)	38,4%	38,4%	38,7%	38,8%	38,8%	0,3%
dont parts de marché du secteur ex-OQN départemental	31,0%	30,9%	30,9%	31,0%	30,9%	
parts de marchés hors GHT (EPS hors département) et hors OQN (ESPIC)	17,9%	17,9%	18,0%	18,1%	18,1%	0,2%
dont parts de marché des établissements support d'autres GHT	6,8%	6,7%	6,8%	6,8%	6,7%	-0,1%

Source : Cour des comptes d'après les données de l'Atih

L'étude des parts de marché des 37 GHT retenus montre que 18 GHT ont connu une baisse de leurs parts de marché au cours de la période 2014-2018, principalement au bénéfice du secteur ex-OQN (pour 11 GHT). Cependant, durant la même période, 16 GHT ont connu une évolution inverse.

Tableau n° 12 : évolution des parts de marché (pdm) des GHT entre 2014 et 2018

Typologie	nombre de GHT concernés	%	%
diminution de la pdm du GHT au profit principalement du secteur OQN	11	29,7%	48,6%
diminution de la pdm du GHT aux profits multiples (ESPIC, autres GHT, OQN)	7	18,9%	
stabilité des pdm du GHT (+/- 0,1%)	3	8,1%	8,1%
augmentation des pdm du GHT au détriment principal du secteur ex-OQN	8	21,6%	43,2%
augmentation des pdm du GHT aux détriments multiples (ESPIC, autres GHT, OQN)	8	21,6%	
Total	37	100,0%	100,0%

Source : Cour des comptes d'après les données de l'Atih

³⁷⁶ C'est-à-dire soit des établissements publics de santé situés hors du GHT départemental, soit des Espic situés dans ou hors du département.

Dans certains territoires, les GHT enregistrent des baisses marquées de leurs parts de marché. C'est le cas par exemple en Mayenne, où le GHT est confronté à une concurrence forte qui a pour caractéristique d'être exercée par des cliniques situées en dehors du département.

Tableau n° 13 : évolution des parts de marché du GHT Mayenne et haut-Anjou

	séjours 2014	séjours 2015	séjours 2016	séjours 2017	séjours 2018	évolution 2014-2018
nombre de séjours réalisés par les patients domiciliés dans le département	79 179	79 625	81 451	81 673	81 707	3,2%
Parts de marché du GHT	55,6%	56,1%	55,0%	53,8%	52,1%	-3,5%
parts de marché du secteur ex-OQN	25,0%	24,5%	25,6%	26,3%	27,6%	2,6%
dont parts de marché du secteur ex-OQN départemental	16,2%	15,0%	15,8%	15,9%	16,7%	0,6%
parts de marchés hors GHT (EPS hors département) et hors OQN (ESPIC du département)	19,3%	19,3%	19,3%	19,9%	20,3%	1,0%
dont parts de marché des établissements support d'autre GHT	13,5%	13,3%	13,3%	13,9%	14,3%	0,8%

Source : Cour des comptes d'après les données de l'Atih

L'attractivité des GHT en dehors de leur territoire n'a pas été modifiée depuis 2014

Le taux d'attractivité territorial³⁷⁷ mesure la part des séjours de patients domiciliés hors département du GHT. En 2018, un GHT réalise 12,8 % de son activité MCO avec la prise en charge de patients domiciliés en dehors des limites territoriales du GHT³⁷⁸. Cette proportion n'a pas connu d'évolution significative depuis 2014 (12,6 %)³⁷⁹. À l'échelle de chacun des GHT, l'évolution de l'activité réalisée hors GHT apparaît modeste et se situe dans un intervalle de -1 à +1 % sur la totalité de la période 2014-2018.

³⁷⁷ Miroir inversé du taux de fuite, il permet d'analyser la capacité d'un établissement à attirer des patients d'autres territoires et ainsi à agrandir sa zone d'influence. C'est par exemple le cas des CHU qui recrutent pour certaines spécialités au-delà de la région où ils sont implantés. Ce taux est à manier avec prudence car, par exemple, les touristes hospitalisés sur leur lieu de vacances peuvent fausser l'identification de la zone de recrutement.

³⁷⁸ Chiffres obtenus par l'examen de l'activité de 37 GHT aux limites départementales.

³⁷⁹ De plus, le volume de séjours réalisés, au sein du GHT, pour des patients domiciliés hors GHT progresse dans les mêmes proportions (+8,1 %) que le volume de séjours réalisés au sein du GHT, pour des patients domiciliés dans le GHT (+8 %).

La zone de recrutement des GHT s'est étendue entre 2014 et 2018 sans que cette extension ne soit corrélée à une hausse d'activité

La zone de recrutement³⁸⁰ des établissements membres de GHT a connu une évolution significative au cours de la période. En effet, 41,8 % des établissements³⁸¹ ont connu une progression de leur zone de recrutement contre 20,4 %, qui ont vu cette zone diminuer et 37,8 % une absence d'évolution. 20,2 % des établissements ont vu cette zone de recrutement progresser de plus de 15 %.

Cependant, pour les établissements concernés, cette extension de la zone de recrutement n'est pas associée à une augmentation du volume de séjour : il n'existe en effet aucune corrélation entre les deux évolutions³⁸². Ces résultats peuvent être sous-tendus par plusieurs phénomènes :

- la désertification médicale : les patients étant en effet contraints de se déplacer plus loin pour trouver un médecin, notamment spécialiste ;
- la mise en place de consultations avancées dans les établissements parties, qui a pu également inciter des patients à se déplacer dans des établissements n'en réalisant pas auparavant ;
- l'arrêt d'une activité de soins en proximité (fermeture d'un site public ou privé), incitant les patients à se déplacer dans un établissement plus éloigné ;
- un renforcement de la gradation des soins : cette gradation se faisant soit vers l'établissement support (gradation ascendante), soit entre établissements membres par une plus grande spécialisation des sites hospitaliers (gradation horizontale). Dans tous les cas, cette gradation est de nature à déplacer les patients sur une plus longue distance et donc à accroître la zone de recrutement sans activité nouvelle à l'échelle du GHT.

³⁸⁰ La zone de recrutement autour d'un établissement est construite en classant les codes géographiques des patients ayant fréquenté l'établissement par nombre de séjours décroissant et en ne gardant que ceux qui participent à 80 % de l'activité de l'établissement. Cette zone ne correspond donc pas à proprement parler à une aire, mais à un volume de codes géographiques en lien direct avec les codes postaux des communes concernées.

³⁸¹ Étude réalisée sur 565 établissements publics de santé MCO (soit 127 GHT représentés).

³⁸² Le coefficient de corrélation linéaire entre la variable « évolution du nombre de séjours entre 2014 et 2018 par établissements » et la variable « évolution du nombre de codes géographiques constituant la zone de recrutement par établissement entre 2014 et 2018 » est de 0,17 et le coefficient de détermination de 0,028.

Annexe n° 14 : nature des activités de soins exercées par les établissements membres des GHT

La réforme des GHT vise à renforcer la gradation des soins entre établissements parties et supports. Mesurer le degré actuel de réalisation de cet objectif nécessiterait d'évaluer l'évolution de la typologie des séjours réalisés dans les établissements parties et les établissements support suivant le triptyque proximité / référence / recours. Or, l'absence de contours en termes d'informations médicales à ces notions ne permet pas de réaliser une telle démarche. L'étude de l'évolution du « *case-mix*³⁸³ » des établissements permet cependant d'apporter un premier éclairage.

L'analyse des *case-mix* tend à montrer que les GHT sont venus renforcer l'offre de soins dans les établissements partis

- La notion de gradation des soins revêt plusieurs acceptions

La notion de gradation des soins, évoquée à plusieurs reprises dans des textes récents³⁸⁴ et très largement abordée dans les PMP, reste néanmoins polysémique.

Une première définition de la notion consiste à mettre en œuvre une centralisation des activités de référence et/ou de recours vers l'établissement support, le plus à même de recevoir ces activités (en termes de compétences et de plateau technique). Les établissements parties assurent alors des missions de soins de proximité. Cette définition a une traduction en termes d'évolution du *case-mix* : dans ce postulat, le *case-mix* des établissements parties devrait tendre vers une stabilisation voire une diminution. Dans le même temps, celui des établissements support, plus homogène³⁸⁵, devrait *a minima* se stabiliser³⁸⁶, voire augmenter.

Mais une deuxième définition de la gradation des soins est aussi avancée. Elle se traduit dans nombre de PMP par référence au principe de subsidiarité, qui consiste à positionner le plus en proximité possible, des activités qui ne nécessitent pas un plateau technique lourd ou des compétences hyperspécialisées. C'est la définition que l'on peut déduire de la position prise par l'OMS en 2018³⁸⁷. Cette vision de la gradation des soins peut se traduire par une augmentation

³⁸³ Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades (GHM), par groupes homogènes de journées (GHJ) pour les prises en charge en soins de suite ou de réadaptation, par groupes homogènes de tarifs (GHT) pour les soins en hospitalisation à domicile, par catégorie majeure de diagnostic (CMD), par catégories majeures cliniques (CMC).

³⁸⁴ Chapitre II de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, « Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la médecine de ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins » ; article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³⁸⁵ Le *case-mix* moyen d'un établissement support est de 99 racines avec un écart type de 31,7 (indicateur R80), alors que celui d'un établissement support est de 52 racines avec un écart type de 31,5.

³⁸⁶ En effet, les établissements support tels que les CHU ne devraient pas voir leurs *case-mix* évoluer de façon significative, étant donné l'éventail des prises en charges déjà assurées avant la réforme.

³⁸⁷ Conférence d'Astana, octobre 2018. Stratégie de développement des soins primaires au plus près des populations défendues par l'OMS : « *Des soins de santé primaires et des services de santé qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout ; et qui sont dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de santé bien formés, compétents, motivés et engagés* ».

du *case-mix* des établissements parties grâce à l'aide apportée par les établissements support (qui verraient alors leur *case-mix* se stabiliser, mais possiblement augmenter ou diminuer selon les territoires et en fonction du degré d'éloignement du CHU).

Enfin, la gradation des soins peut s'entendre comme une démarche horizontale. Dans cette approche, les établissements de santé d'un GHT coopèrent afin de se spécialiser dans un domaine d'activité. L'établissement non spécialisé s'engageant à adresser à l'établissement spécialisé ses patients et réciproquement. Plusieurs GHT ont retenu cette définition de la notion de gradation, notamment en chirurgie carcinologique. Dans ce cas, les *case-mix* sont amenés à peu évoluer.

- L'étude de l'évolution des *case-mix* traduit l'absence d'homogénéité des orientations retenues par les GHT en termes de gradation.

Une étude a été menée par la Cour, sur un échantillon de 115 GHT³⁸⁸ entre 2014 et 2018. La valeur du *case-mix* d'un établissement est donnée par le nombre de racines de GHM nécessaires pour atteindre 80 % de l'activité totale (indicateur dénommé R80) et par le nombre de racines permettant de recouvrir la totalité de l'activité (R100). Le premier indicateur permet de mesurer l'éventail des activités réalisées couramment dans l'établissement, alors que le second renseigne sur la totalité de l'offre de soins proposée par un établissement au cours de l'année. Ainsi le couple R80-R100 d'un CHU avoisine les 145-630 racines alors que pour un hôpital de proximité ces valeurs sont de 25-60. Neuf scénarios d'évolutions du *case-mix* ont par ailleurs été chiffrés.

Tableau n° 14 : évolution 2014-2018 de l'évolution du *case-mix* des GHT

scénarii d'évolution 2014-2018 des case mix	Evolution 2014-2018 du nombre de GHT par scénario					
	R80	%R80		R100	%R100	
1 = case-mix de l'EPS support baisse et case-mix des EPS parties augmente	22	19,1%		10	8,7%	
2 = case-mix de l'EPS support baisse et case-mix des EPS parties stagne	9	7,8%	32,2%	15	13,0%	36,5%
3 = case-mix de l'EPS support stagne et case-mix des EPS parties augmente	6	5,2%		17	14,8%	
4 = l'ensemble des case-mix baisse	40	34,8%		30	26,1%	
5 = l'ensemble des case-mix augmente	8	7,0%	41,7%	6	5,2%	40,0%
6 = l'ensemble des case-mix stagne	0	0,0%		10	8,7%	
7 = case-mix de l'EPS support augmente et case-mix des EPS parties baisse	11	9,6%		6	5,2%	
8 = case-mix de l'EPS support augmente et case-mix des EPS parties stagne	4	3,5%	26,1%	5	4,3%	23,5%
9 = case-mix de l'EPS support stagne et case-mix des EPS parties baisse	15	13,0%		16	13,9%	

Source : Cour des comptes d'après les données de l'Atih-PMSI 2014-2018 (séjours yc séances)

Les résultats de cette étude tendent à montrer l'absence d'une approche homogène de la notion de gradation de soins selon les trois définitions figurant *supra*³⁸⁹. En effet, aucune tendance ne semble prédominer.

De plus, l'effet centrifuge des GHT en matière d'offre de soins, tel qu'on peut le prévoir à la lecture des PMP, trouve une traduction dans la proportion significative des GHT pour lesquels les établissements parties ont connu une évolution positive de leurs *case-mix*. L'étude

³⁸⁸ Les GHT composés d'un seul établissement MCO ont été exclus de l'analyse, en l'absence d'établissements parties, ainsi que les GHT pour lesquels les données de l'établissement support ne sont pas exhaustives sur la période.

³⁸⁹ Les scénarios en rouge (7, 8 et 9) sont à rapprocher de la première définition, les scénarios en bleu (1,2 et 3) sont à rapprocher de la deuxième définition et en blanc de la troisième.

de l'évolution du *case-mix* de chacun des établissements membres d'un GHT sur la période 2014-2018 confirme de façon partielle cet effet de dissémination de l'offre de soins. En effet, la plupart des établissements support (59,8 % d'entre eux) ont vu leur *case-mix* s'appauvrir. Dans le même temps, si une part majoritaire des établissements parties (53,8 %) ont vu diminuer leur *case-mix*, plus d'un tiers ont vu leur *case-mix* s'enrichir (dont 17 % de plus de 10 % de nouvelles racines)³⁹⁰.

Tableau n° 15 : évolution 2014-2018 du *case-mix* des établissements support et parties des GHT

	établissements supports		établissements parties	
	évolution 2014-2018 du Nb de racines pour 80% de l'activité (R80)	évolution 2014-2018 du Nb de racines pour 100% de l'activité (R100)	évolution 2014-2018 du Nb de racines pour 80% de l'activité (R80)	évolution 2014-2018 du Nb de racines pour 100% de l'activité (R100)
gain supérieur à 10%	7,1%	0,8%	17,0%	17,4%
gain entre +1 et +9,9%	15,0%	16,5%	19,0%	24,9%
stabilité (entre -1 et +1%)	18,1%	35,4%	10,2%	10,0%
perte entre -1 et -9,9%	48,0%	47,2%	26,5%	31,2%
perte inférieure à -10%	11,8%	0,0%	27,4%	16,5%

Source : Cour des comptes d'après les données Atih-PMSI 2014-2018

Note de lecture : figure en vert la dynamique qui pourrait être attendue dans le cadre d'un renforcement de la gradation des soins selon la première définition figurant supra et en rouge, la dynamique qui pourrait être analysée comme contraire (deuxième définition).

L'analyse de la valorisation financière des séjours au sein des GHT vient confirmer cette analyse

La valorisation par l'assurance maladie d'un séjour dans un établissement support de GHT est, en moyenne, de 2 065€ en 2019, contre 1 944 € dans un établissement partie. Entre 2014 et 2019, cette valorisation a baissé de 3 % dans l'ensemble des établissements suite aux baisses tarifaires intervenues sur la période. Cependant, cette baisse généralisée ne s'est pas faite de façon homogène à l'échelle de chaque établissement :

- certains ont vu la valorisation moyenne de leurs séjours connaître une hausse, parfois marquée. Cette situation peut s'expliquer par un meilleur codage des séjours, par des recrutements médicaux permettant la prise en charge de nouvelles pathologies et une extension du *case-mix*, par une organisation nouvelle des soins permettant d'accroître le nombre de patients à l'origine d'une rémunération au séjour plus forte de l'établissement, l'arrêt ou la baisse d'une activité peu rémunératrice pour l'établissement, par des revalorisations tarifaires différenciées entre GHM, etc. ;
- certains ont vu la valorisation moyenne de leurs séjours connaître une baisse. Cette situation s'analyse en creux de la situation précédente.

L'évolution 2014-2019 de la valorisation moyenne par séjour montre qu'un tiers des établissements parties ont connu une hausse de cette valeur, contre 22,4 % des établissements support. *A contrario*, la part d'établissements ayant connu une baisse de la valorisation

³⁹⁰ Étude réalisée à partir des données fournies par l'Atih, sur la base de 127 établissements support et 442 établissements répartis dans l'ensemble des régions (y compris DROM). Les établissements pour lesquels la Cour ne dispose pas d'une information exhaustive sur la période sous revue n'ont pas été retenus.

moyenne des séjours est proportionnellement plus forte dans la catégorie des établissements support (68 % contre 57,8 % dans les établissements parties).

Tableau n° 16 : évolution de la valorisation moyenne par séjours entre 2014 et 2019 entre établissements support et parties

	établissements supports de GHT	%	établissements parties à un GHT	%
hausse supérieure à 15%	0,8%	22,4%	8,9%	33,3%
hausse située entre +1 et +14,9%	21,6%		24,4%	
Stabilité (entre +1 et -1%)	9,6%	9,6%	8,9%	8,9%
diminution entre -1 et -14,9%	63,2%	68,0%	48,3%	57,8%
diminution supérieure à -15%	4,8%		9,4%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Cour des comptes, d'après les données de l'infocentre DIAMANT 2014-2019

Au total, l'hypothèse selon laquelle les GHT seraient la cause d'un appauvrissement des établissements parties au profit de l'établissement support ne semble pas vérifiée, ni sur le plan de l'éventail des prises en charge proposées par les établissements parties, ni sur le niveau de complexité de cette prise en charge. Au contraire, un phénomène inverse serait tendanciellement à l'œuvre sans que celui-ci n'ait une portée générale. Cette situation apparaît relativement cohérente avec les orientations générales retenues par les PMP, tendant à prévoir un renforcement de l'offre de soins dans les établissements parties voire la mise en œuvre d'une offre de soins nouvelle.

Annexe n° 15 : concentration, qualité et sécurité des soins

La relation entre le volume d'activité produit par un établissement de santé et le devenir des patients a fait l'objet de travaux nombreux au cours des dernières années, centrés sur l'hypothèse qu'un volume d'activité important était associé à une meilleure qualité et sécurité des soins.

Une récente revue de la littérature³⁹¹ a permis de conclure à une corrélation positive entre une augmentation des volumes d'activité et l'amélioration significative de la mortalité des patients, et ce dans la majorité des procédures chirurgicales. Si une grande partie des travaux scientifiques aboutit à une réflexion sur la mise en œuvre de seuils minimaux en chirurgie, la fixation du niveau précis de ces seuils reste empirique et n'a pas été justifiée scientifiquement.

Si le lien entre le volume d'activité et la mortalité du patient est admis, l'effet de la centralisation des activités sur un plateau technique reste peu exploré.

Une étude finlandaise, s'intéressant aux effets de cette centralisation, a mis en évidence qu'elle ne vient pas répondre uniquement à un besoin de diminution de la mortalité mais bien à une amélioration globale de la prise en charge du patient. L'étude démontre notamment que dans les centres réalisant des volumes importants d'actes, c'est l'ensemble de l'équipe soignante qui gagne en compétence et non uniquement le chirurgien. En 2017, ces travaux ont permis de mettre en évidence que, dans la prise en charge de l'adénocarcinome du pancréas notamment, les centres à plus fort volume d'activité faisaient preuve d'une meilleure lecture des examens d'anatomopathologie, permettant un diagnostic plus affiné des typologies de cancers, et donc un acte chirurgical plus adapté avec une amélioration significative de la survie³⁹². Cette amélioration en matière de cancérologie semble même applicable au-delà du simple acte chirurgical, le respect des bonnes pratiques et des protocoles en oncologie étant dans leur ensemble mieux respectés, et le suivi du patient plus régulier dans ces centres³⁹³.

Cependant, toutes les études ne s'accordent pas à identifier des améliorations dans le devenir du patient, au moins sur le long terme. Par exemple, la centralisation récente de la chirurgie gastrique aux Pays-Bas a amélioré certes la durée de séjour du patient, mais n'a eu aucun effet sur son devenir à court ni à long terme en termes de survie ou de complications chirurgicales³⁹⁴. En Suède, la centralisation de la chirurgie pancréatique n'a eu aucun effet, ni sur le coût, ni sur la durée ce séjour, ni sur le devenir du patient.

³⁹¹ J. Morche, T. Mathes, D. Pieper, "Relationship between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews", *Systematic Reviews*, 2016.

³⁹² R. Ahola, A. Siiki, K. Vasama, M. Vornanen, J. Sand, J. Laukkanen, "Effect of centralization on long-term survival after resection of pancreatic ductal adenocarcinoma", *Br J Surg*, 2017.

³⁹³ L. V. Van de Poll-Franse, Lemmens V. E. P. P., J. A. Roukema, J. W. W. Coebergh, G. A. P. Nieuwenhuijzen, "Impact of concentration of oesophageal and gastric cardia cancer surgery on long-term population-based survival", *Br J Surg*, 2011.

³⁹⁴ S. D. Nelen, L. Heuthorst, R. H. A. Verhoeven et al., "Impact of Centralizing Gastric Cancer Surgery on Treatment, Morbidity, and Mortality", *J Gastrointest Surg*, 2017.

Si la centralisation semble pouvoir améliorer la qualité des soins, la question du niveau du seuil à fixer pour en maximiser l'effet demeure une difficulté. Les travaux qui se sont portés sur cette question ont souvent eu du mal à aboutir, ou alors mettent en évidence des seuils peu réalistes. En l'occurrence, une équipe de chercheurs allemands a montré que dans le cas de chirurgies viscérales complexes, seuls les très hauts volumes d'activités étaient associés à une mortalité inférieure : c'est uniquement à partir de 50 chirurgies par an que la mortalité et les complications chutent réellement³⁹⁵, alors même que le volume médian pratiqué dans les centres est de 5 actes par an.

Par ailleurs, la centralisation peut faire craindre une augmentation des inégalités territoriales d'accès aux soins. Plusieurs études sont venues déconstruire cet argument des détracteurs de la centralisation en s'intéressant au lien entre volume d'activité et devenir du patient, stratifié sur le temps de trajet. Plusieurs études mettent en évidence une absence de différence de mortalité en fonction du temps de trajet. Ainsi pour la chirurgie rectale³⁹⁶, même avec des taux de trajets très longs, le devenir des patients n'est pas affecté sur du long terme³⁹⁷. Plus encore, les études se succèdent pour montrer que dans la majorité des cas, les bénéfices rattachés au fait d'être opéré dans un centre de volume important d'activité est supérieur aux inconvénients liés aux trajets, que ce soit pour la chirurgie du cancer du foie³⁹⁸, de la vessie³⁹⁹, de l'œsophage⁴⁰⁰ ou encore le cholangiocarcinome⁴⁰¹ et le glioblastome⁴⁰².

Cependant, les effets bénéfiques possibles de la centralisation en matière de qualité et de sécurité des soins doivent être pondérés par les effets pervers qu'elle peut induire. En premier lieu, il est important de relever que les améliorations en matière de complications chirurgicales et de devenir à long terme du patient ne concernent pas nécessairement toutes la population de façon homogène. Par exemple, en matière de résection hépatique, une étude américaine menée en lien avec des chercheurs d'une équipe française a démontré que, si les centres à fort volume avaient de meilleurs résultats, cela entraîne également une augmentation des inégalités d'accès aux soins. En particulier, les minorités ethniques, les personnes âgées et les patients avec un nombre important de comorbidités avaient plus de difficultés à accéder à ces centres de hauts niveaux, creusant les inégalités sociales en santé⁴⁰³.

³⁹⁵ U. Nimptsch, T. Haist, I. Gockel, T. Mansky, D. Lorenz, "Complex gastric surgery in Germany-is centralization beneficial? Observational study using national hospital discharge data. Langenbecks", *Arch Surg.*, 2019.

³⁹⁶ K. A. Kelley, J. I. Young, S. Bassale, et al., "Travel distance influences readmissions in colorectal cancer patients-what the primary operative team needs to know", *J Surg Res.*, 2018.

³⁹⁷ Le devenir des patients à court terme est parfois altéré avec une augmentation des durées moyennes de séjour.

³⁹⁸ E. W. Beal, R. Mehta, K. Merath, et al., "Outcomes After Resection of Hepatocellular Carcinoma: Intersection of Travel Distance and Hospital Volume", *J Gastrointest Surg.*, 2019.

³⁹⁹ L. Xia, B. L. Taylor, R. Mamtani, J. P. Christodouleas, T. J. Guzzo, "Associations Between Travel Distance, Hospital Volume, and Outcomes Following Radical Cystectomy in Patients with Muscle-invasive Bladder Cancer", *Urology*, 2018.

⁴⁰⁰ P. J. Speicher, B. R. Englum, A. M. Ganapathi, et al., "Traveling to a High-volume Center is Associated with Improved Survival for Patients with Esophageal Cancer", *Ann Surg.*, 2017.

⁴⁰¹ E. W. Beal, R. Mehta, J. M. Hyer, et al., "Association Between Travel Distance, Hospital Volume, and Outcomes Following Resection of Cholangiocarcinoma", *J Gastrointest Surg.*, 2019.

⁴⁰² C. Lopez Ramos, M. G. Brandel, J. A. Steinberg, et al., "The impact of traveling distance and hospital volume on post-surgical outcomes for patients with glioblastoma", *J Neurooncol.*, 2019.

⁴⁰³ F. Gani, D. Azoulay, T. M. Pawlik, "Evaluating Trends in the Volume-Outcomes Relationship Following Liver Surgery: Does Regionalization Benefit All Patients the Same?", *J Gastrointest Surg.*, 2017.

Plus encore, une étude anglaise a montré que la centralisation avait eu un effet paradoxal de diminution de l'incidence des patients traités chirurgicalement d'un cancer de l'estomac en raison d'une plus grande sélection préopératoire des patients, avec exclusion de nombreux patients et augmentation des délais de prise en charge.

Enfin, un autre phénomène parfois oublié dans l'étude entre le devenir du patient et le volume, donc autour de la centralisation des activités, est la question des effets de la compétitivité entre les structures de soins. Dans cette optique, les travaux précurseurs d'une équipe de recherche anglaise ont montré que la concurrence entre établissements de santé pouvait améliorer le devenir du patient lors d'une chirurgie⁴⁰⁴. Cela est valable à partir du moment où le patient peut choisir le lieu où il se fera opérer.

L'ensemble de ces éléments amène à repenser la centralisation d'activités médicales et chirurgicales dans un cadre permettant de potentialiser les effets positifs tout en limitant les risques d'inégalités. C'est ce qu'a tenté de proposer une équipe d'universitaires suisses, au travers de 13 recommandations⁴⁰⁵. Ils préconisent notamment que le processus de centralisation se fasse en maintenant un nombre de centre minimum pour couvrir le territoire, avec des ressources appropriées permettant d'accueillir la montée en charge d'activité avec des équipes pluridisciplinaires, garantissant un lien avec les autres établissements de santé pour garantir un suivi adéquat des activités. Ces centres doivent nécessairement devenir des pivots pour former les praticiens. Plus encore, les centres créés devront être suivis afin d'évaluer le devenir des patients, avec une attention toute particulière sur le recrutement de ces derniers et la lutte contre la discrimination, les inégalités sociales et territoriale d'accès aux soins.

S'il apparaît que la centralisation d'activités, sur laquelle peut déboucher l'organisation de la gradation des soins au sein des GHT en France, peut améliorer le devenir des patients à court et long termes, elle doit se faire en respectant certaines préconisations pour en optimiser les effets. Elle devra aussi être étudiée activité par activité, les seuils et effets n'étant pas les mêmes pour les activités courantes de proximité et les activités complexes de recours.

⁴⁰⁴ A. Aggarwal, D. Lewis, M. Mason, A. Purushotham, R. Sullivan, J. van der Meulen, "Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study", *The Lancet Oncology*, 2017.

⁴⁰⁵ R. Vonlanthen, P. Lodge, J. S. Barkun, et al., "Toward a Consensus on Centralization in Surgery", *Annals of Surgery*, 2018.

Annexe n° 16 : comparaisons internationales en matière de regroupements hospitaliers

Les années 2000 ont été marquées en Europe et au-delà, par une décentralisation des politiques publiques en matière de santé d'une part, et le regroupement des structures de soins d'autre part, instituant un nouveau niveau de management jusqu'alors peu utilisé : le « niveau macroscopique intermédiaire⁴⁰⁶ ».

Les regroupements sanitaires viennent répondre à des enjeux multiples auxquels tous les pays sont confrontés de manière similaire : les évolutions médicotekniques et le besoin de plateaux techniques ultraspecialisés, l'augmentation des besoins réels et ressentis de santé, liés au vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques amenant à une augmentation forte des dépenses de santé, dans un contexte économique sous tensions.

Ces différentes évolutions ont amené les États à devoir réorganiser leurs offres de soins avec une triple nécessité de garantir des soins de proximité tout en mutualisant les coûts de fonctionnement et en graduant l'offre de soins en fonction des niveaux de recours nécessaires.

En Europe, l'ensemble des pays ont initié cette transformation et des mécanismes de regroupements ont pu être identifiés en Autriche, au Danemark, en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas, en Italie et à Malte⁴⁰⁷. Ces regroupements ont aussi eu une place importante dans les réformes récentes des systèmes de santé au Québec ou à Singapour.

Le modèle de « chaîne de soins » suédois

Le modèle d'organisation des « chaînes de soins » en Suède est probablement le plus ancien d'Europe. Il inspirera par la suite la réforme engagée en Allemagne au début des années 2000 puis celle conduite sous le gouvernement Cameron au Royaume-Uni en 2014.

Ce modèle se concentre sur deux éléments : le développement des soins primaires et de la prévention, pour favoriser le transfert des patients hors des hôpitaux, et la réduction des variations de pratiques et de la qualité des soins à travers le pays.

En pratique, ce modèle fortement décentralisé se base sur des soins dispensés par une variété de prestataires à travers une approche d'équipe multidisciplinaire dépassant ainsi les limites de l'exercice isolé⁴⁰⁸. Bien que les principes fondateurs du modèle soient les mêmes dans tout le pays, le cadre réglementaire laisse une liberté d'appréciation significative aux acteurs locaux et l'application du modèle est laissée à l'appréciation des différents conseils de comté en Suède, entraînant une hétérogénéité dans l'organisation de ces chaînes.

Une des chaînes de soins les plus emblématique est celle du comté de Jönköping dans le sud de la Suède. Composée de 34 centres de soins primaires, de trois hôpitaux de soins intensifs et de 9 500 professionnels de santé, elle dessert un bassin de population de 350 000 habitants. Après un long travail d'entretiens avec des patients et des fournisseurs de soins, l'ensemble des

⁴⁰⁶ Basé sur les travaux de R.B. Saltman et A. Duran, *Governing public hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy* (2011).

⁴⁰⁷ D'après les travaux de European Hospital and Healthcare Federation (HOPE), *Groupings in the Healthcare Sector*, mai 2018.

⁴⁰⁸ Selon OCDE, « Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé », in *Études économiques de l'OCDE* n° 2005/9 (<https://www.cairn.info/revue-etudes-economiques-de-l-ocde-2005-9-page-125.htm>).

acteurs s'est organisé autour du parcours d'un patient (d'où le nom du réseau : « Esther », du nom d'une des patiente ressource). Les premières années du travail ont été consacrées à aligner les capacités des établissements de santé sur la demande spécifique des patients du bassin de vie, tout en renforçant les coopérations entre professionnels et établissements. Cela a notamment permis de créer un processus d'accueil et de transfert inter-établissement, une planification de consultation en libre accès, ou encore un processus de consultations téléphoniques en équipe et des outils de communication et d'éducation thérapeutique en commun.

En cinq ans, le modèle a montré des résultats impressionnants avec notamment :

- une réduction globale des admissions à l'hôpital de plus de 20 % avec un redéploiement des ressources vers les centres de soins primaires ;
- une réduction de 30 % des jours d'hospitalisation pour l'insuffisance cardiaque (objectif principal des premières années de la réforme).

L'organisation du système de santé danois

À la suite de la réforme administrative de 2007 au Danemark, le système d'infrastructures hospitalières est passé de 40 hôpitaux publics sur 82 sites en 2007 à 21 hôpitaux sur 68 sites en 2016. 21 des 68 sites sont des hôpitaux dits « de soins courants », assimilables aux hôpitaux de proximité en France⁴⁰⁹. Certains hôpitaux ont été fermés et leurs activités transférées, d'autres ont été transformés en centres de santé gérés par les municipalités locales⁴¹⁰.

La réorganisation a été accompagnée d'une définition de deux niveaux de soins (proximité et recours) : le niveau général et le niveau spécialisé. Le traitement général correspond aux 90 % des activités les plus courantes : pour décider du niveau de soin, l'opérateur national (*National Board of Health*) utilise certains critères, comme la capacité des services cliniques, le volume de patients, l'expérience et l'expertise des professionnels ou encore l'accès aux installations techniques requises⁴¹¹. Les niveaux de soins sont ajustés annuellement. Les traitements de niveaux spécialisés ont été centralisés dans quelques sites (en règle générale un par région). Pour les traitements de niveau très hautement spécialisé, ils sont généralement situés dans un à trois sites pour l'ensemble du pays (transplantations lourdes, traitement de brûlures graves, etc.).

Cette réforme a induit une centralisation des activités hospitalières, à la fois à l'échelle nationale et régionale, en ce qui concerne les soins hautement spécialisés afin d'accroître les exigences de qualité et sécurité des soins. Par ailleurs, la création de nouveaux services conjoints est en cours, comme les structures de soins aigus : 17 structures hospitalières de soins aigus, pluridisciplinaires, capable de gérer du début à la fin les hospitalisations courtes des patients. En cas de séjours de plus de 48 heures, les patients sont transférés vers des unités hospitalières conventionnelles, améliorant l'organisation de ces services et la gestion des lits.

⁴⁰⁹ Selon les travaux de T. Christiansen, K. Vrangbæk, "Hospital centralization and performance in Denmark – Ten years on", *Health Policy*, 2018.

⁴¹⁰ Dans le but de fournir un service de soins courants aux citoyens, avec des médecins non-salariés qui se succèdent ; parfois centrés sur les maladies chroniques, la réadaptation ou encore la prévention.

⁴¹¹ D'après les travaux de l'observatoire européen des systèmes et politiques de santé menés par M. Olejaz, « Denmark: Health system review », *Health Systems in Transition*, 2012.

Le modèle allemand des chaînes hospitalières

Amorcé au début des années 2000, le développement de chaînes d'hôpitaux en Allemagne est intervenu pour répondre, dans un premier temps à l'évolution des besoins de la population. La particularité par rapport au modèle danois est que ce modèle a été poussé par l'introduction d'une part de rémunération forfaitaire en 2004, qui a augmenté les tensions financières ressenties par les hôpitaux et encouragé la rationalisation des coûts de fonctionnement, devenant ainsi la seule variable d'ajustement budgétaire. À cela s'est ajouté un enjeu de qualité et de sécurité des soins à la suite de l'introduction d'un programme d'analyse comparative de plus de 400 indicateurs de qualité, dans un pays où la pression de la concurrence (dans un contexte de capacité hospitalière excédentaire) est très importante.

Ceci a conduit à de nombreuses fusions et acquisitions d'hôpitaux au cours des années 2000. Une fois les mécanismes de fusions terminés, ce sont des mécanismes de collaboration, de « chaînes d'hôpitaux », qui se sont imposés, plus de la moitié des établissements de santé faisant aujourd'hui parti d'un groupe ou d'une chaîne.

Même si le mécanisme de chaîne n'est pas défini par la réglementation nationale, à l'origine d'une grande hétérogénéité sur le territoire, tant sur les pratiques que sur la forme juridique, une caractéristique commune est que chaque chaîne possède un siège de groupe distinct qui définit la gouvernance, les normes, protocoles et procédures, et gère souvent les fonctions centralisées (approvisionnement, logistique, *back-office*). En revanche, chaque site du groupe est administré par une équipe locale avec délégation de décision dans les conditions définies par le conseil d'administration du siège. Les économies de ce modèle viennent d'une réduction des coûts de fonctionnement en centralisant les services de soutien (gestion de la qualité, des finances, du contrôle, RH, informatique, audit, etc.).

Une des particularités du modèle allemand est le niveau de dispersion important des structures liées à une même chaîne de soins : les fournisseurs de soins au sein d'une chaîne ont tendance à être répartis à travers le pays et non pas concentrés dans une zone géographique donnée. À titre d'illustration, une des plus grande chaînes, Helios Kliniken⁴¹², est répartie dans toute l'Allemagne : la majorité de la population a ainsi un accès à un établissement du groupe en moins d'une heure de route⁴¹³.

Les chaînes sont basées sur un modèle collaboratif, défini par un cadre stratégique et un projet collaboratif. L'organisation de ce maillage est aussi animée par des rencontres régulières entre les chefs de départements médicaux des organisations partenaires pour améliorer la pratique et la qualité des soins.

⁴¹² 10 hôpitaux, 15 Ehpad, 49 centres de soins, cinq centres de réadaptation et sept centres de prévention.

⁴¹³ D'après les données du *National Health Service*.

Les regroupements d'établissements de santé au Québec

Les réformes françaises en cours en matière d'organisation des soins peuvent rappeler le modèle québécois, dont l'intégration est une tendance de fond depuis plusieurs années. Ce modèle est conçu comme une réponse aux dysfonctionnements du système de santé de la province canadienne via une forte dynamique intégrative⁴¹⁴.

Le système de santé au Québec a subi, au cours des 50 dernières années, quatre phases de réformes dont l'avant dernière, dans les années 2000, avait trois grands principes : une gestion orientée vers les résultats, la transparence et la responsabilisation des organisations et une orientation du système vers une gestion plus intégrée. L'étape la plus marquante est la création des centres de santé et de services sociaux (devenus centres intégrés de santé et de services sociaux – CISSS – depuis 2015). Des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont été créés pour faciliter la fusion de centres locaux de services communautaires, de centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres hospitaliers d'un même territoire. À terme, 95 CISSS doivent être créés⁴¹⁵. A ces établissements ont été déléguées la responsabilité de la santé de leur population et l'organisation des services de santé. Ils ont également pour rôle de coordonner les activités sur la base d'un projet de santé territorial, proches des projets régionaux de santé français.

La restructuration des infrastructures de santé au Royaume-Uni : le « *New care Models Programme* »

Depuis mars 2015, plusieurs hôpitaux ont été identifiés au Royaume-Uni pour devenir des structures d'avant-garde dotées de financements spécifiques. L'objectif est de créer cinq types de structures :

- des systèmes intégrés de soins primaires et de courte durée, regroupant certains services spécifiques pour s'organiser collectivement autour des soins à prodiguer à une population (services de médecine générale, premier recours hospitalier, soins communautaires et de santé mentale) ;
- des prestataires communautaires multi-spécialités permettant le transfert de certains soins spécialisés des hôpitaux vers la communauté ;
- l'amélioration de la santé dans les foyers de soins, en particulier en offrant aux personnes âgées de meilleurs services de santé, de soins et de réadaptation intégrés ;
- les soins d'urgence ;
- les collaborations en soins actifs : relier les hôpitaux locaux pour améliorer leur viabilité clinique et financière, en réduisant les variations de pratiques et d'efficacité.

⁴¹⁴ Selon les travaux de J. Turgeon, *Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010) ?* Cairn.info (<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2011-1-page-57.htm>).

⁴¹⁵ Selon la thèse de doctorat de L. Cazin, *Regrouper pour mieux gouverner ? le cas des hôpitaux publics français*, sous la direction de Jean-Claude Sardas, 2017.

Au total, il s'agit pour ces cinq nouveaux modèles d'organisation de proposer une meilleure répartition des soins sur le territoire, avec plus de soins en proximité et une centralisation des soins de recours pour en garantir la qualité et la sécurité, en mettant en réseau tous les acteurs. Il s'agit d'un des rares modèles où l'efficacité économique n'est pas un objectif, et où un important montant financier a été alloué pour permettre son organisation (133 M€ en 2015/16, 112 M€ en 2016/17 et 101 M€ en 2017/18)⁴¹⁶.

Le modèle californien de « CareMore »

CareMore est un plan de santé intégré et un système de prestation de soins pour les patients relevant des dispositifs *Medicare* et *Medicaid*. La société a été fondée en 1993. Elle est constituée à l'origine un groupe médical régional du sud de la Californie. Aujourd'hui, *CareMore* prend en charge 100 000 patients dans huit États avec des revenus annuels de 1,2 Md\$. La société a développé un modèle de soins conçu pour cibler les patients à haut risque en termes de maladies chroniques grâce à une coordination des soins ciblée, une éducation des patients et une gestion proactive de la maladie.

Pour ce faire, *CareMore* exploite des centres de soins de quartier qui agissent comme des extensions des cabinets de médecins de soins primaires. L'objectif du centre de soins est de fournir un guichet unique pour les services de soins ainsi que les services sociaux (déplacement, repas) et la gestion des rendez-vous avec les hôpitaux partenaires. Chaque centre offre une gamme de services médicaux de soins primaires ainsi que de podologie, de santé mentale, de gestion du diabète, de gestion des plaies, de gestion de l'hypertension et de prévention. En 2016, *CareMore* a annoncé un partenariat avec l'application de covoiturage pour offrir des trajets gratuits aux patients du *Care Center* et augmenter encore l'accessibilité.

Au total, les expériences internationales confirment la tendance à la création des nouveaux niveaux de managements des organisations de santé avec des regroupements de structures, pour répondre à des enjeux de rationalisation des coûts et de réponse graduée et adaptée aux besoins de santé croissants des populations. Il s'agit dans tous les cas d'organiser le compromis entre le besoin de proximité, la recherche d'efficacité des plateaux techniques coûteux et l'amélioration significative de la prise en charge des maladies chroniques. Si ces réformes semblent plus anciennes dans les autres pays d'Europe qu'en France, elles sont en grande majorité basées sur une souplesse laissée aux acteurs locaux pour s'organiser⁴¹⁷, tout en maintenant des objectifs d'efficacité. Enfin, dans la majorité des pays confrontés à ces transformations, c'est en dotant les structures intermédiaires d'une responsabilité populationnelle que ces ensembles ont pu atteindre leurs objectifs et en adossant à une logique économique un volet épidémiologique en lien avec les besoins des populations.

⁴¹⁶ Basé sur les travaux du *National Health Service* britannique, publiés en septembre 2016 : *New care models : vanguards – developing a blueprint for the future of NHS and care services*.

⁴¹⁷ Tant sur le périmètre que sur les modalités opérationnelles de fonctionnement.

Annexe n° 17 : situation des directions communes dans les GHT au 1^{er} janvier 2020

GHT	Direction commune à l'ensemble des établissements MCO (> 1000 séjours/an)	Direction unique suite à une fusion juridique	GHT constitué dès 2016 avec un seul établissement MCO	direction commune à l'ensemble des établissements MCO
ARA-03 - Bresse Haut-Bugey	1			
ARA-04 - Cantal	1			
ARA-12 - Rhône Nord Beaujolais Dombes	1			
BFC-01 - Saône-et-Loire-Bresse Morvan	1			
BFC-02 - Bourgogne méridionale	1			
BFC-06 - Nièvre	1			
BRE-01 - Bretagne Occidentale	1			
GE-09 - Mame Haute-Marne Meuse	1			
NOR-05 - Centre Manche	1			
OCC-06 - Lozère	1			
BFC-11 - Haute-Saône		1		
BRE-03 - Groupe hospitalier Sud Bretagne		1		
GE-04 - Nord Ardennes		1		
IDF-01 - 77 Nord		1		
IDF-05 - Nord Essonne		1		
IDF-15 - Paris psychiatrie et neurosciences		1		
BFC-09 - Nord Franche-Comté			1	
BFC-12 - sud cote d'or			1	
HF-04 - Artois-Ternois			1	
HF-11 - Oise Sud			1	
HF-12 - Oise Nord Est (ONE)			1	
IDF-10 - 94 Nord			1	
IDF-77 Est - Provins			1	
NOR-03 - Cotentin			1	
NOR-09 - Val de Seine et Plateaux de l'Eure			1	
ARA-11 - Nord Dauphiné				1
BFC-04 - Sud Yonne-Haut-Nivernais				1
BFC-05 - Nord Yonne				1
BFC-08 - Jura				1
BRE-04 - Brocéliande Atlantique				1
BRE-06 - Rance Émeraude				1
BRE-08 - Centre Bretagne				1
GE-06 - Aube et Sézannais				1
HF-03 - Artois				1
IDF-08 - 93/95 (Plaine de France)				1
IDF-09 - 93 Est				1
IDF-11 - 94 Est				1
IDF-14 - Nord Ouest Val d'Oise				1
IDF-16 - Psy Sud Paris				1
NA-02 - Atlantique 17				1
NA-09 - Navarre-Côte Basque				1
NA-12 - Vienne				1
NOR-01 - Les Collines de Normandie				1
NOR-04 - Caux Maritime				1
NOR-11 - Groupe hospitalier Mont Saint Michel				1
PACA-06 - Alpes du Sud				1
PDL-05 - Vendée				1
Total	10	6	9	22

Source : Cour des comptes, analyse établie pour les seuls établissements MCO