



Hélène Corrotte

Le 22/08/2019

Université de Lille
-Faculté d'ingénierie de la Santé- ILIS
Master 2 Management Sectoriel

**L'amélioration du parcours patient
au sein des groupements hospitaliers de territoire**

JURY

Directeur de mémoire : **Dominique PICAULT**, Directrice de la stratégie
Président du Jury : **Stanislas WOCH**, Maître de Conférences associé
3^{ème} Membre du jury : **Johanne Saison**, Professeur à l'Université de Lille

Année Universitaire 2018-2019 Master 2 Management sectoriel

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé-ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent, en priorité, à ma directrice de mémoire, Madame Dominique Picault, pour sa gentillesse, son enseignement et son soutien.

Je tiens à remercier très respectueusement les membres du jury, Monsieur Stanislas Woch et Madame Johanne Saison, de me faire le grand honneur d'accepter d'évaluer ce travail.

Ensuite, mes remerciements s'adressent aux nombreuses personnes pour leurs conseils, leur soutien ou, tout simplement, pour leur amitié.

Je tiens également remercier tous les professionnels qui ont répondu au sujet de mon enquête : Madame Cécile Guitard, Monsieur Serge Gunst, Monsieur Yves Marlier et le Dr Stéphane Chochois, Madame Delmotte , Monsieur Guyader Eric, Monsieur Morin Maxime.

A mes grands-parents, ma mère, mon beau-père, mon frère et ma belle-sœur qui n'ont cessé de croire en moi depuis le commencement de mon cursus universitaire. Mon amour pour eux est immense.

A l'intégralité de mes collègues, la directrice de la Promotion de la Personne, Madame Bérangère Douchain, le Directeur Général, Monsieur David Leclercq, de l'APEI du Valenciennois, pour leur bonne humeur, leur bienveillance et leur soutien depuis mon premier jour de stage.

A mon compagnon de vie, Henri, qui m'a soutenu depuis le premier jour dans la rédaction de cet ouvrage.

A mes fidèles amies, Justine et Justine, pour leur soutien sans faille

« Les hommes se plaisent à penser qu'ils peuvent se débrouiller seuls, mais l'homme, le vrai, sait que rien ne vaut le soutien et les encouragements d'une bonne équipe. »

Tim Allen

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANDEM	Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CAP	Commission administrative paritaire
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNG	Centre national de gestion
CPT	Communautés psychiatriques de territoire
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSIRMT	Commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
DES	Directeur d'Etablissement support
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale
DPC	Développement professionnel continu
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses

GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCS-ES	Groupement de coopération sanitaire établissement de santé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIHS	Groupement interhospitalier de secteur
GIP	Groupement d'intérêt public
GIE	Groupement d'intérêt économique
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute Autorité de santé
HPST	Loi « Hôpital, Patient , santé , Territoire »
MCO	Secteur court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique
PGPF	Plan global de financement pluriannuel
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
SI	Système d'Information
SIH	Syndicat interhospitalier
SIH	Système d'Information convergent
SROS	Schéma régionaux d'organisation sanitaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE 1: LA GENESE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE .

Chapitre Préliminaire : La réorganisation de l'offre de soins sous l'ère des réformes hospitalières.

CHAPITRE I : Les outils mis en place par la réglementation des ght

Chapitre II : La mutualisation des fonctions supports

PARTIE 2. DES ENTRETIENS SUIVIS AVEC METHODE

Chapitre I. Circonscrire l'objet de l'étude

Chapitre 2 : discussion des résultats de la recherche

CONCLUSION

INTRODUCTION

« Sans doute cet article ne retient-il pas l'attention du grand public, et de ceux qui ne sont pas spécialistes de notre système de santé. C'est pourtant l'une des mesures les plus structurantes de ce texte pour l'avenir de notre système de santé » [1]

C'est ainsi que la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine présentait la réforme des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) devant L'Assemblée Nationale en mars 2015. En effet, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), en date du 26 janvier 2016, impose la transformation des Communautés hospitalières de territoire (CHT) en GHT. Ils *« seront un instrument très puissant de lutte contre la désertification médicale, garantissant la présence d'un hôpital de proximité partout sur le territoire national »*. [2]

Ces GHT sont ainsi définis comme étant *« un dispositif de coopérations entre les établissements hospitaliers »*[3]. Cette annonce constitue le point de départ d'une refonte de la carte hospitalière, et, au-delà, d'une réorganisation des soins en France.

C'est donc par leur mise en place que la coopération détient dès lors un caractère obligatoire, obligeant les établissements de santé à intégrer un GHT sous peine d'une sanction financière. C'est en rendant obligatoire la coopération territoriale par le biais de l'adhésion à un GHT, qu'il s'agissait ainsi de tourner la page d'une période au cours de laquelle les établissements hospitaliers s'étaient parfois livré à une compétition certaine pour prendre des patients en charge.

Ainsi, on dénombre aujourd'hui sur notre territoire 135 GHT rassemblant 891 établissements. Ce caractère obligatoire a pour but de *« réduire l'écart encore, d'une part la logique concurrentielle liée au modèle de financement à l'activité (T2A), aux difficultés en matière de démographie médicale et plus largement à la contrainte économique, et d'autre part, la « raison territoriale »* ». Ces 135 GHT vont par conséquent organiser l'offre de soins publique, mais aussi le maillage avec l'offre de soins de premiers recours pour une population de 500 000 habitants en moyenne.

L'élaboration au sein de chaque GHT, d'un projet médical commun, la mutualisation des départements d'information médicale (DIM) ou encore la future certification conjointe des établissements d'un GHT ainsi que les dispositions particulières à l'organisation de la prise en charge des personnes vivant avec un trouble psychique sont des éléments indispensables à une bonne coopération.

L'objectif de ces GHT est donc bien d'assurer une meilleure coordination territoriale et de poursuivre un décloisonnement du système de santé entre sanitaire et médico-social, entre ville et hôpital. Ces GHT s'engagent à se coordonner autour d'une « *stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé* ». Cette disposition est notamment prévue par le décret du 27 avril 2016. En effet, ce décret prévoyait une gouvernance « à la carte », même s'il pose certains principes d'organisation. Il va venir préciser les modalités de mise en place de la LMSS.

135 GHT, cela signifie 135 projets médicaux partagés différents, tenant compte du territoire et des caractéristiques de la population desservie, chacun s'adressant à des populations dont l'état de santé et les besoins ne sont pas identiques.

Cependant, le rapport de fin de mission publié en Février 2016 de Mme Hubert et Mr Martineau nous met en garde sur un élément à ne pas mettre de côté : « *Les thématiques que sont le projet médical partagé, les systèmes d'informations convergents ou encore le département de l'information médicale territoriale sont de nature à modifier grandement l'organisation de l'offre de soins publique sur le territoire. Pour que cette mesure puisse produire tous ses effets en matière d'optimisation des parcours patients, il faut que les responsables hospitaliers communiquent clairement sur la territorialisation de leur offre. Cette pédagogie et l'étroite association des usagers et des élus constituent, à nos yeux, la clé de la réussite des GHT* ».

Par conséquent, cette réussite suppose une évolution des mentalités. En effet, depuis tant d'années, la coopération hospitalière a été appréhendée comme un moyen « pudique » de promouvoir des opérations de restructuration. L'objectif des GHT est ici de penser l'organisation hospitalière dans une logique de gradation des soins et d'aménagement des territoires.

Néanmoins, de nombreuses craintes ont été soulevées. On peut dès lors noter que dans un communiqué du syndicat des psychiatres des hôpitaux en date du 16 octobre 2015 les établissements spécialisés craignent principalement de se retrouver noyés en adhérant à

des GHT composés d'établissements généraux dont la définition du projet médical ne tiendrait pas suffisamment compte des spécificités notamment de la psychiatrie et de son organisation.

La LMSS pose à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangibles, pour les patients. Un parcours s'entend dès lors comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux pour une meilleure gradation des prises en charge. Ainsi, des champs de réflexion et des domaines d'actions à investir afin de fluidifier les parcours patients, leur coordination, les nœuds d'interactions sont déclinés au sein des PMP de chaque GHT.

L'objectif de ce mémoire est par conséquent de mener une enquête autour de la structuration de l'offre de soins sur le territoire et de répondre à cette problématique :

Depuis l'instauration des Groupements Hospitaliers de Territoire, quels sont les outils mis en place visant à améliorer le parcours patient ?

Pour répondre au plus près de cette problématique, deux hypothèses se forment : la première serait que le Projet Médical Partagé de chaque GHT est le point d'ancrage de la structuration de l'offre de soins, possédant des outils d'amélioration du parcours patient. La seconde, elle, viendrait contre balancer la première en venant expliquer que les GHT ne sont qu'une continuité des réformes hospitalières précédentes et qu'en la pratique, les professionnels mettent en application des éléments déjà créés par le passé.

PARTIE 1: LA GENESE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE .

CHAPITRE PRELIMINAIRE : LA REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS SOUS L'ERE DES REFORMES HOSPITALIERES.

Les autorités sanitaires attachent la plus grande importance à la question de l'organisation et de la répartition de l'offre de soins. L'organisation de l'offre de soins est par conséquent confrontée en permanence à plusieurs défis : Il faut dès lors s'adapter aux besoins de santé, prendre en compte les contraintes démographiques et géographiques, faire face aux contraintes financières, tout en améliorant la qualité, la sécurité et l'efficience des prises en charge.

Cette politique de transformation de l'offre de soins va amener les établissements de santé à coopérer. Près d'un demi-siècle après la loi Boulin de 1970 portant réforme hospitalière, la coopération entre établissements de santé entre au cœur de la réforme hospitalière et aux fondements mêmes de la structuration de cette offre.

§1 : La création de la carte sanitaire dans la loi du 31 Décembre 1970

Le cadre institutionnel fixé par la loi du 31 Décembre 1970 est marqué par un hospitalo-centrisme affirmé. Robert Boulin, alors ministre de la santé publique et de la sécurité sociale place l'hôpital comme « le pivot de l'organisation des soins ». Il ajoute qu'il est « un élément primordial de la santé publique ». Dès lors, la mise en place du service public hospitalier associant les établissements publics et la plupart des établissements privés à but non lucratif s'accompagne d'un important effort de modernisation.

Cette loi a été l'introduction d'une véritable histoire de l'organisation de l'offre de soins sur le sol français. La problématique de la coopération inter-hospitalière a donné lieu à un travail législatif continu depuis maintenant 48 ans où de nombreux outils ont été élaborés au fil des réformes hospitalières. Parmi eux, elle met en place les premières formes de coopération avec le groupement interhospitalier de secteur dit GIHS et le syndicat interhospitalier dit SIH. Celui-ci est un établissement public qui peut exercer toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier. Cependant, les SIH ont disparu de notre système de santé. Ensuite, la carte sanitaire voit le jour ainsi que le service

public hospitalier en 1970 dans le but de mieux organiser le système hospitalier et de le rationaliser.

Cette carte sanitaire a été créée avec une sectorisation sur le modèle initié par la psychiatrie dès 1960 dans une circulaire ministérielle en date du 15 mars 1960 relative « au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ». Nous verrons qu'avec le temps ce terme de « sectorisation » s'étend à évoluer, surtout sur le regard porté sur les soins psychiatriques. Cette terminologie de « sectorisation » se définit alors comme un « dispositif consistant essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques ». A compter de la loi Boulin du 31 Décembre 1970, ce « découpage » devient une composante d'un règlement d'ensemble puisque le découpage sectoriel et les équipements lourds doivent être arrêtés dans le cadre de la carte sanitaire. Cette sectorisation vise le recensement de la totalité des lits et des équipements lourds pour contrôler les demandes de création, de transformation ou d'extension des hôpitaux publics ou des cliniques privées.

Dès lors, une coopération et une planification vont être les pierres angulaires d'une stratégie nationale de santé qui vont poser les bases d'une organisation territoriale hospitalière.

§2: L'émergence du niveau régional, pivot de l'organisation de l'offre de soins

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée vont tenter de mettre fin à l'hospitalo-centrisme. En effet, c'est en consacrant l'émergence du niveau régional comme niveau pertinent pour l'organisation de l'offre de soins hospitaliers qu'elles insufflent une nouvelle ère de la coopération entre établissements publics de santé un ensemble varié de dispositifs. Le terme de « groupement » va alors naître dans la mise en place de Groupement d'intérêts publics (GIP), groupements d'intérêts économique (GIE) mais également le Groupement de coopération sanitaire (GCS) qui va être présenté comme une adaptation des GIE et GIP. Ce dernier a été conçu pour « décloisonner » la distinction entre établissements publics et privés et est un nouveau moyen d'engager des coopérations en matière d'activités de soins.

Pourtant, même si des coopérations ponctuelles sur des fonctions ou activités ont été constatées par la mise en place de ces groupements de coopérations sanitaires, les démarches restent limitées. C'est pourquoi, La loi du 2 Janvier 2002 vient compléter les

GCS d'un « alter-ego » destiné aux coopérations dans le domaine médico-social par la mise en place d'un Groupement de coopération sociale et médico-sociale. De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre la mise en place de « réseaux de santé ».

§3: Le maillage structural de l'offre de soins sous la loi HPST

Les dispositions de la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » en date du 21 juillet 2009 dite HPST vont aller plus loin en plaçant le territoire de santé comme le maillon structural principal de l'organisation des soins donnant naissance aux « bassins de vie » devenus très rapidement des « bassins de santé ». Ce changement de terminologie se veut toujours dans la continuité de cette volonté de décloisonnement du domaine du sanitaire mais également des autres volets de l'offre de soins comprenant notamment les soins de premiers secours, le secteur social et le médico-social. Parallèlement, l'ordonnance du 4 Septembre 2003 voulait progressivement intégrer le secteur psychiatrique à la planification générale. Ce mode de coopération, dépourvu de la personnalité morale, a poussé les rédacteurs du rapport Larcher de prévoir une collaboration en se fondant principalement sur l'adhésion des établissements concernés à un projet médical commun. Désormais, l'ambition du législateur a été de généraliser l'articulation locale au sein des territoires de santé par la mise en place de Communautés hospitalières de Territoire dites CHT entre établissements publics de santé avec un ou plusieurs GCS dits de moyens.

La loi HPST a ainsi mis en place deux types de groupement de coopérations sanitaires : Les GCS de moyens et les GCS- établissement de santé. Le GCS de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il a pour but d'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche, de réaliser ensuite ou de gérer des équipements d'intérêts communs et enfin de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux.

CHAPITRE I : LES OUTILS MIS EN PLACE PAR LA REGLEMENTATION DES GHT

Comme nous avons pu le constater dans le chapitre préliminaire , la mise en place des GHT depuis la LMSS fait écho aux réformes hospitalières qui la précèdent. En effet, depuis la loi Boulin en date du 31 Décembre 1970, le seul mot d'ordre est la « coopération ». Cette coopération a pour but d'établir une restructuration profonde du système de santé . Elle retrace l'histoire évolutive des outils propres à la mise en œuvre d'actions communes entre établissements hospitaliers en vue d'une meilleure coopération.

Ces actions avaient un but commun : réorganiser l'offre de soins autour d'un territoire aux divers besoins de santé de la population.

Dans un soucis de vouloir poursuivre la transformation du système de santé, la LMSS a connu une longue « gestation » avant d'aboutir au texte final. La préparation a été engagée par le Ministère de la Santé et adoptée à l'issue d'un processus qui aura duré près de quatre années.

Section 1 : L'article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

Le projet de loi de la LMSS a été présenté le 15 octobre 2014 comme le fruit des réflexions issues de la stratégie nationale de santé et des propositions des rapports officiels tels le rapport « Pour l'an II de la démocratie sanitaire » en date du 14 Février 2014.^[4] La loi apparaît comme « *la traduction légale de la stratégie nationale de santé, annoncée le 3 juillet 2012 par le Premier Ministre, et présentée au Gouvernement le 16 janvier 2013* ». ^[5] La stratégie nationale est un projet s'articulant autour d'axes majeurs en vue de réduire les inégalités de santé.

La mise en place des quatre groupes de travail en janvier 2015 par la Ministre de la Santé, avant la présentation du texte à l'Assemblée nationale le 17 mars 2015 va être marqué par de nombreuses oppositions jusqu'à son adoption le 26 janvier 2016. En effet, cette procédure législative va relever des tensions et oppositions par de nombreux syndicats (syndicats des médecins libéraux, syndicats des médecins généralistes ou encore les

syndicats des corps de direction).^[6] Au terme de cette procédure, la LMSS va alors comporter 227 articles répartis en 5 titres dont le mot d'ordre est bien celui de « l'égalité ».

En effet, la LMSS porte en grande partie sur le traitement de ces différents types d'inégalités de santé. L'accès aux soins est un principe fondamental dont la définition est consacrée à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre de 1946 et dans l'article L. 1110-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Ainsi « *accéder aux soins exige que toute personne puisse être vue et prise en charge par un médecin, en fonction de son état. Concrètement, cela nécessite, au minimum, de pouvoir accéder à un système de soins et d'être assurée de la prise en charge financière de cet accès* ». ^[7] Celle-ci consacre la mise en place des GHT dans son article 107, article dont les modalités sont accentuées par le décret en date du 27 avril 2016. ^[8]

L'objectif premier de cet article est de garantir aux patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération obligatoire entre établissements publics de santé autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en inscrivant les établissements publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical partagé répondant aux besoins de la population. La mise en œuvre de cet objectif induit une mise en commun de fonctions et activités par le biais de transferts de compétences entre établissements.

Chaque établissement public de santé est obligatoirement parti à une convention de GHT. Cette obligation est également effective entre les établissements médico-sociaux et les établissements publics de santé désignés par l'ARS dans un territoire qu'elle détermine pour la réponse aux besoins de santé exprimés par le projet régional de santé (PRS) en continuité de la prise en charge.

L'article dispose également qu'à « *compter du 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application de l'article L. 6132-2 du CSP, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.* »

De ce fait, les différentes dispositions de l'article 107 comportent 6 principes clés à savoir :

- La conclusion obligatoire d'une seule convention de GHT pour tous les établissements publics de santé avec une possible association d'autres établissements à un GHT existant dans le cadre de l'élaboration du projet médical partagé comme le CHU les centres hospitaliers spécialisés : chaque établissement a une seule convention de GHT car il n'est pas possible de déléguer certaines activités ou certaines compétences mais il est possible de s'associer à plusieurs GHT pour l'élaboration du projet médical partagé. Pour tout établissement public de santé sauf dérogation de l'ARS, il s'agit des établissements qui justifient une place spécifique dans l'offre de soin régionale. Si les GHT ne sont pas constitués avant le 1er juillet 2016 il y a des sanctions financières. Une association peut être possible entre les établissements publics et privés. Tous les CHU devront être partis à un GHT.
- L'élaboration d'un projet médical partagé (PMP) élaboré pour une période maximale de 5 ans qui est la clé de voute de ces GHT : il devra être décliné et précisé dans cette convention constitutive.
- Les compétences qui sont obligatoirement transférées à l'établissement support qui agit pour le compte des établissements parti : Un système d'information convergent, on va aller au-delà d'une simple interopérabilité, l'objectif est véritablement de faciliter le travail partenarial dans la mise en œuvre de projet médical partagé. Il faut mutualiser ces compétences.
- Une organisation commune obligatoire des activités d'imagerie et de biologie.
- La possibilité de transférer un certains nombres de compétences non obligatoires loïsibles aux différentes parties des GHT : activités de logistiques, pôle inter établissement.
- La liberté de l'ensemble des partis au groupement pour les modalités d'organisation et de fonctionnement : le GHT n'est pas doté d'une personnalité morale afin « *d'éviter une certaine lourdeur en terme de gestion notamment en multipliant les instances de décisions et afin de privilégier des modèles sans personnalité morale que sont les directions connues* ».

De cet article 107 de la LMSS va découler un décret en date du 27 avril 2017 qui va venir préciser les règles d'élaboration de la mise en place des GHT.

§1 : L'importance de la mise en place de la convention constitutive

La convention constitutive est le socle juridique du GHT ; son importance est grande puisque le GHT est dépourvu de personnalité morale. En effet, le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT vient préciser les règles d'élaboration de la constitutive considérée comme le « véritable ciment du GHT ». Cette convention constitutive définit concrètement le GHT dans son organisation et son fonctionnement. Conclue pour 10 ans, la convention constitutive du GHT trouve sa définition dans le CSP en son article L6132-1 qui va alors énoncer deux volets de celle-ci :

« 1° Le volet relatif au projet médical partagé prévu au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Le volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 6132-2, comprenant notamment la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances »^[9].

La LMSS va alors définir le contenu de la convention constitutive dans son article 107 :

- Un projet médical partagé commun à l'ensemble des établissements parties devant être transmis à l'ARS, pour approbation, de manière préalable à la convention constitutive.
- Des délégations d'activités mentionnées aux articles L 6132-2 et L6132-4 du CSP.
- Le transfert d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre les établissements parties.
- La répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques au sein du groupement.
- L'organisation et la description du fonctionnement du GHT.

Par ailleurs, la LMSS vient accentuer la procédure d'approbation de la convention constitutive pour les établissements publics de santé, pour les établissements ou services médico-sociaux publics ainsi que l'approbation du directeur général de l'ARS.^[10]

Cette procédure permet aux établissements d'être consultés. Pour les établissements parties, elle fait l'objet d'une concertation des directeurs des établissements parties, puis elle est soumise pour avis aux comités techniques (CTE), CME et CSIRMT des

établissements parties. Elle est ensuite soumise pour avis aux conseils de surveillance des établissements parties.

C'est par conséquent de par le projet régional de santé que le DGARS va alors apprécier la conformité de la convention constitutive du groupement. L'ARS va alors publier la nouvelle convention constitutive au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

Le fonctionnement du GHT va alors reposer sur les éléments énoncés par la convention constitutive. Son fonctionnement repose également sur le projet médical partagé.

§2 : Le projet médical partagé : garant de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers

Le projet médical fait partie intégrante de la convention constitutive du GHT. Il doit néanmoins avoir une durée de vie inférieure à celle de la convention constitutive, laquelle a vocation à avoir une durée illimitée. Par analogie avec les projets médicaux d'établissement, il est donc proposé de retenir une durée cible de 5 ans avec néanmoins autant d'actualisations que nécessaire. Celui-ci va constituer ce que l'on appelle « le socle opérationnel du GHT ». En effet, il va alors avoir pour mission d'élaborer une stratégie de groupe au même titre que la stratégie nationale de santé dans le but d'organiser une offre de soins graduée sur tout le territoire du GHT. [11]

A) Le contenu du PMP

Le rapport de fin de mission de Martineau et Hubert rappelle que « *garantir une véritable égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité suppose de n'exclure aucun territoire, aucun établissement de cette logique réticulaire* ». Le projet médical partagé est par conséquent le garant de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers. Celui-ci s'inscrit en autonomie par rapport à la convention constitutive. Il a « *vocation à définir et structurer toutes les filières inter-hospitalières de prise en charge des patients, au sein d'un même GHT* ». [12] Il définit « *la stratégie médicale du GHT* ». Le rapport ajoute que le PMP est la « *pièce angulaire du dispositif* ». L'élaboration du PMP constituera une étape critique dans la constitution du GHT ».

Celui-ci est précisé dans les textes. En effet, le décret du 27 avril 2016 définit la progressivité dans l'élaboration du PMP. Il énonce que le PMP « *comprend les objectifs médicaux au 30 juin 2016 ; le PMP comprend les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre*

de soins graduée au 1^{er} janvier 2017 ; le PMP comprend au 30 juin 2017 : les objectifs médicaux ; - les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; l'organisation par filière d'une offre de soins graduée ; -les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine ; - les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle et de pharmacie ; - les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L6132-3 ... ». On relève de ces dispositions que le projet médical partagé doit être le reflet d'une approche par filière plutôt que par activité.

Le rapport Martineau et Hubert énonce qu'« *une filière peut être définie à partir de 3 critères. Chaque filière correspond à :*

- *Un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc.)*
- *Pour des indications de prise en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité)*
- *Pouvant porter sur un profil de patient homogène (critères populationnels). »*

Une fois cette définition posée, il appartient à chaque GHT de définir ses propres filières.

Dans chaque groupement, le PMP est élaboré par les établissements parties ainsi que les établissements associés et/ou partenaires au GHT. Le PMP va s'inscrire de manière complémentaire à la convention constitutive qui est considéré comme le socle juridique du GHT. Celui-ci, définissant les modalités de coopération doit mettre en œuvre une stratégie médicale dans la continuité et en corrélation avec la stratégie nationale élaborée dans le système de santé français. Il se tourne autour de la prise en charge « *commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ».

Tous les PMP doivent comprendre un volet hospitalo-universitaire. La LMSS avait prévu cette association entre GHT et CHU et le PMP se doit d'évoquer cette mention en son sein.^[13]

B) Le projet de soins partagé

Suite à l'énonciation de la définition de la filière par Martineau et Hubert dans le projet médical partagé du GHT, le projet de soins partagé ne peut être conçu que sur la base des orientations stratégiques et de l'identification des filières.

L'article L6132-2 du CSP repris par la LMSS dispose que « *la convention constitutive du GHT définit : 1) Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire* ».

Le décret du 27 avril 2016, lui, dans son article R.6132-5 du CSP dispose qu' « *un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction* ». Le projet de soins partagé (PSP) s'articule par conséquent avec le PMP.

Des réunions vont alors « apprivoiser » les professionnels de santé tout en proposant des axes d'actions du PSP. Notons par exemple le parcours de soins et la prise en charge du patient. Ensuite, les actions du PSP peuvent se retourner autour de la qualité et de la sécurité des soins tout au long du parcours. Il met aussi en avant la communication entre les équipes paramédicales du GHT. Pour que cette notion soit plus claire, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGROS) ou encore le Ministère des affaires sociales et de la Santé délivrent des documents d'accompagnement pour les professionnels sur la notions du PSP.

Ainsi, le Vade-mecum sur les GHT élaboré par le Ministère des affaires sociales et de la Santé énonce que « *l'article 4 du décret n°2002-550 portant statut particulier du corps de directeurs de soins dans la fonction publique hospitalière met à la charge du directeurs des soins, coordonnateur général des soins, une obligation d'élaborer, avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en cohérence avec le PMP de l'établissement public de santé dans lequel il est affecté. L'exigence de cohérence entre le PMP et le PSP, transposée au GHT, fait du PSP la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le PMP du groupement. Cette déclinaison paramédicale porte sur les filières de soins. Elle inclut la prise en charge globale du patient, la qualité, la sécurité et la gestion des risques liés aux soins, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la recherche* ».

Section 2 : La territorialisation dans l'esprit de la Stratégie Nationale de santé

Outre la persistance d'interrogations et d'incertitudes tournées vers l'absence de personnalité morale du GHT, la réalité du terrain face à la mise en place de ces « hyper structures » amène les politiques publiques à prendre des mesures supplémentaires face aux besoins de santé à la population française. En effet, ces besoins accentuent la difficulté de la territorialisation de la santé avec un seul mot d'ordre qui est : l'égalité.

La territorialisation de l'offre de soins permet d'apporter une réponse locale pour l'égal accès aux soins. A ce titre, la Stratégie nationale de santé (SNS) met en place des outils concrets engageant les différents acteurs. Mais aussi, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les différentes plateformes territoriales d'appui (PTA) se coordonnent pour permettre l'animation des parcours de santé (§1). Toutefois, l'intervention de l'ARS est nécessaire pour pallier les inégalités d'accès aux soins (§2).

§1. La Stratégie nationale de santé, précurseur de la « démocratie sanitaire »

La Stratégie nationale de santé, fixée en 2013, a pour objectif principal de lutter contre les inégalités et les injustices de santé comme accès aux soins. Celle-ci va structurer la loi santé ainsi que d'être en conformité avec la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Elle devient le vecteur majeur de la politique de santé conduite par l'État avec la LMSS du 26 janvier 2016.

Elle s'articule autour de quatre axes dont l'un d'entre eux est intitulé « *Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers* » déclinés en onze domaines d'actions prioritaires. En effet, l'un ambitionne de « *réaffirmer la place des usagers dans le système de santé* », qui se décompose en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection social. La SNS mentionne la réaffirmation du « *rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé* » et leur association à la gouvernance du système de santé.^[14]

C'est en voulant rester sur la même ligne de conduite que la mise en place des GHT veut mieux organiser les prises en charges, territoire par territoire tout en présentant un projet médical qui va venir répondre aux besoins de la population. Ils marquent la continuité d'une dynamique coopérative déjà mise en place par ces précédentes réformes.

L'une des finalités du GHT prévu par la LMSS du 26 janvier 2016 est d'assurer à la population l'égal accès à des soins sécurisés, de qualité et gradués au travers de filières organisées de manière à garantir une offre de proximité, de référence et de recours. Ainsi, la notion de « territorialisation des GHT » se perçoit comme étant d'ancrer l'égalité des chances en matière de santé dans une stratégie de prise en charge commune et graduée du territoire délimité.

Parallèlement à cela, le CSP, en son article L.1411-1, énonce que « *De façon plus novatrice, la nouvelle rédaction souligne la nécessité de garantir la cohérence des prises en charge en combattant les cloisonnements facteurs de ruptures, et met à ce titre exergue la notion de « parcours de santé » qui fonde la démarche de la stratégie nationale de santé. Corollaire de cette ambition, la recherche de l'efficience dans l'utilisation des soins et des services de santé se voit inscrire au cœur de la politique de santé* ». ^[15]

Celui-ci met en avant la réforme de la territorialisation des politiques de santé en prônant la structuration de parcours censés réduire la parcellisation excessive de l'offre de soins et faciliter ainsi la continuité des prises en charge.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la rénovation du territoire de santé ne date pas d'hier. En effet, les réformes hospitalières ont organisé le territoire et ont procédé à un décroisement dans le but de répondre aux besoins de la population. La loi HPST a par ailleurs élaboré un travail très poussé sur la question. ^[16] En effet, la territorialisation y est présentée comme étant « le remède » à la coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et de « l'inégale répartition des acteurs sur le territoire ». ^[17]

D'après Syviane Tabarly ^[18] « *en France, la planification sanitaire, d'abord nationale, s'est progressivement régionalisée dans le cadre des dynamiques de la décentralisation et pour mieux orienter les choix en fonction des besoins et de l'offre de santé. Dans un contexte plus large et de plus en plus contraint de la politique publique de santé, la planification sanitaire a profondément évolué au cours des dernières décennies. L'adaptation régionale*

de la politique de santé nationale conduit les agences régionales de santé à être un élément structurant et incontournable du parcours de soins ». [19]

§2. L'intervention de l'ARS pour pallier aux inégalités d'accès aux soins

Face à un enjeu territorial qui s'impose de plus en plus sur le paysage sanitaire en France, la LMSS va donner aux ARS de nouveaux pouvoirs notamment dans la construction des GHT. En effet, la mise en place des ARS illustre bien la décentralisation des politiques de santé à l'échelle des régions. Les Ars ont établi des projets régionaux de santé (PRS) dans chaque région et ont mis en évidence de pallier aux inégalités sociales et territoriales de santé de la population mais également des inégalités de l'offre de soins.

Défini dans le CSP, le PRS se met en cohérence avec la stratégie nationale de santé dans le respect de la loi de financement de la Sécurité sociale mais également avec les objectifs pluriannuels de l'ARS. [20] Par conséquent, sur chacun des territoires de démocratie sanitaire, le directeur général de l'ARS (DGARS) constitue un conseil territorial de santé, venant remplacer la conférence de territoire. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS, en particulier pour organiser le parcours de santé.

Le DGARS va avoir un rôle important puisqu'il participe à la désignation de l'établissement support du GHT. Il va également participer au diagnostic territorial partagé (DTP) qui identifie les besoins sanitaires, sociaux et médicosociaux de la population et les caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire. Celui-ci est composé de représentants élus des collectivités territoriales, des services départementaux, des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

Le projet régional de santé va dès lors regrouper tous les instruments de planification entre les différents acteurs. Il est dans l'optique de simplifier : le plan régional de santé publique, le programme régional, le schéma régional d'organisation sanitaire et le programme interdépartemental d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap et d'une perte d'autonomie.

Ainsi, le programme régional se constitue dès lors : d'un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ainsi qu'un schéma régional de santé établi pour cinq ans fusionnant les schémas de prévention, d'organisation

de soins, et médico-sociaux, programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Ces composantes apparaissent à l'article L. 1434-2 du CSP.^[21]

Ce PRS va alors déterminer les besoins d'implantation des professionnels de santé libéraux pour les soins de premier et second recours, les objectifs de l'offre de soins par activité et établissements de santé, les objectifs de biologie médicale et ceux de l'offre des établissements et des services médico-sociaux en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

L'article 196 de la LMSS va créer des mesures transitoires jusqu'à la publication des nouveaux schémas régionaux de santé. En effet, au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) va succéder un schéma régional d'organisation des soins (SROS) et à présent un schéma régional de santé (SRS).

L'organisation peut alors s'appliquer sur deux territoires délimités par l'ARS : les territoires de démocratie sanitaire qui sont des anciens territoires de santé à une échelle infrarégionale. En effet, on parle de zones de répartition des activités de soins, de biologie médicale et des équipements matériels lourds. En cas de nécessité, un contrat interrégional est connu par le DGARS avec un ou plusieurs directeurs d'agence de santé.^[22]

Les ARS se veulent par conséquent accompagnatrices plutôt que prescriptrices. Elles souhaitent être respectueuses des coopérations existantes tout en poussant la sécurisation des groupements. Elles sont soucieuses des inquiétudes soulevées par les acteurs de santé dans la mise en place des GHT et va d'ailleurs proposer des solutions. Outre la territorialisation de santé à l'échelle régionale, les ARS par le biais de son directeur, vont proposer aux médecins exerçant dans les zones très bien dotées d'adhérer à un contrat par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous dotées. En cas de refus de signature, de violations, une contribution forfaitaire annuelle doit être versée.

Enfin, il est important de souligner que le Professeur Chauvet a énoncé que « *l'ARS ne traduit pas une décentralisation territoriale ou politique, car elle demeure rattachée à l'Etat ; elle ne traduit pas non plus une simple décentralisation fonctionnelle ou technique, car elle est compétente sur un territoire particulier. C'est partiellement, pour cela qu'à émergée l'idée qu'il y a là non une décentralisation mais une territorialisation de l'action publique* ». ^[23]

De cette phrase subsiste une idée : les ARS ont pour ambition de fructifier cette territorialisation dans un souci d'égalité des chances de prise en charge commune et graduée sur le territoire identifié.

CHAPITRE II : LA MUTUALISATION DES FONCTIONS SUPPORTS

Le PMP de Chaque GHT ne pourrait être mis en œuvre sans l'aide de fonctions supports clés. Ces fonctions supports, dévolues à l'établissement support (Section 1), permettent le déploiement de moyens conformes au projet stratégique du GHT, aux attentes des acteurs et aux besoins de la population du territoire.

L'homogénéisation des fonctions et des pratiques permettent aux professionnels de planifier des actions plus transversales en lien avec les besoins du territoire. A ce titre, la gestion des fonctions supports est un élément clé de la réussite des PMP et PSP. Des outils sont dès lors mis en application au sein du GHT (Section 2) mais également en dehors de celui-ci (Section 3).

Section 1. L'établissement support : un pilotage inédit

Dans cette section, nous nous intéresserons plus particulièrement au rôle de l'établissement support dans la coordination de l'offre de soins au sein des GHT.

§1. Le rôle de l'établissement support

La LMSS prévoit que le groupement soit piloté par un établissement support ^[24]. En effet, la mise en place du GHT implique la désignation parmi ses membres d'un établissement support qui « assure pour le compte des établissements parties au groupement : (...) la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ». ^[25]

En effet, le GHT, dépourvu de personnalité morale, soulève la question de nombreux auteurs des conséquences qui en découlent. Cependant, cette absence de personnalité juridique n'est pas synonyme de fragilité juridique. ^[26] Le rapport Martineau et Hubert vient

par ailleurs justifier le choix d'absence de personnalité morale pour le GHT.^[27] En effet, ils expliquent que « *L'expérience a donc démontré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans personnalité morale. A fortiori, c'est probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela garantit une légèreté et simplicité de fonctionnement d'une part, et permet des modalités de prises de décisions claires et efficaces d'autre part.* »

En outre, ce sont les « fusions hospitalières » qui vont venir contre balancer cette absence de personnalité morale du GHT. Historiquement, les CHT comprenaient déjà des établissements « siège » devant assurer la gouvernance de la communauté et la gestion de ses instances. C'est de cette innovation marquante que le modèle de l'établissement support des GHT voit le jour. « *C'est donc en s'appuyant sur l'une des personnes morales composant le GHT que celui-ci va pouvoir fonctionner : il s'agit de l'établissement support. Il sera choisi par les établissements parties. Lorsque cela s'avérera nécessaire, c'est cette personne morale qui supportera, pour le compte du GHT, tous les actes et opérations requérant un support organique. Cela suppose donc de définir et créer un véritable statut de l'établissement support afin que chacun puisse bénéficier de cette souplesse de fonctionnement tout en maintenant une transparence adaptée pour tous les établissements engagés* ». ^[28]

L'établissement support, possédant une personnalité morale, va, par le biais de son directeur, se voir attribuer la gestion d'un territoire aux besoins diverses pour le comptes des établissements parties. Celui-ci va devoir déployer des outils au seins de son groupement afin de fluidifier le parcours de santé.

§2. Le directeur de l'établissement support : un « directeur de territoire »

L'article L 6132-3 du CSP dispose que « *par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des sept fonctions obligatoirement mutualisées dans le GHT* ». De cet article va découler une responsabilité territoriale au profit d'un seul directeur agissant pour le compte des autres établissements : le directeur de l'établissement support.

Il va avoir en sa possession le pouvoir de nomination, dans les limites fixées par la convention constitutive du GHT, des agents qui assurent les activités mais aussi les fonctions et missions déléguées à l'établissement support.

Il devra gérer pour le compte de l'ensemble des membres composant le GHT : d'un système d'information hospitalier, d'un département de l'information médicale, la formation initiale et continue des professionnels de santé et la fonction achats intégrant les activités d'approvisionnement.

Le GHT à travers le PMP est défini comme le vecteur d'un renforcement des coopérations et des équipes du territoire. Le PMP aura par conséquent comme objectifs d'assurer la permanence des soins et la coopération en déployant des outils au sein du GHT mais également hors des murs afin de favoriser les échanges entre les acteurs.

§3 Les modalités de gouvernance reposant sur l'établissement support

Les modalités de gouvernance reposent sur l'établissement support et la mise en place d'une instance stratégique et d'un comité territorial des élus. ^[29] La LMSS donne des préconisations avec une gouvernance sur six instances opérationnelles :

- Le comité stratégique
- Le collège médical ou la commission médicale du groupement
- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Le comité territorial des élus locaux
- La conférence territoriale du dialogue social

Ce socle de gouvernance permet à la fois un respect des équilibres de gouvernance des établissements de santé et l'opérationnalité des GHT. Cette instance stratégique correspond à un directoire de groupement. ^[31] « *Cette gouvernance apporte au GHT la souplesse nécessaire à sa mise en œuvre opérationnelle, tout en garantissant le respect des établissements le composant et leurs spécialités.* »

Section 2 : Les outils intra-GHT.

La LMSS dispose que l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement des fonctions mutualisées dites obligatoires afin de garantir une prise en charge coordonnée, adaptée, sécurisée et qualitative des patients. Ces fonctions mutualisées font parties intégrante du PMP.

§1 : Le département de l'information médicale de Territoire

Le département de l'information médicale de territoire (DIM) constitue une structure médicale. Conformément aux articles L 6132-3-I à R. 6113-11-1 du CSP, ce département se substitue au DIM d'établissement. Les compétences nouvelles sont ainsi confiées aux acteurs afin de garantir le fonctionnement opérationnel du DIM.

Le rapport de fin de mission de Martineau et Hubert ont publié qu'« *il faut conforter le positionnement institutionnel et les missions du médecin responsable du DIM de GHT* ». Cette mise en place d'un DIM s'inscrit dans l'objectif de professionnalisation et d'amélioration de la qualité des pratiques dans le domaine de l'information médicale. En outre, la LMSS va alors définir les missions et les modalités du médecin responsable du DIM de GHT. Celui-ci bénéficie d'une autorité fonctionnelle sur les personnels du DIM.

L'établissement support, lui, se transforme en « *banque de données stratégiques relatives à la santé des patients, et surtout en un observatoire en capacité de suivre l'avancement du Projet Médical Partagé* ». ^[30] Cette responsabilité justifie la place du DIM au sein du comité stratégique du GHT en qualité de membre de droit.

§2 : Le système d'information convergent

Le système d'information hospitalier (SIH) constitue l'un des fonctions mutualisées obligatoires du GHT. La LMSS prévoit son l'article 107 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. Les informations concernant une personne prise en charge par un*

établissement public de santé partie au groupement peuvent être partagés, dans les conditions prévues à l'article L1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ».

Le déploiement de ce SIH nécessite des ressources matérielles, des logiciels spécifiques aux diverses analyses mais aussi le recueil et l'exploitation de données variables. Il ne faut pas oublier également les ressources humaines : en effet, ces ressources humaines vont participer à la stratégie, l'optimisation et à la gestion commune du SIH. De sa constitution découlera une amélioration de l'accès aux informations par les professionnels, la sécurité des soins et la mutualisation d'activités. Ce SIH demande une organisation en plusieurs étapes afin que celui-ci soit optimal :

- Etape 1 : Définir le Schéma directeur du système d'information commun du GHT (démarré dès le 1^{er} juillet 2016)
- Etape 2 : Mettre en place la trajectoire de convergence (à partir du 1^{er} janvier 2018)
- Etape 3 : Atteindre la cible : un SIH convergent et homogène au sein du GHT (à compter du 1^{er} janvier 2021)

La définition de ces orientations va permettre de faciliter la mise en œuvre d'un SIH convergent dans le cadre d'un GHT.

§3. L'indicateur de la qualité et de la sécurité des soins : le patient traceur

La méthode du patient traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Elle permet d'analyser la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration. Cette méthode est mise en œuvre dans la certification V2014 par les experts-visiteurs lors de la visite de certification de l'établissement.

En conclusion, l'établissement support est par conséquent le gérant du système d'information convergent portant notamment sur le dossier patient. Il permet par ailleurs la

prise en charge effective des patients au sein du GHT. Cependant, lui comme les établissements composant le groupement sont soumis à des évaluations continues visant à porter une appréciation indépendante de la qualité et de la sécurité des soins des hôpitaux et cliniques en France.

§4. La procédure d'évaluation d'établissement : la certification du GHT par la HAS

Les ordonnances de 1996, comme exposé précédemment, ont élaboré les prémices du mode d'organisation de la démarche qualité. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins devient une priorité absolue du système de santé au fil des réformes du droit de la santé. En effet, cette démarche qualité devient très vite une obligation au sein des établissements de santé, à tel point que celle-ci se trouve à l'article L. 6113-2 du CSP. Celui-ci dispose que « *les établissements de santé [...] développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins, et de toute action concourante à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* ».

La HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est née du regroupement de l'ANAES et des commissions de Transparence (CT) et d'Évaluation des produits et Prestations (CEPP). Cette disposition se trouve à l'article L 161-37 du code de la Sécurité Sociale (CSS). C'est dans cette politique de qualité des soins et de l'article L6113-3 du CSP ^[37] que tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation nommée certification. Effectuée tous les 4 à 6 ans par des professionnels mandatés par la HAS, son objectif est de porter une appréciation indépendante de la qualité des soins des hôpitaux et cliniques en France. De plus, dans le manuel de certification V2014, on note que le chapitre 2 est entièrement consacré à la prise en charge du patient. Il traite des thématiques telles que :

- Droits et place des patients
- Gestion des données du patient
- Parcours du patient
- Prises en charge spécifiques
- Évaluation des pratiques professionnelles

Pour aller encore plus loin, la certification des GHT V2020 a été mise en place. En effet, le périmètre de certification des GHT comprend deux dimensions :

- Une évaluation de chaque établissement de santé membre d'un groupement
- Une évaluation à l'échelle du groupement

Par application de l'article L6132-4 du CSP, la certification est conjointe pour les établissements publics de santé (EPS) parties à un même GHT. ^[38] Pour se faire, la HAS va organiser des visites de certification des établissements durant l'année 2019 et jusqu'en juin 2021, s'ils ont choisi le dispositif d'exception. Celle-ci doit délivrer un calendrier organisationnelle d'une démarche conjointe. Avant les établissements faisaient l'objet d'une décision de certification dont la durée de validité dépend du niveau de la décision de certification :

- 6 ans pour le niveau A
- 4 ans pour le niveau B

A compter de 2020, la HAS va engager tous les établissements parties à un même GHT dans une démarche conjointe de certification « *peu importe que ces établissements aient été précédemment certifiés à des dates différentes et à des niveaux de certification différents* » ^[39] . Il s'agit par conséquent d'une continuité qui s'attachera à finir de promouvoir la culture de l'évaluation engagée lors de la certification V2014. Les parcours patients seront précisés et évalués plus précisément. Le GHT n'ayant pas la personnalité morale, le législateur a souhaité maintenir une vision de qualité et de la sécurité des soins pour chaque établissement membre du groupement. Le Dr Thierry Godeau, Président de la conférence Nationale des Présidents de CME des Centres hospitaliers énonce que « *l'approche de la certification commune va probablement faire bouger les lignes. Elle implique d'aborder directement, les notions de parcours et de patients traceurs et de service rendu du patient* ». ^[40]

Section 3 : Les outils extra-GHT : L'organisation collaborative avec la ville

Depuis les années 1970, la planification sanitaire s'est beaucoup réformée. Elle s'appuie dorénavant sur la notion de territoires de santé, qui doivent tenir compte du

maillage et de la gradation des activités de santé sur le territoire, de l'accessibilité et des volumes des activités de soins.

Le docteur Frédéric Martineau, ancien président de la conférence des Commissions Médicales d'Établissement de Centres Hospitaliers a déclaré en réponse au décret du 27 avril 2016 relatifs aux GHT que : « *L'esprit de la loi est que le GHT viennent des propositions des acteurs de terrain validées par l'ARS. Mais, dans certaines régions, le découpage imposé ne correspond pas aux bassins de vie. Or, la notion de territoire n'est administrative. Le découpage des GHT est pourtant un élément crucial : il ne faut pas qu'ils soient trop grands car plus il y aura d'établissements et d'équipes, plus difficile sera la coopération entre eux. Mais trop petits, ils ne pourront pas assurer la prise en charge de toutes les filières sur l'ensemble du territoire. En revanche, si le découpage est bien fait, la désignation de l'établissement pivot se fera naturellement et le GFHT fonctionnera* ».

Par conséquent, face à un enjeu territorial qui s'impose de plus en plus sur le paysage sanitaire en France, les ARS ont établi des PRS dans chaque région et ont mis en évidence la nécessité de pallier les inégalités sociales et territoriales de santé de la population mais également de l'offre de soins.

De plus, les pouvoirs publics ont de longue date encouragé les initiatives prises par les établissements publics de santé qu'ils s'associent entre eux ou avec d'autres organismes ou professionnels dans un intérêt partagé. Ils ont promu progressivement ensemble des outils propres à la mise en œuvre d'actions communes.

Il faut désormais organiser le parcours de soins des usagers, soutenir la coordination des acteurs afin que le patient soit à sa juste place dans le dispositif des soins. C'est pourquoi la LMSS va renforcer ce parcours par le biais d'outils permettant de faciliter les échanges d'information entre professionnels.

§1 : Le virage ambulatoire

La notion de « virage ambulatoire » a été employé pour la première fois par Marisol Touraine en 2014, lors de la présentation du projet de loi santé devenu la LMSS. Force est de constater qu'en France, la proportion des actes équivalents réalisés en ambulatoire est légèrement supérieure à 45 %^[31] . Dans la LMSS, celle-ci a prévu un axe sur le virage

ambulatoire à la demande des professionnels dans son axe 2 : « *Innover pour mieux soigner en proximité* ». L'objectif est ici de recentrer le système de santé sur les soins de proximité.

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) accentue la définition des soins ambulatoires (ou soins de villes) : « *comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centre de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux, des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales* » [32]

§2 : La lettre de liaison au patient

Comme évoqué précédemment, la LMSS veut renforcer les parcours de santé par le biais d'outils permettant de faciliter les échanges entre professionnels notamment par le biais d'une « lettre de liaison » entre la ville et l'hôpital. Ce document permet de l'échange d'informations entre professionnels de santé à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation. Le but est de procéder à la qualité du suivi pour le patient et que le médecin traitant soit au cœur de la coordination dudit parcours. Ainsi, la lettre de liaison permet d'informer les praticiens de ville, sans surcharge d'information. Ensuite, celle-ci est transmise par messagerie sécurisée, ce qui garantit la confidentialité et sera introduite dans le dossier médical partagé (DMP) du patient.

Ce carnet de santé numérique personnel est l'outil même de la coordination des acteurs pour la prise en charge du patient. Le développement de partage numérique de données personnelles pose la question de la protection et la sécurisation de tels procédés. Pourtant, les outils numériques sont mis en place afin de faciliter les échanges entre professionnels.

Une fois que le système d'information convergent est mis en place au sein du GHT, celui-ci doit contribuer à l'amélioration du service rendu au patient sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins. La démarche des SIH doit être accompagnée d'une démarche d'urbanisation avec le SI régional afin d'organiser un système d'information territorial cohérent. L'urbanisation du SI GHT avec son territoire est nécessaire en ce qu'il doit permettre aux GHT de délivrer de manière continue de nouveaux services, sources de valeur ajoutée pour les professionnels de santé.

§2 : la télémédecine, réponse à la médecine de proximité

La télémédecine se substitue à l'exercice traditionnel de la médecine. En effet, c'est une forme de pratiques médicales à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle permet en rapport, entre ou avec le patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical. Le cas échéant, d'autres professionnels apportent leurs soins au patient. Il s'agit d'un vecteur important d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. Elle permet une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé.

PARTIE 2. DES ENTRETIENS SUIVIS AVEC METHODE

CHAPITRE I. CIRCONSCRIRE L'OBJET DE L'ETUDE

L'objet de l'étude est le parcours patient au sein des GHT, et plus particulièrement les outils qui permettent l'animation optimale du parcours patient au sein des GHT. Pour construire convenablement l'objet de l'étude, il est nécessaire de déterminer le périmètre de l'enquête et de définir les outils les plus pertinents et efficaces pour permettre de recueillir des réponses adaptées à l'objet de l'étude et exploitables.

Section 1. Structuration de l'enquête sur le terrain

§1 : Choix du périmètre de l'étude

A) L'enquête préalable

L'enquête a été menée afin de répondre à la problématique suivante : « Depuis l'instauration des Groupements Hospitaliers de Territoire, quels sont les outils mis en place visant à améliorer le parcours patient ? ».

Pour essayer de répondre au plus près à cette question, il était essentiel de déterminer le périmètre de l'enquête. Mon choix s'est tourné vers le périmètre arrêté par l'ARS des 14 GHT de la région des Hauts-de-France.

En effet, le 30 août 2016, l'ARS a approuvé les conventions constitutives des GHT suivants :

- Le GHT de la côte d'Opale.
- Le GHT du Dunkerquois et de l'Audomarois :
- Le GHT Métropole Flandre intérieure
- Le GHT du Hainaut-Cambrésis
- Le GHT de l'Artois
- Le GHT du Douaisis
- Le GHT de l'Artois-Ternois
- Le GHT de la Somme Littoral Sud incluant deux établissements du Pas-de-Calais

- Le GHT de l'Aisne Nord Haute-Somme
- Le GHT Sud-Axonais, Public, des Hauts-de France et Inter-Régional
- Le GHT Oise ouest et Vexin
- Le GHT Oise Nord Est
- Le GHT Oise Sud
- Le GHT psychiatrie 59-62

Les GHT des Hauts-de-France se situent sur un périmètre de 31 813 km² où la région compte plus de 6 000 000 d'habitants (chiffre affiché dans le rapport de l'INSEE de 2013). La région des Hauts-de-France est une région aux besoins de santé différents des autres régions. En effet, le projet régional de santé 2018-2028 des Hauts-de-France énonce les inégalités existantes malgré une amélioration de l'état de santé de la population. Issue de la fusion du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie, la région des Hauts-de-France se découpe en 6 territoires de démocratie sanitaire où les spécificités territoriales seront mieux prises en considération.

Rappelons que l'articulation de cette problématique se tourne principalement vers l'utilisateur. Voilà pourquoi, afin de définir au mieux ce périmètre, il m'a fallu trouver toutes les conventions constitutives des 14 GHT des Hauts-de-France, ce qui constituait à mon échelle, une première difficulté. Cependant, l'ARS des Hauts-de-France lors de son approbation des 14 conventions constitutives des GHT, le 30 août 2016, a publié sur son site l'analyse de celles-ci signées par chaque établissement partie de chaque GHT des Hauts-de-France. Ce fut pour moi une chance de pouvoir bénéficier de ces documents et de pouvoir ainsi les exploiter.

Afin de réaliser cette enquête, l'analyse préalable s'est réalisée par le biais de nombreuses bibliographies. En effet, la recherche consiste en une quête de connaissances qu'il fallait que j'assimile avant de pouvoir élaborer la méthode de mon enquête.

De toutes ses ressources législatives, analytiques devait découler les personnes ciblées.

B) Les personnes ciblées

Les personnes ciblées sont d'une part les directeurs d'établissements supports et d'établissements parties du GHT, les Présidents de la CME d'Etablissements supports et d'autre part, un membre de l'ARS, de l'HAS et de la FHF. Afin d'affiner mon enquête, mon

choix s'est tourné principalement sur les établissements supports de chaque GHT des Hauts-de-France ainsi que les Présidents de la CME pour essayer d'obtenir un point de vue administratif et un point de vue médical. J'ai également voulu obtenir l'avis de directeurs d'Etablissements parties, pour compléter mon analyse. Les membres de l'ARS, de la FHF et de l'HAS, quant à eux, viendraient en second temps pour apporter une mise en perspective régionale et nationale lors de la réception des résultats de l'enquête.

L'Association des directeurs a diffusé en mai 2018 une enquête intitulée « *Consolidé l'an 1, préparer l'an 2 des Groupements Hospitaliers de Territoire* ». Les résultats de cette enquête avaient montré que les directeurs d'établissements parties se sont sentis lésés de dépendre d'un directeur de territoire tel que le directeur de l'Etablissement support. Or, il était par conséquent intéressant d'obtenir leur avis sur les décisions adoptées lors de la signature de la convention constitutive et des axes stratégiques mis en place dans le projet médical partagé. C'est en consultant chaque Projet médical Partagé que j'ai pu élaborer un outil pertinent et efficace à la réalisation de mon enquête.

C) Employer un outil pertinent et efficace

Afin d'être en adéquation avec ma problématique, une fois les conventions constitutives obtenues, je me suis reportée aux axes stratégiques du projet médical partagé (en annexe). Le Projet médical partagé, étant considéré comme la pierre angulaire des GHT sur lequel reposent les groupements, doit proposer une évolution de l'offre de soins répondant aux besoins de la population. Il constitue un outil pertinent et efficace que je devais absolument utiliser. Il a pour ambition de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, mais aussi d'organiser, pour l'ensemble des activités, l'offre de soins de proximité, de référence et de recours sur le territoire.

En ayant déjà réalisé un premier mémoire sur la mise en place des GHT dans le cadre d'un master 2 Droit et politiques de santé à l'université de Lille, je m'étais imprégnée des différentes évolutions au travers des réformes hospitalières. Mes recherches préalables m'ont ainsi permis d'amener un comparatif avec les outils déjà mis en place, tendant à améliorer le parcours patient : la plus récente est la mise en place des CHT et l'organisation qui s'était déployée autour de celles-ci. Lors de ces recherches, un tableau comparatif m'a permis d'avoir une vision globale sur ce que les CHT avaient mis en place et ce que les GHT prévoyaient d'apporter de nouveau. Le projet médical qui était à l'époque des CHT

« commun » est devenu « partagé » sous les GHT. C'est à partir de toutes ces ressources documentaires que je pouvais à présent constituer mon questionnaire.

Section 2 : Définir un questionnaire et le diffuser

§1 : La construction du questionnaire

Pour la réalisation du questionnaire, je me suis basée par conséquent sur le Projet Médical Partagé de chaque GHT que j'allais interroger. Dans celui-ci, j'ai pu relever les grands axes et déterminer les questions qui en découlent. C'est par la méthode de l'entonnoir que je voulais amener les professionnels à répondre aux questions suivantes :

- En quoi le projet médical de votre GHT répond-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?
- Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?
- Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ? si non, pourquoi ?
- Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?
- Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

§2 : La communication du questionnaire

Pour la communication de celui aux différents professionnels, voici ma démarche :

- Un mail a été communiqué aux différents professionnels ciblés. Celui-ci comprenait en pièce jointe mon questionnaire avec l'objet de ma démarche et je communiquais

mes coordonnées pour laisser le libre choix aux professionnels de le remplir seuls ou par téléphone.

- Si un entretien téléphonique était programmé, cette démarche avait pour but de transformer ce questionnaire en un entretien semi-directif.

Ce libre choix a été bénéfique pour moi car la majorité des professionnels ont désiré s'entretenir avec moi pour me faire partager leur retour d'expérience sur le sujet. C'est en suivant la trame du questionnaire qui a donc servi de base, que les professionnels pouvaient élargir le champ de réponse et me communiquer ainsi leur retour d'expérience.

§3 : La limite du questionnaire lié à l'enquête

Le questionnaire a été distribué aux 46 personnes ciblées. Cependant, le taux de retour est relativement faible en comparaison du nombre de personnes contactées.

Cela peut s'expliquer par le fait que la thématique des GHT est un sujet qui peut déranger ou tout simplement que les professionnels n'avaient pas assez de temps pour s'intéresser à mon questionnaire. Par conséquent, seuls 6 professionnels sur les 46 ont répondu. Malgré mes relances écrites et téléphoniques, des réponses négatives par manque de temps m'étaient adressées par les secrétariats de direction des établissements. J'avais par ailleurs une certaine frustration de ne pas avoir plus de données à exploiter.

Cependant, au détour d'une discussion avec un des membres de l'ARS, il m'a confirmé que l'IGAS a sollicité les établissements membres des GHT, plus particulièrement les établissements supports, le 17 juillet 2019, pour répondre à une enquête nationale sur le fonctionnement actuel de leur GHT. Les réponses à cette enquête doivent être apportées pour le 31 juillet 2019. On me rapporte qu'un volet était exclusivement consacré à la mise en œuvre du PMP. Dès lors, mon étude pourra être complétée par le rapport de l'IGAS quand il sera publié.

Pour les personnes m'ayant répondu, deux types de réponses m'ont été adressées : certaines réponses au questionnaire ont été promptes. En effet, certaines réponses relèvent des « non » ou « NC » alors que le fil de mon questionnaire avait pour but de pousser les professionnels à me communiquer leur retour d'expérience.

Paradoxalement, j'ai eu la chance d'avoir des directeurs d'établissements par téléphone avec qui j'ai pu échanger longuement sur la question. J'ai pu percevoir des professionnels

investis et soucieux des besoins de santé de la population où leur GHT est implanté. Et c'est en discutant plus en profondeur avec eux que de nouvelles questions « libres » apparaissaient. D'un simple questionnaire qui pouvait être rempli en quelques minutes, j'ai pu échanger avec eux plus longuement et ce fut très passionnant.

C'est là que je me suis aperçue que le recueil de données était une chose essentielle mais qu'un échange avec un professionnel, qui détient avec lui la réalité du terrain amené une perspective de cette étude. Il ne restait plus qu'à exploiter les résultats de ce questionnaire et de la confronter à la théorie lors de la discussion. L'analyse des réponses au questionnaire est à présent à aborder.

Section 3 : Analyse synthétique des réponses au questionnaire

Question n°1 : En quoi le projet médical de votre GHT répond-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis

Réponses	
CH de Avesnes sur Helpe	Addictologie et gériatrie
CH Seclin/ Carvin	« Le PMP est un projet médico-soignant avec une ambition de graduer des soins, améliorer les interfaces. » Ex : parcours d'ortho-gériatrique
CH Boulogne Sur mer	« Nous sommes Obligé de faire un PMP [...] le PMP est d'autant plus simple à écrire puisque l'organisation était déjà définie bien avant ». Ex : AVC et Infarctus du myocarde

CH Roubaix	« Formaliser et harmoniser des parcours patients parfois existants mais non identifiés et/ou non généralisés au sein du GHT ». Ex : Parcours d'ortho-gériatrie, prothèse de la hanche
EPSM Camiers	« Le PMP peine à entrer dans une phase opérationnelle d'exécution. Il ne répond donc pas aux objectifs d'amélioration du parcours patient qui avaient été identifiés »
CH Beauvais	Enumération des missions du PMP sur le territoire. Ex: addictologie et prise en charge de l'AVC

Question n°2 : Depuis l'adoption de votre PMP, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles pour les patients ?

Réponses	
CH de Avesnes sur Helpe	Structuration de 5 sur 7 parcours qui faisaient l'unanimité. Ils ont été structurés et lisibles par les structures mais pas pour les patients.
CH Seclin/ Carvin	On ne peut pas parler de parcours connus des professionnels et des patients. Cela s'explique avec une inertie dans un gros GHT : pour obtenir l'aval des 10 établissements composant le GHT, c'est difficile.
CH Boulogne Sur mer	Il n'est pas lisible pour les patients, il fait ce qu'on lui dit. Dès lors qu'on lui dit que c'est pour le bien de sa santé, il ne va pas réfléchir à savoir où il va aller, il y va c'est tout.
CH Roubaix	Pas encore : phase d'élaboration ou phase d'approbation
EPSM Camiers	Cf réponse question 1

CH Beauvais	NC
-------------	----

§3 : Question n°3 : Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ? si non pourquoi ?

Réponses	
CH de Avesnes sur Helpe	Outils réalisé par un prestataire extérieur, un cabinet extérieur qui nous a permis de réaliser le PMP, financé par l'ARS par une aide à l'installation au GHT. Les freins que l'on a eu c'est que les médecins n'ont pas beaucoup de temps et qu'il y a dû avoir beaucoup de réunions.
CH Seclin/ Carvin	Dans les freins, on peut noter une hétérogénéité dans les systèmes d'informations qui n'améliore pas les interfaces entre les établissements et par conséquent entre les personnes. Il y a également, le fait que l'établissement support soit un CHU ? avec une composition hétérogène dans le GHT. Il y a une forme de troubles entre les missions du CHU et la mission de soins hospitaliers.
CH Boulogne Sur mer	Les communautés médicales ne se sont pas coordonnées pour écrire le PMP. Dans le découpage sanitaire, le besoin du patient a été fait en dernier lieu : on a été coupé alors que nous avions des coopérations déjà existantes. Pourtant, quand il y a un besoin, un avis sur un patient, GHT ou pas, on continue de travailler ensemble.
CH Roubaix	Mise en place du COTEM (Comités thématiques) par filière de soins Lever : réunions des professionnels motivés et compétents : travail entre pairs Frein : le temps et la disponibilité médicale ; la méconnaissance entre acteurs
EPSM Camiers	NC

CH Beauvais	Outils : numéro direct , infirmerie coordonnatrice, plateforme numérique de santé, gestion centralisée du RDV.
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

§4 : Question n°4 : Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Réponses	
CH de Avesnes sur Helpe	Le GHT est un outil de compétition. [...] être compétitif, c'est de faire des investissements pour être à la pointe du progrès. Bien sûr, si nous n'avons pas la volonté d'arriver à se remettre continuellement en question, nous risquerions de perdre nos clients.
CH Seclin/ Carvin	Dans le terme coopération, il y a une forme de concurrence entre les établissements. On reste dans une concurrence cachée entre les établissements mais il faut avoir la maturité collective et les outils pour pouvoir coopérer → issue de l'ouvrage de Nalebuff.
CH Boulogne Sur mer	NC
CH Roubaix	Non
EPSM Camiers	Notre établissement de par la spécificité de ses activités, non existantes dans les autres établissements publics de santé du GHT n'est pas en concurrence avec eux. De ce fait, la coopération ne semble pas être la méthode pertinente.
CH Beauvais	Oui, c'est ce que l'on essaie de faire : <ul style="list-style-type: none"> - Entre établissements piliers du GHT - Avec les établissements privés à but non lucratif au sein de la communauté hospitalière du territoire

	- Avec la clinique privée dans le contrat de la coordination en oncologie
--	---------------------------------------------------------------------------

§5 : Question n° 5 : Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

Réponses	
CH de Avesnes sur Helpe	<p>Dans le projet ma santé 2022, on parle des hôpitaux de proximité alors qu'ils existent déjà.</p> <p>Ce qui peut nous aider c'est la transparence dans la réglementation dans la perspective d'évolution car on ne suite ? plus. Nous aimerions avoir plus de temps en tant que directeur afin de pouvoir appliquer ce que la loi et la réglementation nous dictent avant qu'un nouveau projet de loi nous indique de faire tout le contraire</p> <p>Arrêtez de nous réformer</p>
CH Seclin/ Carvin	<p>Une tarification à l'activité au parcours pour lever les concurrences économiques que l'on connaît aujourd'hui. Avec une tarification au parcours, on peut trouver un modèle qui équilibre les recettes.</p> <p>Avoir des données d'informations médicales agrégées pour faire des analyses avec les DIM.</p>
CH Boulogne Sur mer	<p>On devrait laisser un pouvoir décisionnaire aux médecins. Faire un SMUR littoral de transport pour médicaliser le transfert d'un hôpital à l'autre car c'est un besoin pour les patients avec une surveillance infirmière voire plus tard avec les effectifs médicaux.</p> <p>Donner une personnalité morale au directeur de l'établissement support.</p>
CH Roubaix	NC

<p>EPSM Camiers</p>	<p>Au-delà du GHT des dispositifs de coopérations reposant sur le volontariat existent ou ont pu être mises en œuvre dans le sens de l'amélioration du parcours patient. Ces dispositifs sont efficaces car ils correspondent à une volonté et un engagement des acteurs. C'est sûrement ce modèle coopératif reposant sur une démarche volontariste qui est à privilégier.</p>
<p>CH Beauvais</p>	<p>Un financement au parcours Déploiement de la plateforme PREDICE</p>

CHAPITRE 2 : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Suite à l'analyse de l'enquête, des constats ont été réalisés au travers des différentes références bibliographiques ainsi que les réponses apportées par les professionnels dudit questionnaire.

Section 1 : Les pistes de réflexions apportées par les réponses au questionnaire

§1 : La mise en place des GHT reposant sur une logique de groupe

Comme nous avons pu le voir dans la première Partie, la coopération inter établissements existe depuis près d'une décennie. En effet, cette coopération met fin à un hospitalo-centrisme marqué au moment de la loi Boulin du 31 décembre 1970. Robert Boulin, alors ministre de la santé publique et sécurité sociale plaçait l'hôpital comme « *le pivot de l'organisation de l'offre de soins* ».

Les GHT, s'inscrivant dans la continuité des CHT, s'appuient sur les coopérations préexistantes. Les GHT des Hauts-de-France montrent un réel investissement coopératif manifesté par le biais d'outils intra et extra-GHT mis en place. De plus, l'adhésion au PMP passe par la compréhension, l'acceptation et l'exploitation du diagnostic du territoire comme nous avons pu le voir dans le chapitre 1.

Cependant, trois problématiques ont été soulevées :

- La première concerne l'obligation d'intégrer un GHT tandis que des coopérations inter-établissements préexistent
- La deuxième porte sur les échanges entre les professionnels médicaux lors de l'élaboration du PMP
- La troisième porte sur la difficulté pour les établissements à communiquer dans les GHT de grosse taille

A) Des coopérations inter-établissements préexistantes

La majorité des réponses au questionnaire montre que la coopération entre les établissements membres à un GHT est nécessaire. De plus, les professionnels sont unanimes pour reconnaître cette nécessité, bien que la perception du caractère obligatoire d'adhésion au GHT soit contrastée.

En effet, une des problématiques soulevées est notamment celle rencontrée lorsqu'un établissement détient une coopération existante avec un autre établissement mais que celle-ci est rompue par le découpage territoriale de santé, imposé lors de la mise en place des GHT. Un des directeurs interrogés a même insisté sur le fait que « *dans le découpage sanitaire, le besoin du patient a été fait en dernier lieu. Nous avons été coupés alors que nous avons déjà des coopérations existantes mais avec l'obligation d'être dans un GHT, les médecins ont été donc contraints de stopper la coopération* ».

Pourtant, bien que cette adhésion soit obligatoire et contraignante pour certains professionnels, les différentes recherches bibliographiques ont montré que la mission principale des GHT est « *de ne pas démembrer ce qui existe et ce qui fonctionne, au contraire* ». [33]. En effet, même si le débat sur le périmètre de certains groupements reste présent, du fait de leur étendue territoriale ou de leur composition, la mise en place d'une stratégie de groupe se décline désormais sur l'ensemble d'un territoire. Les professionnels de santé interrogés mettent en avant le fait que « *pourtant, quand il y a un besoin, un avis sur un patient, GHT ou pas, on continue de travailler ensemble* ».

B) Le manque de temps du personnel médical dans l'élaboration du PMP

Dans les freins évoqués lors de l'élaboration du PMP, l'un des professionnels a soulevé que « *les communautés médicales ne se sont pas coordonnées pour écrire le PMP. La publicité de GHT qui a été faite par les praticiens a été perçue comme étant des rapprochements inter-établissements pour fermer des petits hôpitaux. De ce fait, certains ont fait des pieds et des mains pour ne pas être « mariés » avec d'autres établissements.* » Il est important de souligner que la coopération entre les établissements est avant tout médicale et que sans elle, le « *PMP n'existera pas* ».

Le manque de temps des professionnels médicaux lors des réunions organisées pour l'élaboration du PMP a été soulevé. En effet, « *il est dès lors difficile de réunir tout le monde*

et à des rythmes poussés ». Pourtant, l'un des professionnels a souligné que la reconnaissance de l'établissement support fait que *« c'était beaucoup plus facile pour les médecins de s'entendre sur les axes stratégiques du PMP ainsi que les démarches à suivre »*. La taille des GHT est un élément essentiel pour la relation favorable entre les professionnels pour que le SI puisse fonctionner de façon optimale.

C) L'enjeu de la convergence du SI au sein du GHT

La troisième problématique évoquée par les professionnels est que la taille des GHT peut influencer sur la bonne coordination entre les établissements membres. Malgré le fait qu'un seul professionnel se soit exprimé sur la difficile diffusion d'informations entre les établissements membres d'un GHT de grande taille, cet élément avait été pensé dans le Rapport intermédiaire Martineau-Hubert de 2015.

En effet, le Docteur Frédéric Martineau, alors ancien président de la conférence des Commissions Médicales d'Etablissements de centres Hospitaliers avait déclaré que : *« [...] Le découpage des GHT est pourtant un élément crucial : il ne faut pas qu'ils soient trop grands car plus il y aura d'établissements et d'équipes, plus difficile sera la coopération entre eux. Mais trop petits, ils ne pourront pas assurer la prise en charge de toutes les filières sur l'ensemble du territoire. En revanche, si le découpage est bien fait, la désignation de l'établissement pivot se fera naturellement et le GHT fonctionnera »*. [34]

De plus, ce professionnel souligne l'hétérogénéité dans les SIH n'améliorant pas les interfaces entre les établissements et par conséquent entre les personnes. L'hétérogénéité est marquée par la diversité d'établissements composants le GHT : les établissements parties peuvent être de différents secteurs comme celui du médico-social mais également des établissements associés ou partenaires qui assurent une activité d'hospitalisation à domicile, psychiatrique ou encore des activités hospitalo-universitaires.

L'échéance d'une harmonisation d'ici le 1^{er} janvier 2021 constitue un vrai défi technique. Ainsi, dans la perspective de la constitution de GHT basée sur le PMP et dans un contexte de recomposition de l'offre de soins publique autour d'axes forts de coopérations et de répartition des activités destinées à faciliter le parcours de soins hospitaliers des patients, la gestion d'un SIH convergent et homogène couvrant l'ensemble du périmètre du SIH permettra d'améliorer l'accès aux informations par les professionnels, la sécurité des soins

et la mutualisation des activités. Cependant, le maintien des systèmes d'information hétérogènes et multiples au sein des établissements parties au GHT ne permettra pas des missions transversales au niveau des GHT, « *ni de développer la mutualisation des fonctions supports* ». [35] Il faudrait par conséquent homogénéiser de façon progressive le SIH au sein du GHT pour que les établissements parties puissent utiliser à terme, pour chaque domaine métier, « *une même brique applicative fonctionnant sur une infrastructure technique commune* ».

Pourtant, l'interview avec l'une des membres de l'ARS des Hauts-de-France a pu montrer que « *pour autant, l'outil qui a le plus avancé est celui de la réflexion d'information et le partage d'informations entre établissements. On est obligé d'avancer là-dessus car c'est nécessaire. On se fait rattraper par les prestataires de services, entreprises connectées et s'il y a bien un outil qui a explosé au niveau des offres et des besoins, c'est bien celui-ci* ».

Dans l'analyse des réponses aux questions du questionnaire, il a été également mentionné les différentes actions liées aux évolutions du numérique dans le domaine de la santé. En effet, le numérique se glisse dans tous les domaines y compris celui du secteur de la santé. Les professionnels doivent dès lors mettre en place des outils évolutifs avec l'ère du numérique. L'utilisateur n'a à l'heure actuelle qu'une visibilité très faible de l'utilisation de ses données de santé et de son parcours.

§2 : L'identification des filières répondant au diagnostic territorial des Hauts-de-France

L'identification des filières énoncées dans les réponses du questionnaire marquent un parallélisme avec le PRS des Hauts-de-France 2018 -2028. En effet, celui-ci est composé de 7 orientations avec 23 Objectifs répartis selon les besoins de la population identifiés dans le diagnostic territorial. Aussi, nous pouvons recenser les filières suivantes évoquées par les professionnels :

- AVC
- Gériatrie
- Ortho-gériatrie
- Addictologie
- Infarctus du myocarde
- Psychiatrie

- Gynéco-obstétrique

L'orientation n°2 du PRS des Hauts-de-France attire toute mon attention. Intitulée « *Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé* », voici les 8 objectifs qui la composent :

- 1) Cibler les Femmes-mères-enfants les plus vulnérables
- 2) Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants
- 3) Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap
- 4) Repérer et mieux organiser les filières Diabète, Obésité et Insuffisance Rénale Chronique
- 5) Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers
- 6) Améliorer le parcours de vie en santé mentale en veillant à limiter les hospitalisations
- 7) Améliorer l'accès à la prévention et la prise en charge des conduites à risques et/ou addictives
- 8) Optimiser le parcours des patients atteints de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères.

Par conséquent, la prise en compte de ces filières prioritaires et l'identification d'initiatives de la part des GHT sur l'amélioration des parcours de santé sur le territoire y sont ici clairement établies.

§3 : La difficile lisibilité des parcours pour le patient

Les réponses à la deuxième question montrent que pour la totalité des professionnels interrogés, le parcours n'est pas visible pour les usagers. L'un des directeurs d'établissement interrogés à lui évoqué que « *le PMP n'est pas lisible pour les patients, il fait ce qu'on lui dit. Dès lors qu'on lui dit que c'est pour le bien de sa santé, il ne va pas réfléchir à savoir où il va aller, il y va c'est tout. La seule chose que le patient se dit est que s'il a quelque chose de grave, il sera transporté dans un établissement qui saura le prendre en charge* ».

Aussi, lors de mes recherches bibliographiques, je me suis fortement intéressée au témoignage d'un représentant des usagers qui lors d'un entretien semi-directif s'est exprimé sur son implication dans la vie à l'hôpital. En effet, celui-ci a constaté que « *pour le parcours*

de soins, je pense que le premier contact important est celui avec les professionnels soignants. Ce que je veux dire c'est que la relation est au cœur des soins et si la relation n'est pas au cœur du soin, le soin est incomplet. Comment un patient peut-il comprendre son parcours si on ne lui parle pas, on ne lui explique pas avec ses mots ? Il est important que chaque soignant vérifie le degré de compréhension du patient pour qu'il suive son traitement, peu de médecins le font. » Ces différents éléments viennent contredire les objectifs de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rendant le patient partie prenante dans sa prise en charge et reconnu en tant que tel. L'on pense notamment à son droit à une information claire, loyale et appropriée de la part des professionnels de santé.

Les professionnels médicaux doivent quant à eux intégrer à leur pratique quotidienne l'éducation thérapeutique du patient, c'est-à-dire analyser par exemple comment le patient vit sa maladie, quels sont les problèmes qu'il rencontre et les ressources qu'il peut mobiliser pour y faire face, mais également délivrer des messages positifs ou encore profiter de chaque instant avec le patient pour faire un point sur ces actions et l'atteinte de ces objectifs.

§4 : La nature juridique du Groupement

Actuellement, le GHT, au niveau national, est dépourvu de la personnalité morale. En effet, au travers des différentes réponses apportées au questionnaire et de l'interview réalisée avec l'un des membres de l'ARS des Hauts-de-France, la problématique liée à la nature juridique actuelle du GHT a été soulevée. Pour l'un des professionnels interrogés, l'absence de personnalité morale du GHT desservirait le fonctionnement de celui-ci.

Cet élément a été de nombreuses fois soulevé mais tranché dans les textes : on note par exemple le rapport intermédiaire de Martineau et Hubert de 2015 qui souligne que « *l'expérience a donc montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. A fortiori, c'est probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité* ».

L'un des membres de l'ARS soulève que bien que « *la problématique est bien le manque de personnalité morale, c'est un débat stérile puisqu'aucun élément n'est réuni pour en faire une. La réglementation devrait dans ce cas évoluer et cela changera totalement les choses* ». [36]

Actuellement, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement reposent notamment dans la désignation de l'établissement support. C'est donc cette personne morale qui supporte, pour le compte du GHT, tous les actes et opérations requérant un support organique. Paradoxalement, l'un de nos professionnels a soulevé qu'« *une fois que la désignation de l'établissement support est comprise par tous les professionnels des établissements membres du GHT, les rapports pluri-professionnels sont d'autant plus simples et favorisent les actions d'amélioration de la prise en charge des usagers.* »

§5 : La définition de la coopération différente d'un établissement à l'autre

L'objectif de cette question était d'obtenir de la part des professionnels, une idée de la définition pour eux de la « coopération ». En effet, cette notion est apparue dans les travaux du projet de loi de modernisation et de transformation du système de santé en date du 24 juillet 2019.

L'un des professionnels interrogés énonce l'ouvrage de Barry Nalebuff « *coopétition : une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération* ». En effet, dans cet ouvrage datant de 1996, l'auteur traite de cette notion de coopération, une stratégie d'entreprise forgée à partir de la théorie des jeux pour démontrer quand il est préférable pour les concurrents de travailler ensemble plutôt que d'entrer en conflit les uns avec les autres.

Les travaux apportés à l'organisation et la transformation du système de santé énoncent que « *face à un système de santé morcelé, la mission appelle ainsi à une forme de « coopération » entre acteurs dans l'intérêt des patients : il s'agit de favoriser toutes les coopérations nécessaires à la qualité du service rendu sans renoncer à tirer parti autant que possible d'une forme de compétition et d'émulation* ». Cet élément est en concordance avec la notion de coopération perçue par les professionnels de santé interrogés. De plus, l'un d'entre eux souligne que « *le GHT est un outil de compétition. [...] Le but est de ne pas perdre le patient [...] être compétitif c'est de faire des investissements pour être à la pointe du progrès. Bien sûr, si nous n'avons pas la volonté d'arriver à se remettre continuellement en question, nous risquerions de perdre nos patients. On a mis longtemps à prendre conscience que l'on ne doit pas perdre les patients et les satisfaire dans la prestation délivrée dans nos établissements. Aussi, il ne faut pas oublier les éléments fondamentaux pour que le patient soit satisfait : il faut structurer la compétence médicale, donner un bon*

accueil avec une bienveillance de la part du personnel, (le sourire de l'infirmière par exemple), donner des prestations désormais qui entrent dans le domaine de l'hôtellerie. »

Par conséquent, le but de cette transformation est de pouvoir mettre à disposition des acteurs de terrain des compétences nécessitant une confiance mutuelle entre eux.

§6 : La particularité du secteur psychiatrique

Comme évoqué précédemment, l'un des directeurs d'établissements interrogés a rappelé une problématique, élément fondamental de l'enquête mais qui n'est pas un cas isolé : celle de la particularité du secteur de la psychiatrie et de son adhésion au GHT. En effet, depuis le 1^{er} juillet 2016, comme énoncé dans la partie I, les établissements publics de santé mentale (EPSM) ont l'obligation, eux aussi, d'adhérer à un GHT, en se constituant établissements parties. Le professionnel interrogé affirme que *« le Projet médical partagé peine à entrer dans une phase opérationnelle d'exécution. Il ne répond donc pas aux objectifs d'amélioration du parcours patient qui avaient été identifiés. »*

Il ne faut pas dès lors oublier que cette mise en place soulève certaines craintes : on peut noter que *« la psychiatrie hospitalière craint principalement de se retrouver noyée, en adhérant à des GHT composés d'établissements généraux, au sein des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Ces craintes portent plus particulièrement sur la définition du Projet médical du GHT, qui risquerait de ne pas tenir suffisamment compte des spécificités de la psychiatrie et de son organisation »*. [37]

De plus, le rapport rendu par l'IGAS datant du 2 Février 2018 porte sur la crainte *« d'un « détricotage » du secteur : le développement de l'insectorialisation, la spécialisation de plus en plus grande des soins, les évolutions législatives sur la définition du secteur vont expliquer cette crainte »*. Il va rajouter que *« la crainte d'une dilution de la psychiatrie dans un ensemble plus large qu'est la santé mentale »*.

Pourtant, la LMSS a introduit dans son article 69, un nouveau dispositif de déclinaison de la politique de santé mentale, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Le PTSM associe l'ensemble des acteurs du territoire concerné par la santé mentale. Il repose sur la réalisation préalable d'un diagnostic territorial partagé. L'ARS des Hauts-de-France a missionné en 2018 la Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie pour réaliser des diagnostics à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire en 2018. Ces

diagnostics ont été conduits avec la commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé de chaque territoire. La démarche a permis :

- D'associer les acteurs sociaux et médico-sociaux, qui travaillent le plus souvent sur des périmètres élargis
- D'élaborer des diagnostics reposant sur une méthodologie commune
- De servir de support pour l'élaboration des PTSM

Ce PTSM est une déclinaison de la politique de santé mentale. Il est élaboré à l'initiative des acteurs locaux. Il a pour objectif l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité. Ce PTSM doit être arrêté par le DGAS avant le 27 juillet 2020 pour une durée de 5 ans, pouvant être complété ou modifié à tout moment.

A noter qu'au regard des précisions apportées par l'instruction du 5 juin 2018 et de la démarche régionale d'élaboration des diagnostics partagés, l'ARS des Hauts-de-France a considéré opportun de « *Rappeler que les GHT constituent d'abord une modalité d'association d'établissements publics de santé sur l'ensemble des activités géré par ces établissements ; le périmètre des GHT ne peut ainsi être considéré comme pertinent par principe pour l'élaboration de PTSM au vu de l'hétérogénéité de la construction de ces groupements (GHT intégrant des établissements situés dans des départements différents, 2 établissements psychiatriques exemptés de GHT...)* » Malheureusement, je n'ai pu obtenir d'informations complémentaires sur l'élaboration actuelle d'une PTSM dans le secteur de l'établissement de la personne interrogée. L'ARS, elle, a toutefois lancée un Appel à initiative pour la mise en œuvre de la démarche d'élaboration des projets PTSM avant le 1^{er} Avril 2019.

§7 : Une volonté de ne plus être réformés

« *Ce qui peut nous aider, c'est une transparence dans la réglementation et dans la perspective car on ne suit plus. Nous aimerions avoir plus de temps en tant que directeur afin de pouvoir appliquer ce que la loi et la réglementation nous dictent avant qu'un nouveau projet de loi nous indique de faire tout le contraire* ». Voici la réponse apportée par l'un des directeurs qui s'est exprimé sur la volonté de ne plus être réformé.

Cette réponse marque une volonté directe de pouvoir appliquer ce qui est mis en place sans avoir à se préparer de la venue d'une future réforme qui viendrait contredire la précédente. L'un des professionnels appuie le fait qu' « *il faut partir sur des choses praticopratiques car on pense qu'il faut juste réformer le système français et faire des établissements centraux, des établissements satellites, mais la réalité du terrain est toute autre. On pourra faire toutes les réformes que l'on veut à un moment donné il va y avoir besoin d'avoir la volonté politique de dire stop* ».

Pourtant, un nouveau projet de loi, déposé sur le bureau de l'Assemblée Nationale le 13 janvier 2019, a pour but de poursuivre l'ambition de « *repenser entièrement notre système de santé* ». Il s'agit une nouvelle fois « *de répondre à l'éclatement et au cloisonnement de notre système de santé caractérisé par de multiples opposition entre les établissements publics de santé et privés, ville et hôpital, sanitaire et médico-social, exercice individuel et exercice collectif, médecine libérale et médecine hospitalière* ».

Par conséquent, bien que les professionnels ont montré une volonté de stopper pendant une durée les nouvelles réformes hospitalières, celle du 24 juillet 2019 propose une nouvelle fois différentes pistes d'actions qui pourraient répondre aux différents besoins énoncés par les professionnels. Il sera intéressant de l'analyser afin de mettre en perspectives les différents éléments de réponses que nous venons d'évoquer.

Section 2 : Les différentes pistes d'actions proposées dans la loi d'organisation et de transformation du système de santé.

Les résultats de l'enquête ouvrent sur des préconisations à investir sur le terrain. Cependant, des mesures sur la stratégie de transformation du système de santé ont été annoncées par le Président de la République, Emmanuel Macron, le 18 Septembre 2018. Celui-ci préconise « *de repenser entièrement notre système de santé* » [38] Cette stratégie s'inscrit dans le cadre plus large de la stratégie nationale de santé qui fixe le cadre de la politique de santé du gouvernement pour le quinquennat. Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté en Conseil des ministres le 13 Février 2019 et a été débattu à l'Assemblée Nationale le 19 mars 2019. La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé se veut plus proche à la fois des professionnels de santé que de l'utilisateur lui-même.

Il est dès lors intéressant de confronter les besoins des professionnels de santé interrogés avec les pistes d'actions mises en place par la loi d'organisation et de transformation du système de santé.

§1 : Une démarche de décloisonnement et de réorganisation autour du patient

La stratégie de transformation du système de santé, officiellement lancée en Février 2018, s'inscrit dans une démarche de décloisonnement. En effet, on peut retrouver les expressions suivantes : « *décloisonner le financement* », « *décloisonner l'organisation des soins* », « *décloisonner les exercices professionnels et les formations* », pour créer un collectif de soins, renforcer la coordination territoriale, développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le médico-social » [39] Pour y parvenir, le projet de loi repose sur plusieurs éléments :

A) Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS, mises en place par la LMSS du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médicosociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville.

Le ministre des Solidarités et de la Santé a demandé à l'IGAS un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS. Ce rapport, rendu en Août 2018, marque une volonté de poser un premier bilan depuis leur création et d'aborder les pistes d'actions visant à leur déploiement. Malheureusement, le rapport démontre que « *les dispositions de la LMSS ne permettent pas d'identifier et de valoriser les CPTS dans l'ensemble des coordinations* ».

Aujourd'hui, un peu plus de 200 projets de CPTS sont définitivement validés par l'ARS. Il faut noter que les CPTS émergent avant tout à partir d'initiatives des professionnels de santé eux-mêmes. Pour répondre à un ou plusieurs besoins de santé d'une population sur un territoire, les CPTS élaborent un projet de santé pour structurer le parcours de santé en assurant une meilleure coordination des acteurs du territoire. Ce dispositif vise à faciliter l'exercice des professionnels de santé, des établissements de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour améliorer la prise en charge des patients.

L'objectif future élaboré par le plan de transformation du système de santé est de compter 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé d'ici 2022. L'un des directeurs d'établissements relève un élément important. En effet, celui-ci explique « *Au-delà du GHT, des dispositifs de coopérations reposant sur le volontariat existent ou ont pu être mises en œuvre dans le sens de l'amélioration du parcours patient. Ces dispositifs sont efficaces car ils correspondent à une volonté et un engagement des acteurs. C'est sûrement ce modèle coopératif reposant sur une démarche volontariste qui est à privilégier* ».

B) Le renforcement de la gouvernance médicale au sein des GHT

L'article 37 du Chapitre III de la loi intitulé « *renforcer la stratégie et la gouvernance médicale au niveau des GHT, et accompagner les établissements volontaires pour d'avantage d'intégration* » prévoit des évolutions notamment sur la gouvernance médicale au sein du GHT. En effet, la commission médicale des GHT est chargée de mettre en œuvre et d'élaborer la stratégie médicale du groupement, traduite dans le PMP. L'article 37 de la loi ajoute qu'« *il est institué une commission médicale de groupement dans chaque GHT. La commission médicale de groupement contribue de l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du PMP du groupement. Elle contribue notamment à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge et des usagers* ».

Le caractère obligatoire d'institution de cette commission médicale de groupement marque un renforcement d'intégration au sein du GHT et de la gouvernance médicale au sein du GHT. Elle est composée de représentants médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

C) La labellisation des hôpitaux de proximité

« *Le projet de loi « Ma santé 2022 » parle des hôpitaux de proximité alors qu'ils existent déjà* ». En effet, introduits dans le code de la Santé Publique à l'article L 6111-3 à la suite de la disparition des hôpitaux locaux sous la loi « HPST », les hôpitaux de proximité sont des établissements publics ou privés qui contribuent à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent, par des coopérations avec les structures et les professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux.

L'article 37 de la loi précise que l'hôpital de proximité va « *apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients [...]* ».

Ainsi, les premiers hôpitaux de proximité seront labellisés en 2020, ils auront une place importante dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques.

§2 : la nature juridique du groupement

Au cours des travaux précédant l'annonce du plan « ma santé 2022 », la transformation progressive des GHT en établissements publics de santé de territoire a été mentionnée afin d'approfondir la logique de groupe. Cet établissement bénéficierait d'une gouvernance médicale et administrative unifiée, d'une solidarité financière de fait et d'une intégration des fonctions supports.

Cet élément n'a pas été retenu dans la loi du 4 juillet 2019.

§3: Le développement de l'ère du numérique

Afin d'assurer une prise en charge de qualité, l'information doit circuler entre les différents acteurs du système de santé mais surtout du parcours de santé du patient. Dans ce domaine, le rôle de l'informatique est prépondérant.

En effet, comme nous avons pu le voir dans les différents éléments de réponses apportés par les professionnels interrogés est que le maintien actuel des SI hétérogènes et multiples au sein des établissements parties au GHT, ne permet pas d'évoluer vers des missions transversales au niveau des GHT, ni de développer la mutualisation des fonctions supports.

Les travaux sur le chantier « Numérique » de la Stratégie de Transformation du système de santé (STSS) avait pour objectif d'aboutir pour fin juin 2018 à la production d'une feuille de route opérationnelle couvrant la période 2018-2022 et ayant pour but de renforcer le virage numérique dans le système de santé. En effet, cette feuille de route a pour but de « *mieux coordonner les professionnels de santé, pour développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, pour lutter contre la fracture sanitaire, pour repositionner le citoyen au*

cœur du système de santé.. » .^[40] Celle-ci déploie 5 orientations pour accélérer le virage du numérique :

- Renforcer la gouvernance du numérique en santé
- Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des SI en santé
- Accélérer le déploiement des services numériques socles
- Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé
- Stimuler l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs

L'objectif principal est de repositionner l'utilisateur comme le premier bénéficiaire des services numériques en santé en lui donnant les moyens d'être véritablement acteur de sa santé. Par ailleurs, l'enjeu d'un SI performant au sein d'un GHT est le partage et l'accès à la bonne information, au bon moment par le professionnel dans sa pratique quotidienne.

§4 : Une volonté de replacer le patient « au cœur du soin »

Désormais, avec la mise en place des parcours de soins, ce n'est plus au patient de faire le lien entre les professionnels mais c'est aux soignants de se coordonner. Il ressort des différentes réponses du questionnaire apportées par les professionnels que l'utilisateur est souvent réduit à un rôle passif dans la construction de son parcours de soin et n'a qu'une visibilité extrêmement faible sur l'utilisation de ses données de santé.

Les différents travaux de la stratégie de transformation du système de santé intitulés « *accélérer le virage numérique* », élaborent un bilan actuel sur le manque de lisibilité du patient sur l'utilisation de ses données à caractère personnel par les professionnels. Favoriser la qualité des soins, c'est assurer au patient qu'il recevra le bon soin par le bon professionnel au bon moment. Ces différentes technologies de l'information et de communication, vont permettre d'assurer une continuité et une accessibilité aux données.

Si le développement d'un outil numérique reste un outil au service du parcours patient et dans le suivi du traitement, néanmoins, l'obligation d'une sécurité des données à caractère personnel considérées comme sensibles doit être effectué par le responsable de traitement des données, c'est-à-dire les établissements.

CONCLUSION

Le GHT s'intègre dans le cadre législatif posé par la LMSS du 26 janvier 2016. Survenu au lendemain des réformes hospitalières retraçant l'histoire du système de santé français, le GHT est un projet ambitieux amenant vers une efficacité accrue du système de santé. Force est de constater que la coopération permet de mutualiser les moyens d'exercice de la médecine et qu'il s'agit avant tout d'offrir des soins de meilleure qualité aux patients. De ce constat, les directeurs ont dû modifier leurs pratiques et accepter une réforme contraignante pour obtenir une coopération qui fonctionne. Le PMP, considéré comme étant la pierre angulaire de tout ce dispositif que sont les GHT sur lesquels reposent les coopérations inter-établissements, doit proposer une évolution de l'offre de soins répondant aux besoins de la population.

Les résultats de l'analyse apportés par les réponses des différents professionnels interrogés ont pu démontrer que bien que le PMP soit considéré comme fondamental à l'élaboration de la structuration de l'offre de soins sur le territoire, comme le présente la première hypothèse énoncée en propos introductif, les professionnels ont pu contrebalancer cette 1ère hypothèse élément en venant expliquer que les GHT ne sont qu'une continuité des réformes hospitalières précédentes et qu'en la pratique, ils mettent en application des éléments déjà créés par le passé.

De plus, l'un des membres de l'ARS des Hauts-de-France a évoqué dans son interview que *« finalement, nous ne sommes quasiment qu'au début de ce que cela pourra constituer dans le futur. On est juste à la structuration de projets médicaux [...] »*

Les constats établis tout au long du mémoire permettent donc d'affirmer la seconde hypothèse : Les GHT entrent dans l'histoire des réformes hospitalières et marquent la continuité de ce que les réformes précédentes avaient déjà mis en œuvre et appliquées par les professionnels de santé. Il reste par conséquent, avec la nouvelle loi du 24 juillet 2019 à trouver des solutions afin que le SIH convergent puisse devenir homogène afin que les échanges entre les établissements membres du GHT puissent favoriser la qualité et la sécurité des soins de l'utilisateur.

ANNEXE 1 : DEFINIR LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

GHT Visés : Périmètre arrêté par l'ARS de 14 Groupements Hospitaliers de Territoire de la région des Hauts-de France

Document support : Le Projet Médical Partagé de la convention constitutive de chaque GHT

Professionnels visés : Le président de la CME de l'établissement support, le directeur général de l'établissement support, 1 ou 2 directeur(s) général (aux) d'établissements partie.

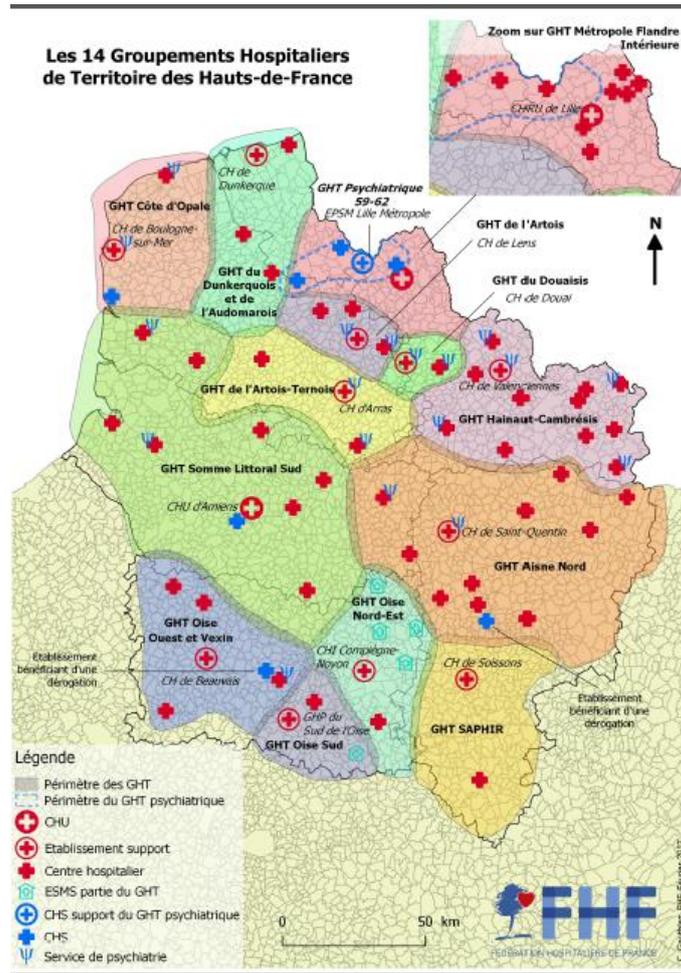
Objectif N°1 : Recenser les orientations stratégiques de chaque projet médical partagé afin de définir le questionnaire.

Objectifs N°2 : Organisation d'un deuxième questionnaire face aux résultats du premier afin de le soumettre :

- A un membre de l'ARS des Hauts-de France : directeur de la planification de l'offre sanitaire : Mr Arnaud Corvaisier
- A un membre de l'HAS
- A un membre de La FHF : Mr HUSS Président de la FHF

Étape ultime : Confrontation du questionnaire 1 et du questionnaire 2.

ANNEXE 2 : DEFINIR LE PERIMETRE DE L'ETUDE



GHT N°1 : COTE D'OPALE

Etablissements composants le GHT : CH de Boulogne-sur-Mer , CH Calais, Institut départemental Albert Calmette de Camiers.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N°1 : Consolider les deux sites MCO les activités socles nécessaires au fonctionnement des services d'urgence et de gynéco-obstétrique.
- Objectif N°2 : Développer une offre publique de soins dans tous les domaines permettant de répondre aux enjeux spécifiques du territoire notamment en cancérologie.
- Objectif N°3 : Renforcer et développer dans tous les disciplines, particulièrement en chirurgie, une offre de secteur 1.
- Objectif N°4 : Consolider et développer la réponse en psychiatrie et pédopsychiatrie notamment ambulatoire sur la base des orientations prises par la communauté psychiatrique de territoire.
- Objectif N°5 : Consolider et développer la filière SSR en garantissant une offre complète et de proximité des soins en SSR polyvalents et spécialisés
- Objectif N° 6 : Développer une politique d'attractivité pour le recrutement médical
- Objectif N°7 : Promouvoir le développement de la recherche clinique et translationnelle.

Objectifs complémentaires :

- L'amélioration continue de la qualité du service rendu à la population
- La mise en œuvre des parcours de soins gradués, coordonnées, lisibles et attractifs
- S'inscrire dans une stratégie offensive pour augmenter les parts d'activités publiques
- Conforter le maillage territorial et prendre en compte la réalité des différents territoires de proximité
- Valoriser les équipes de référence dans les différents établissements

Professionnels visés :

- Le directeur du CH de Boulogne-sur-Mer (support) : Yves Marlier
- Le directeur du CH de Calais (partie) : Martin Trelcat
- Le directeur de l' EPSM de Camiers (partie) : Bruno Delattre
- Le Président de la CME de Boulogne-sur-Mer : Dr Stéphane Chochois

GHT N°2 : DUNKERQUOIS ET DE L'AUDOMAROIS

Etablissements composants le GHT : CH de Dunkerque, CH Zuydcoote, CH Saint-Omer , CH Aire sur la Lys.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N° 1 : Développer une offre publique de soins dans tous les domaines permettant de répondre aux enjeux spécifique du territoire notamment en cancérologie
- Objectif N°2 : Renforcer et développer dans tous les disciplines, particulièrement en chirurgie, une offre de secteur 1
- Objectif N°3 : Consolider sur chaque site MCO les activités socles nécessaires au fonctionnement des services d'urgence et de gynéco-obstétrique
- Objectif N°4 : Consolider et développer la réponse en psychiatrie et pédopsychiatrie notamment ambulatoire sur la base des orientations prises par la communauté psychiatrique de territoire.
- Objectif N°5 : Consolider et développer la filière SSR en garantissant une offre complète et de proximité des soins en SSR polyvalents et spécialisés
- Objectif N°6 : Développer une politique d'attractivité pour le recrutement médical notamment par le développement de la recherche clinique

Professionnels visés :

- Le directeur du CH de Dunkerque (support) : Bruno Donius
- Le directeur du CH de La région de Sain-Omer (partie) : Philippe Merlaud
- Le directeur du CH d'Aire sur la Lys (partie) : Philippe Merlaud
- Le Président de la CME de Dunkerque : Dr Jean-Charles Aisenfarb

GHT N°3 : LILLE METROPOLE FLANDRE INTERIEURE

Etablissements composants le GHT : CH d'Armentières, CH de Bailleul, CH D'Hazebrouck, CH Régional et Universitaire de Lille, CH de Loos Haubourdin, CH de Roubaix, CH Seclin Carvin, CH de Tourcoing, CH Intercommunal de Wasquehal, CH de Wattrelos

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N°1 : L'amélioration continue de la qualité du service rendu à la population
- Objectif N°2 : La mise en œuvre des parcours de soins gradués, coordonnées, lisibles et attractifs
- Objectif N°3 : S'inscrire dans une stratégie offensive pour augmenter les parts d'activités publiques
- Objectif N°4 : Conforter le maillage territorial et prendre en compte la réalité des différents territoires de proximité
- Objectif N°5 : Valoriser les équipes de référence dans les différents établissements
- Objectif N°6 : Innover ensemble pour rester attractifs et promouvoir la recherche clinique

Professionnels visés :

- Le directeur du CHRU de Lille(support) : Mr Frédéric Boiron
- Administrateur Provisoire du CH d'Armentières (partie) : Christian Burgi
- Le directeur du CH de Roubaix (partie) : Vincent Kauffman
- Le Président de la CME CHRU Lille : Pr François-René Pruvot

GHT N°4 : HAINAUT-CAMBRESIS

Etablissements composants le GHT : CH de Valenciennes, CH Avesnes Sur Helpe, HD Felleries-Liessies, CH Fourmies, CH Hautmont, CH de Sambre Avesnois, CH Cambrai, CH le Cateau-Cambresis, CH Denain, CH Saint Amant-Les Eaux, CH Jeumont et CH Le Quesnoy.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N° 1 : Gynécologie obstétrique : Assurer à la population du territoire du Hainaut-Cambrésis une prise en charge de la femme, de l'enfant et du nouveau-né, une offre de soins de qualité grâce à une harmonisation des prises en charge et des pratiques pour assurer la qualité et sécurité des soins
- Objectif N°2 : Chirurgie : Pérenniser et développer une offre publique chirurgicale de qualité sur le territoire par un maillage territorial en assurant la permanence des soins, le développement de l'ambulatoire, et en répartissant les activités dans une logique de parcours et de consolidation des volumes, notamment en cancérologie
- Objectif N°3 : Urgences : aboutir à la mise en œuvre d'une organisation territoriale fonctionnelle en filière pour les urgences hospitalières en définissant des parcours communs avec les spécialistes concernés, pour les filières spécifiques.
- Objectif N°4 : Imagerie : Délivrer une prestation d'imagerie de qualité à tous les patients dans des délais adaptés en poursuivant le maillage territorial essentiellement autour des plateaux techniques publics. Maintenir l'attractivité médicale nécessaire pour mener les missions de service public et la permanence des soins. S'appuyer sur la télé-imagerie pour renforcer les filières publiques.
- Objectif N°5 : Anesthésie : créer une dynamique de territoire, y compris en ambulatoire, par une harmonisation des pratiques, un adossement aux projets de chirurgie et gynécologie-obstétrique ainsi qu'une participation aux travaux sur le projet pédagogique et à la recherche clinique permettant d'accroître l'attractivité pour la profession médicale tout en garantissant la cohésion des équipes locales.
- Objectif N°6 : Soins de suite et de réadaptation : Les parcours de soins au sein du groupement, devront systématiquement intégrer les SSR.

- Objectif N°7 : Permanence et continuité des soins spécialisés : Construire un maillage territorial permettant pour chaque domaine d'activité d'assurer la permanence et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire.
- Objectif N°8 : Cancérologie : Optimiser l'organisation de la prise en charge du cancer, en réseau entre les établissements publics de santé du groupement, pour garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé, coordonné et sécurisé en maintenant une prise en charge de proximité et en valorisant les complémentarités entre établissements
- Objectif N°9 : filière gériatrique : Permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, au sein du groupement
- Objectif N°10 : Psychiatrie : Elaborer un projet médical partagé en psychiatrie dans le cadre de la construction d'un projet territorial de santé mentale prévu par les dispositions de l'article L 3221-2 du CSP, dans le respect de la politique de secteur, seule garantie de la prise en charge de proximité pour les patients et leurs familles.
- Objectif N°11 : Biologie : Renforcer la position des établissements de groupement en pérennisant et développant une offre publique de qualité.
- Objectif N°12 : Pharmacie : Garantir la qualité, la sécurité et la continuité de la prise en charge médicamenteuse et de l'usage des dispositifs médicaux au sein des différents établissements du GHT
- Objectif N°13 : Axe qualité : Mettre en place une politique d'harmonisation des processus et des protocoles de gestion des risques et de la qualité de prise en charge. Proposer à l'échelle du territoire des commissions inter-établissements.
- Objectif N°14 : pour l'ensemble des activités sus-mentionnées, le CHRU de Lille est intégré dans le projet médical du GHT, dans le cadre de la gradation des soins complexes et des innovations diagnostiques et thérapeutiques.

Professionnels visés :

- Le directeur du CH de Valenciennes (support) : Rodolphe Bourret
- Le directeur du CH de Avesnes sur Helpe (partie) : Serge Gunst
- Le directeur de CH de Denain (partie) : Agnès Lyda-Truffier
- Le Président de la CME de Valenciennes: Dr Isabelle Girard Buttaz

GHT N°5 : TERRITOIRE DE L'ARTOIS

Etablissements composant le GHT : CH de Lens, CH d'Hénin-Beaumont, CH de Béthune, CH de la Bassée

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectifs médicaux
- Objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée
- Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :
 - La permanence et la continuité des soins
 - Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées
 - Les activités ambulatoires d'hospitalisation sanitaires exceptionnelles
 - Les plateaux techniques
 - La prise en charge des urgences et soins non programmés
 - L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
 - Les activités d'hospitalisation à domicile
 - Les activités de prise en charge médico-sociale
- Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie
- Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L 6132-3 du CSP
- Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévues au 4°
- Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes
- Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évolution

Professionnel visé : Edmond Mackowiak

GHT N°6 : DOUAISIS

Etablissements composant le GHT : CH de Douai, CH de Somain

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Filière N°1 : Optimiser la filière de soins de pneumologie sur le territoire
- Filière N°2 : Renforcer le partage des compétences gériatriques
- Filière N°3 : Mettre en place une filière obésité sur le territoire
- Filière N°4 : Organiser une offre de soins coordonnées urgences sur le territoire
- Filière N°5 : Assurer l'essor d'une filière de territoire spécifique et graduée en cancérologie
- Filière N°5 : Formaliser les filières de prises en charge de pathologies spécifiques en psychiatrie
- Filière N°6 : Renforcer les compétences en addictologie sur le territoire.

Professionnels visés :

- Le directeur du CH de Douai (support) : Renaud Dogimont
- Le directeur du CH de Somain (partie) : Brigitte Remmery
- Le Président de la CME de Douai : Alexandre Berteloot

GHT N°7 : ARTOIS-TERNOIS

Etablissements composant le GHT : Etablissement support d'Arras, CH de Bapaume, CH du Ternois.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N°1 : Structurer l'organisation des filières de soins :
 - Prise en charge de la personne âgée
 - Neurologiques, notamment en ce qui concerne la prise en charge de l'AVC
 - Cancérologiques et soins palliatifs
 - Santé mentale et handicap
 - Troubles du métabolisme
 - Accompagnement en fin de vie
- Objectif N°2 : structurer l'organisation des soins non programmés
- Objectif N°3 : renforcer l'offre de soins de proximité, portant sur le recours aux spécialités, notamment en télé médecine
- Objectif N°4 : Structurer les filières de prise en charge en soins de suite et de réadaptation
- Objectif N°5 : fluidifier l'accès au plateau technique du CH d'ARRAS
- Objectif N°6 : renforcer le lien avec la médecine de ville

Professionnels visés :

- Le directeur du CH d'Arras (support) : Pierre Bertrand
- Le directeur du CH de Bapaume (partie) : Pierre Bertrand
- Le Président de la CME du CH d'Arras : dr Patrick Le-coz

GHT N°8 : SOMME LITTORAL SUD INCLUANT DEUX ETABLISSEMENTS DU PAS-DE-CALAIS

Etablissements composant le GHT : CHU Amiens, CH Corbie, CH Doullens, CH Albert, CH Pinel, CH Intercommunal de Montdidier-Roye, CH intercommunal de la Baie de Somme, CH Abbeville, CH de l'arrondissement de Montreuil, CH Hesdin.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

Dans une logique de détermination de parcours patients :

- Filière N°1 : Gériatrie
 - *Améliorer l'accès et la qualité des soins* :
 - Labelliser et structurer les filières de soins gériatriques dans la continuité du travail déjà réalisé au sein des communautés hospitalières de territoire
 - Développer les complémentarités entre les établissements supports de la filière de soins gériatriques (établissements de recours) et les établissements de proximité afin d'assurer la présence d'une offre de soins complète et graduée aux patients.
 - Consolider une offre de soins spécialisée pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées (UHR, UCC) en coopération avec le centre de ressource et de recherche du CHU d'Amiens.
 - Développer le partenariat entre les établissements d'accueil de personnes âgées et établissement psychiatrique afin de proposer une prise en charge psycho-gériatrique adaptée en tout point du territoire ;
 - *Améliorer l'efficacité du système de santé*
 - Développer la coordination avec le secteur médico-social en amont et en aval des prises en charge hospitalières qui peut prendre la forme de conventions de partenariat avec les différents acteurs institutionnels concernés.
 - Favoriser l'organisation du parcours patient dans le secteur de la filière de gériatrie en impliquant l'ensemble des structures sanitaires, sociales

et médico-sociales du territoire afin d'éviter les hospitalisations ou prises en charge inadéquates des patients.

- Filière N°2 : Soins de suite et de réadaptation
 - *Améliorer l'accès et la qualité des soins*
 - Développer l'offre en SSR afin de couvrir l'ensemble des besoins de la population tant pour les unités SSR dites de proximité (SSR polyvalentes) que pour les SSR de recours infra régional (SSR spécialisés) et le SSR de recours régional (SSR spécialisés du CHU et du CH de Corbie) conformément aux orientations du SROS de Picardie et du Nord Pas-de-Calais.
 - Identifier les possibilités de couvrir l'intégralité des activités de SSR spécialisés en répondant notamment aux attentes des SROS relatives à la prise en charge de l'obésité , des pathologies neurodégénératives et d'oncologie hématologie.
 - *Améliorer l'efficacité du système de santé*
 - Développer les alternatives à l'hospitalisation complète en association avec les unités d'hospitalisation à domicile et les SSIAD
 - Développer la complémentarité avec les structures médico-sociales dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec des patients entre Court Séjour, Moyen Séjour et établissements médico-sociaux.
 - Identifier les pistes de mutualisation des structures SSR existantes pour constituer une offre plus structurée sur le territoire qui tienne compte du contexte de la démographie médicale régionale et de l'impact des nouvelles règles de tarification à l'activité de ces activités.
- Filière N°3 : Cancérologie
 - *Améliorer l'accès et la qualité des soins*
 - Renforcer la graduation de la prise en charge en formalisant mieux la répartition des rôles au niveau de recours régional (enseignement, recherche, cas complexe et filières spécialisées) , les missions du recours infra régional (du dépistage, surveillance à domicile, soins de support) dans le respect des seuils d'activité réglementaire.
 - Développer les missions d'animation de la filière cancérologie dévolues au CHU d'Amiens dans le cadre du Centre Régional et Universitaire de Cancérologie existant afin de faire bénéficier l'ensemble des patients

pris en charge dans l'un des établissements du GHT du potentiel d'expertise médicale existant

- *Améliorer l'efficience du système de santé*
 - Développer l'attractivité de l'offre de soins afin d'assurer une prise en charge dans les meilleurs délais des patients et de réduire le taux de fuite extra régional.
 - Développer l'articulation avec les acteurs de prévention et les institutions médico-sociales pour sensibiliser les populations à risque et favoriser la réinsertion sociale des patients après leur guérison.
 - Compléter l'offre de soins en SSR pour la prise en charge spécialisée en Onco-hématologie.

Dans une logique d'amélioration d'accès aux soins :

- Filière N°4 : Urgences
 - *Améliorer l'accès et la qualité des soins*
 - Conforter le maillage SMUR afin de répondre au principe d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes grâce notamment à la combinaison entre les vecteurs hélicoptères et terrestres de transports existants
 - Optimiser la fonction de régulation du SAMU pour assurer une orientation des patients vers les services d'urgence et les établissements les plus adaptés à une prise en charge des pathologies observées, dans le respect des filières de prise en charge identifiées au sein du GHT.
 - Renforcer les coopérations entre établissements de proximité et de recours notamment par un accès privilégié aux plateaux techniques de recours en imagerie et biologie pour les unités d'urgences situées dans les établissements de proximité.
 - *Améliorer l'efficience du système de santé*
 - Identifier les modalités de prise en charge
 - Optimiser la gestion des lits des établissements afin de développer les possibilités d'accueil des patients arrivés aux urgences au sein des différents services en articulation avec les admissions programmées.

- Développer depuis les services d'urgence des modalités de suivi en conventionnelles (HAD, Consultations pos urgence...) pour soutenir le virage ambulatoire des établissements membres
 - Développer la coopération entre les professionnels des services d'urgence afin d'améliorer les modalités de transfert des patient entre établissements.
- Filière N°5 : Addictologie
 - *Améliorer l'accès et la qualité des soins*
 - Construire des parcours patients coordonnés en formalisant les partenariats entre tous les acteurs du champ de l'addiction présents sur le territoires : prévention, médecine et pharmacie de ville, médicosocial, sanitaire somatique et psychiatrique, social...
 - Favoriser les actions de prévention coordonnées en faveur de publics vulnérables : jeunes, femmes enceintes, personnes sous-main de justice, personnes en situation de précarité ...
 - Améliorer le maillage territorial en optimisant l'offre dans les zones du GHT dépourvues et en développant les complémentarités entre acteurs d'un même territoire local
 - *Améliorer l'efficience du système de santé*
 - Développer une politique de formation des acteurs de santé (prévention, repérage, prise en charge), reposant sur les ELSA
 - Développer les alternatives à l'hospitalisation pour les activités de sevrage
 - Optimiser les préventions primaires, secondaires et tertiaires
- Filière N°6 : Santé Mentale, psychiatrie générale et infanto juvénile
 - *Améliorer l'accès et la qualité des soins*
 - Garantir l'égalité, l'accessibilité et la continuité des soins psychiatriques à tous les âges de la vie
 - Améliorer l'organisation de la réponse aux situations d'urgence en lien avec la filière urgences du GHT : permanence des soins, prises en charge psychiatriques de courte durée, prise en charge somatique des patients psychiatriques
 - Consolider la graduation des soins de l'ambulatoire à l'hospitalisation et une prise en charge globale, organisée et articulée, à partir des

- secteurs psychiatriques, en lien avec l'ensemble des représentants des usagers, des acteurs hospitaliers, libéraux, judiciaires, pénitentiaires, sociaux et médico-sociaux, associatifs jusqu'aux structures de recours
- Améliorer les articulations et concertations entre les acteurs impliqués, favorisant une prise en charge adaptée à l'état de santé, dans la structure et selon le mode de prise en charge le plus pertinent
 - Favoriser l'accompagnement social et médico-social adapté au patient et à son environnement
 - Dynamiser les actions d'évaluation des dispositifs et pratiques de soins, en lien avec les besoins populationnels et avec la recherche clinique
- *Améliorer l'efficacité du système de santé*
 - Développer et organiser des coopérations et de formation entre acteurs de santé mentale et médecins généralistes du GHT pour organiser et fluidifier des parcours
 - Développer des alternatives à l'hospitalisation
 - Construire collégalement une politique de gestion des emplois et compétences médicales permettant de relever le défi démographique

Filières complémentaires :

- Filière N°7 : Accident Vasculaire Cérébral
- Filière N°8 : Insuffisance Rénale Chronique
- Filière N°9 : Femme-couple-enfant
- Filière N°10 : Soins aux détenus
- Filière N°11 : Obésité
- Filière N°12 : Maladies neurodégénérative
- Filière N°13 : Etats Végétatifs Chroniques et Etats Pauci Relationnels

Professionnels visés :

- La directrice Générale du CHU d'Amiens (support) : Danielle Portal
- Le directeur du CH de Corbie : Thierry Plantard
- Le Président de la CME du CH d'Amiens : Pr Pierre Krystkowiak

GHT N° 9 : AISNE NORD- HAUTE SOMME

Etablissements composant le GHT : CH Saint Quentin, CH Laon, CH Chauny, CH Guise, CH Hirson, CH Le Nouvion, CH Vervins, CH la Fère, Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Saint Gobain, CH Péronne, CH Ham.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Orientation N°1 : Réactualiser le précédent projet médical de territoire (24 filières de soins) au regard de la modification menée précédemment des établissements parties et des travaux à venir dans le cadre de l'élaboration d'un Projet Régional de Santé Grande Région.
- Orientation N°2 : Poursuivre l'intégration des établissements de la Thiérache dans les filières de soins, en lien avec le 1
- Orientation N°3 : Intégrer le CH de Laon dans les filières de soins en lien avec le 1
- Orientation N°4 : développer une stratégie médicale pour la prise en charge en urgence, en lien avec une optimisation des structures d'urgences existantes
- Orientation N°5 : Assurer une meilleure visibilité sur le Territoire de certaines activités transversales (ex : soins palliatifs, addictologie, mémoire.)
- Orientation N°6 : Renforcer les activités de la filière gériatrique en lien avec les projets médicaux de chaque établissement
- Orientation N°7 : Développer les parcours patients dans les spécialités chirurgicales
- Orientation N°8 : Mettre en place le département de l'information médicale de Territoire
- Orientation N°9 : Développer une stratégie commune d'optimisation de la démographie médicale sur le territoire, en lien avec les travaux du CHU associé.
- Orientation N°10 : S'engager à l'issue de la rédaction du Projet Médical Partagé dans une politique d'information et de communication, auprès des professionnels libéraux, médecins et paramédicaux, en vue d'améliorer les liens

Professionnels visés :

- Le directeur du CH de Saint-Quentin (support) : François Gauthiez
- Le directeur du CH de Laon(partie) : Etienne Duval
- Le directeur de CH de Peronne (partie) : François Gauthiez
- Le Président de la CME de Saint Quentin : Marc Bernard

GHT N°10 : SAPHIR

Etablissements composant le GHT : CH Soissons, CH Château- Thierry

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

« Les établissements parties à la présente convention établissent un PMP permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée. [...]

Le GHT SAPHIR a pour finalité et objet de renforcer la qualité et l'efficacité de l'offre publique de santé de territoire sud-axonais, par la structuration des filières de prise en charge, dans une logique de mutualisation, de renforcement mutuel et de complémentarité de chacun des deux établissements publics de santé qui la constituent.

Le PMP postule que les deux établissements assureront le maillage de territoire par leurs services de proximité, seront complémentaires dans leurs services de recours et assumeront leurs rôles dans chacune des filières de prise en charge.

Les établissements considèrent que Le GHT :

Constitue un gage de qualité, sécurité, mais aussi d'efficacité de l'offre de soins publique au bénéfice de la population

Doit s'ancrer sur un véritable Projet médical de territoire, décrivant les filières de prise en charge, en termes de mutualisation, renforcement réciproque et complémentarité.

Suppose d'être ouverte et articulée avec l'offre de soins en SSR, le secteur médico-social et les acteurs de ville

Doit s'appuyer sur les pôles d'excellence de chacun. »

Professionnel visé :

- Le directeur du CH de Soissons : Eric Lagardere
- Le directeur du CH Château-Thierry : Freddy Serveaux
- Le Président de la CME du CH de Soissons : Dr Badri Matta

GHT N°11 : OISE OUEST ET VEXIN

Etablissements composant le GHT : CH Beauvais, CH Chaumont-en-Vexin, CH Clermont, HL Crèvecœur-le-Grand, HL de Grandvilliers

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N°1 : Assurer la fluidité de la filière MCO et SSR et le caractère adéquat des hospitalisations
- Objectif N°2 : Améliorer l'accès aux spécialités et à l'offre de consultations spécialisées
- Objectif N°3 : Poursuivre la réflexion sur l'articulation entre les différents services d'urgence du GHT
- Objectif N°4 : Développer et améliorer la prise en charge en cancérologie
- Objectif N°5 : Constituer des filières de prise en charge en matière de périnatalité et de prise en charge de la femme et de l'enfant dans la perspective d'un pôle de territoire.
- Objectif N°6 : Coordonner la prise en charge en santé mentale et développer la prise en charge des addictions.
- Objectif N°7 : Consolider la mise en place du laboratoire de biologie médicale de territoire
- Objectif N°8 : Structurer une imagerie de territoire incluant l'imagerie interventionnelle
- Objectif NN°9 : Structurer la filière gériatrique
- Objectif N°10 : Mettre en place un DIM de territoire

Le projet médical partagé présente les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières listées ci-dessus, incluant notamment et le cas échéant, une réflexion portant sur les items suivants :

- La permanence et la continuité des soins ;
- Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
- Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
- Les plateaux techniques ;
- La prise en charge des urgences et soins non programmés ;

Professionnels visés :

- Le directeur du CH de Beauvais (support) : Eric Guyader
- Le directeur du CH de Chaumont en Vexin (partie) : Christine Louchet
- Le directeur de CH de Clermont (partie) : Stéphan Martino
- Le Président de la CME du CH de Beauvais : Thierry Ramaherison

GHT N° 12 : OISE NORD EST

Etablissements composant le GHT : CH Compiègne Noyon, Hôpital de Crépy-en-Valois, EHPAD Résidence des 2 Châteaux, EHPAD Bellifontaine, EHPAD de Bizy, IMPROI De Ribecourt-Deslincourt.

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N°1 : Structurer des filières de soins cohérentes répondant à un besoin de proximité et de spécialité :
 - Garantir la permanence des soins
 - Favoriser l'accès à un plateau technique innovant
- Objectif N°2 : Promouvoir la bientraitance au travers de soins de support mieux coordonnés
- Objectif N°3 : Favoriser l'attractivité des établissements en matière de recrutement, notamment médicaux

Professionnels visés :

- Le directeur du CH Compiègne Noyon (support) : Brigitte duval
- Le représentant de l'EHPAD des deux Châteaux (partie) : Brigitte Duval
- Le représentant de l'EHPAD Résidence de Bizy (partie) : Julie Cholet-Cottenceau
- Le Président de la CME du CH Compiègne Noyon : Dr Laurence Deltour

GHT N°13 : OISE SUD

Etablissements composant le GHT : Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise, Hôpital local de Nateuil-le-Haudouin, CH Pont- Sainte-Maxence

Orientations stratégiques du Projet Médical Partagé du GHT :

- Objectif N° 1 : Faciliter le parcours de soins et de prise en charge des personnes âgées accueillies en tout point des établissements membres et associés du GHT
- Objectif N°2 : contribuer à structurer une offre graduée de proximité pour la population
- Objectif N°3 : Faciliter une optimisation de l'hospitalisation par un développement de l'hospitalisation à domicile, notamment dans les disciplines qui n'en bénéficient pas
- Objectif N°4 : Des filières plus spécifiques feront l'objet de territoire détaillé pour consolider l'expertise et le haut niveau de prise en charge offert à la population
- Objectif N°5 : Faciliter la continuité et la permanence des soins et améliorer la gestion prévisionnelle de la démographie médicale
- Objectif N°6 : Favoriser la culture commune et les outils communs de travail entre les équipes médicales, soignantes et sociales des établissements
- Objectif N°7 : Développer les Coopérations médico-techniques
- Objectif N°8 : Une gouvernance médicale et soignante favorise les échanges
- Objectif N°9 : Un projet de soin partagé des trois établissements publics faisant l'objet d'une étroite concertation avec les établissements associés

Professionnels visés :

- Le directeur du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise(support) : Didier SAADA
- La directrice du Centre Hospitalier Georges Decroze , Pont Sainte-Maxence (partie) : Patricia Le Moign
- Le Président de la CME du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise : Dr Estelle Renaud

ANNEXE 3 : DEFINIR LE QUESTIONNAIRE A SOUMETTRE AUX CIBLES DE L'ETUDE

Questions	Mes attentes
<p>En quoi le projet médical partagé de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples ?</p>	<p><i>J'attends une réponse concrète de mon interlocuteur qui est adapté à l'application réelle du projet médical au sein de son GHT</i></p>
<p>Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?</p>	<p><i>Mon interlocuteur devra donner son avis professionnel.</i></p>
<p>Si oui, comment avez-vous procédé ? quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?</p>	<p><i>Focus sur l'outil le plus pertinent. Il s'agit ici de repérer les outils mis en place et d'en analyser ceux qui ont du mal à être mis en place dans cette organisation</i></p>
<p>Si non pourquoi ?</p>	<p>X</p>
<p>Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?</p>	<p><i>Maintenant que la coopération est rendue obligatoire, il convient de s'assurer que les acteurs aient conscience des nouvelles méthodes de management. Et si tel est le cas, c'est le moment de recueillir leur avis.</i></p>

<p>Qu'est-ce qui pour vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?</p>	<p><i>Maintenant que le parcours est borné dans une organisation administrative et médicale, il s'agit de faire s'interroger l'interlocuteur sur l'implication du patient. En effet, comment le patient peut-il être impliqué dans son parcours s'il n'a pas conscience de toute l'organisation mise en œuvre ?</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE 4 : LE RECUEIL DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE

Grille d'entretien
GHT Hainaut-Cambrésis
CH Avesnes sur Helpe
Mr Serge Gunst, directeur Général

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

En quoi le projet médical de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?

Effectivement, le système de santé ne peut plus imaginer qu'un établissement puisse vivre seul.

Même le CHU de Lille qui est une grosse structure, puisqu'on considère qu'il a un gros plateau technique, doit partager ses lits. Le GHT a un sens car on ne peut imaginer qu'un seul établissement puisse faire les choses seul. Soit il est très technique, soit il ne l'est pas et il doit coopérer avec un autre établissement.

La démarche de la progression des soins fait prendre conscience que l'on doit faire passer la main. Cette gradation des soins est ce que l'on peut retrouver dans le GHT. Soit il est public ou privé.

Ce qui est intéressant, c'est de trouver l'identification des établissements : on a une culture hospitalière qui veut que l'on voudrait sauver tout le monde mais ce n'est pas vrai. Ce n'est plus imaginable parce qu'il n'y a plus la ressource humaine.

Le GHT s'est installé avec la volonté de faire cela : cette volonté s'est mise en place et a été très chahutée avec les directeurs d'établissements :

- Raison financière
- Raison culturelle, les directeurs d'hôpitaux ont été formés.

Ils ont peur de perdre la valeur de l'établissement.

Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?

Structurer 5 sur les 7 qui ont été choisis, des parcours qui faisaient l'unanimité : addictologie, gériatrie par exemple. Ils ont été structurés et lisibles par les structures mais pas pour les patients. On a pris les compétences des uns et des autres, mais le patient n'a pas été connecté.

Nous avons procédé par des réunions médicales et avec le chef de l'établissement. Sur le plan médical ça s'est très bien passé. Nous avons un GHT très facile en terme de décisions et d'échanges. La taille de Valenciennes (établissement support reconnu) est telle que c'était beaucoup plus facile pour les médecins de s'entendre sur les axes stratégiques du PMP ainsi que les démarches à suivre. Cela a été plus difficile pour les directeurs où la hiérarchie existe moins.

Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?

L'outil a été réalisé par un prestataire extérieur, un cabinet extérieur qui nous a permis de réaliser notre PMP : celui-ci est financé par l'ARS par une aide à l'installation du GHT.

Frein que l'on a eu c'est que les médecins n'ont pas beaucoup de temps et qu'il y a du avoir plusieurs réunions. Il était dès lors difficile de réunir tout le monde et à des rythmes poussés.

Si non, pourquoi ?

NC

Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Le GHT est un outil de coopération. Le sens du GHT est de dire que le secteur privé s'est structuré depuis longtemps sur la coopération. Aujourd'hui, nous voudrions établir une forme de « doctolib » du GHT. Cela permettra de ne pas perdre le patient, pour ainsi récupérer des parts de marchés publics. Avec l'idée de dire que l'établissement support renverra le patient dans les établissements parties au GHT.

Actuellement, Le Centre Hospitalier de Fourmies est dans une incapacité d'attirer les praticiens. Il doit d'abord passer un accord avec le CH de Valenciennes qui est l'établissement support du GHT.

Prenons par exemple la Chirurgie : l'esprit du GHT est de faire déplacer leur chirurgien, et de trouver un équilibre. On veut faire disparaître la compétition inter GHT, dans le but de ne pas perdre le patient par rapport au privé (coordination). L'aspect compétitif du terme se retrouve dans le secteur public avec pour objectif la « concurrence ».

La notion du privé et public est en train de disparaître.

Ainsi, il faut se poser la question suivante à savoir : Aujourd'hui est ce que le management doit être compétitif ? oui, mais il ne doit pas être que compétitif institutionnellement.

On confond toujours les missions de Service public et certaines lectures nous informent que la société doit être égalitaire en tout point. Pourtant, la clinique privée, elle, fait très bien son travail.

Cela permet d'optimiser : être compétitif, c'est de faire des investissements pour être à la pointe du progrès. Bien sûr, si nous n'avons pas la volonté d'arriver à se remettre

continuellement en question, nous risquerions de perdre nos patients. On a mis longtemps à prendre conscience que l'on ne doit pas perdre les patients et les satisfaire dans la prestation délivrée dans nos établissements.

Aussi, il ne faut pas oublier les éléments fondamentaux pour que le patient soit satisfait : il faut structurer la compétence médicale, donner un bon accueil avec une bienveillance de la part du personnel, (le sourire de l'infirmière par exemple), donner des prestations désormais qui entrent dans le domaine de l'hôtellerie.

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

Le projet de loi « Ma Santé 2022 » parle des hôpitaux des proximités alors qu'ils existent déjà.

Ce qui peut nous aider c'est une transparence dans la réglementation dans la perspective d'évolution car on ne suit plus. Nous aimerions avoir plus de temps en tant que directeur afin de pouvoir appliquer ce que la loi et la réglementation nous dictent avant qu'un nouveau projet de loi nous indique de faire tout le contraire.

En clair, arrêtez de nous réformer.

Grille d'entretien
GHT Dunkerquois et de l'Audomarois
CH Seclin/Carvin
Mme Delmotte , directrice Générale

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

En quoi le projet médical de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?

Le PMP est un projet médico-soignant avec une ambition de graduer des soins → par conséquent, améliorer les interfaces.

ex: finaliser un parcours d'ortho-gériatrie qui va permettre de fluidifier le parcours

Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?

A ce jour, on ne peut pas parler de parcours connus des professionnels et des patients. cela s'explique avec une inertie dans un gros GHT et pour obtenir l'Aval des 10 GHT c'est difficile.

Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?

outils levier et freins : c'est un mode classique de marche en avant.

Dans les freins, on peut noter une hétérogénéité dans les systèmes d'informations qui n'améliore pas les interfaces entre les établissements et par conséquent entre les personnes.

Dans les freins, il y a le fait que l'établissement support soit un CHU, avec une composition hétérogène dans le GHT (établissement que du médico-social donc il faut trouver le parcours qui emmène et les profils d'activités d'établissement. Il y a une forme de troubles entre les missions du CHU et la mission de soins et d'hospitalier .

Si non, pourquoi ?

NC

Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Dans le terme coopération, il y a une forme de concurrence entre les établissements. On est dans une concurrence cachée entre les établissements mais il faut avoir la maturité collective et les outils pour pouvoir coopérer.

La coopération est ici d'un ouvrage de Nalebluff, il énonce que c'est une forme de stratégie qui permet de trouver une recherche de coopération entre des concurrents. C'est une alliance entre les concurrents pour dégager une nouveau levier de stratégie et derrière il y a la théorie des jeux. C'est une façon d'apprendre une stratégie qu'elle soit sanitaire ou non.

Il faut trouver des alliances dont des synergies qui permette de collaborer ensemble , l'exemple du « win-win » .

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

- Une tarification à l'activité au parcours pour lever les concurrences économiques que l'on connaît aujourd'hui. Avec un tarification au parcours on peut trouver un modèle qui équilibre les recettes.
- Avoir des données d'informations médicales agrégées pour faire des analyses avec les DIM.

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

En quoi le projet médical de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?

Dès lors que l'on est obligé de faire un projet médical partagé tous les 5 ans, l'objectif est de voir les perspectives, les objectifs de soins dans 5 ans et faire le bilan de ce qui a été fait. Les GHT ont complexifié les choses car la réflexion devient une réflexion inter établissements avec des intérêts qui ne sont pas forcément eux partagés.

Chaque établissement tire ses ressources de son activité. A partir du moment où l'on dit que l'on va réfléchir à comment on va répartir le patient, il y a forcément une réflexion économique qui se forme. Cela est d'autant plus poussé étant donné que des GHT ont été établis selon une zone géographique et non pas forcément culturellement.

L'obligation d'intégration du GHT nous donne l'obligation de faire un PMP. Comme l'établissement pilote n'a pas de personnalité morale, on est constamment en négociation avec les établissements membres du GHT. A partir du moment où l'on va devoir travailler avec ces contingences, il faut réfléchir à ce qu'il y a le mieux dans les GHT en terme de filières pour le patient.

En terme d'exemple, il y a les infarctus du myocarde et les AVC qui sont des prises en charge strictes. Les infarctus ne posent pas problème puisqu'il y avait une prise en charge du patient plus rapide et naturellement auprès de l'établissement support qu'est Boulogne.

Les hôpitaux du GHT comme Calais ou hors GHT comme le Sham ne pouvaient pas déplacer les patients vers Abbeville. Le PMP a été d'autant plus simple à écrire puisque l'organisation était déjà définie bien avant.

L'AVC est bien plus compliqué car nous sommes à l'ère où l'on fait une thrombolyse qui est une pratique récente et la ressource médicale n'est pas fixée avec des délais courts : Il fallait avoir des radiologues.

Heureusement, la technologie avance vite car on peut transférer des images d'IRM par la fibre optique et il a fallu mettre en place ce système dans notre GHT. Le problème reste qu'il y a à Calais une unité de soins intensives que l'on retrouve également à Boulogne. Par conséquent, il y avait 2 centres où l'on pouvait faire de la thrombolyse, et par conséquent en terme de radiologue personne ne pouvait se prévaloir en terme d'équipe.

C'était compliqué, mais la trombectomie oblige les hôpitaux à réfléchir vite et à disposer d'équipe de radiologie compétente et disponible qui est à Boulogne.

Les docteurs devraient avoir le pouvoir décisionnaire pour ne pas avoir cette contingence économique qui freine la réflexion.

Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?

Le projet médical n'est pas adapté pour la simple et bonne raison que les instances ne sont pas clairement définies.

Personne n'est capable à l'heure de savoir qui sera au sein de la CME du GHT.

Les présidents de CME des établissements qui, au travers des travaux, ont commencé à écrire ce qui marchait déjà. On a surtout mis en place des partenariats (orthopédistes, dermatologues, la prise en charge des tumeurs noires)

Les médecins continuent à travailler ensemble pour faire avancer les choses. Au sein de notre GHT, nous avons perdu le Président de la CME et nous avons un intérimaire. Le GHT va se trouver avec 2 président de CME qui seront novices lors des prochaines élections et donc de ce fait avec moins de poids avec les politiques et un directeur d'établissement support qui n'a pas plus de pouvoir sur les autres.

Le PMP sera donc très long et limite n'existera pas. L'objectif est de garder les filières dans le temps .

Il n'est pas lisible pour les patients, il fait ce qu'on lui dit. Dès lors qu'on lui dit que c'est pour le bien de sa santé, il ne va pas réfléchir à savoir où il va aller, il y va c'est tout. La seule chose que les patient se disent est que s'ils ont quelque chose de grave, ils seront transportés dans un établissement qui saura les prendre en charge.

Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?

Les freins : dès lors, les communautés médicales ne sont pas coordonnées pour écrire le PMP.

La publicité des GHT qui a été faite par les praticiens et a été perçu comme étant des rapprochements inter établissements pour fermer des petits hôpitaux. De ce fait, certains ont fait des pieds et des mains pour ne pas être « mariés » avec d'autres établissements. Ils ont essayé de rechercher le plus petits dénominateurs communs en essayant de satisfaire tout le monde dans l'intérêt local et non pour le patient lui-même. Dans le découpage sanitaire, le besoin du patient **a été fait en dernier lieu.**

On a été coupé alors que vous aviez déjà des coopérations existantes avec le Sham mais avec l'obligation d'être dans un GHT, les médecins ont été donc contraints de stopper leur coopération.

Le Sham s'oriente vers Abbeville et Amiens mais les médecins n'ont jamais cessé de travailler ensemble. Pourtant, quand il y a un besoin, un avis sur un patient, GHT ou pas , on continue de travailler ensemble. Si on reprend un des plus vieux PMP entre les 3 établissements, (Sham boulogne calais) , la prise en charge d'insuffisance rénale sous dialyse il existe un service de dialyse autorisés et on y accueillait tous les patients qui avaient besoin de cette dialyse.

On a déplacé des services de dialyse vers le Sham et vers Calais. Ce sont des déplacements de matériels pilotés par le chef de service avec une équipe médicale boulonnaise. On voit que quand on a plus cette contingence administrative et que les

médecins ont envie de faire, il faut le faire. Le GHT n'a rien changé, l'équipe continue à se déployer vers le Sham voire même on rémunère du personnel au Sham.
Les GHT fonctionneront le jour où il y aura une vraie discussion médicale.

Si non, pourquoi ?

NC

Savez-vous ce qu'est la « coopétition » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Il y a une véritable problématique car les coopérations médicales sont déjà existantes.

Coopérer, cela va se faire naturellement. « Il n'y a pas besoin d'inventer l'eau tiède ». Cette coopération se faisait déjà.

Il faut partir sur des choses pratico-pratiques car on pense qu'il faut juste structurer le système français, et faire des établissements centraux et des établissements satellites, mais la réalité du terrain est toute autre. On pourra faire toutes les réformes que l'on veut, à un moment donné il va y avoir besoin d'avoir la volonté politique de dire stop.

Le problème principal est qu'il n'y a pas de personnalité morale du directeur d'établissement support.

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

On devrait laisser un pouvoir décisionnaire auprès des médecins.

Il faudrait prendre le meilleur des budgets entre le budget global qui est super pour les activités supports que l'on a tendance à oublier parce que maintenant elles ne sont pas rentables.

La T2A, il y a des choses bien car cela pousse les hôpitaux à être performants à s'orienter vers de nouvelles prises en charge plus modernes. On y arrivera un jour je pense.

Le projet de service du transport, de faire un SMUR littoral de transport pour médicaliser le transfert d'un hôpital à l'autre car c'est un besoin pour les patients avec une surveillance infirmière voire plus tard avec les effectifs médicaux.

Donner une personnalité morale au directeur de l'établissement support.

Grille d'entretien
GHT Dunkerquois et de l'Audomarois
CH Roubaix
Mr Morin Maxime , directeur Général

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

En quoi le projet médical de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?

Formaliser et harmoniser des parcours patients parfois existants mais non identifiés et/ou non généralisés au sein du GHT (ex. parcours d'ortho-gériatrie programmée : prothèse de hanche programmée du patient âgé)

Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?

Pas encore : phase d'élaboration ou phase d'approbation

Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?

Mise ne place de COTEM (comités thématiques) par filières de soins

Levier = réunion de professionnels motivés et compétents ; travail entre pairs

Frein = le temps et al disponibilité médicale ; la méconnaissance entre acteurs

Si non, pourquoi ?

NC

Savez-vous ce qu'est la « coopétition » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Non

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

NC

Grille d'entretien
GHT Côte d'Opale
EPSM de Camiers
Mr Delattre Bruno, Directeur Général

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

En quoi le projet médical de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?

Le projet médical partagé peine à entrer dans une phase opérationnelle d'exécution. Il ne répond donc pas aux objectifs d'amélioration du parcours patient qui avaient été identifiés.

Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?

Cf réponse précédente. Il n'y a pas d'effet par l'adoption du projet médical partagé du GHT.

Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisé ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?

NC

Si non, pourquoi ?

NC

Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Notre établissement de par la spécificité de ses activités, non existantes dans les autres établissements publics de santé du GHT n'est pas en concurrence avec eux. De fait, la coopération ne semble pas être la méthode pertinente.

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

Au-delà du GHT des dispositifs de coopérations reposant sur le volontariat existent ou ont pu être mises en œuvre dans le sens de l'amélioration du parcours patient. Ces dispositifs sont efficaces car ils correspondent à une volonté et un engagement des acteurs. C'est sûrement ce modèle coopératif reposant sur une démarche volontariste qui est à privilégier.

Grille d'entretien
GHT Oise Ouest et Vexin
CH Beauvais
Mr Guyader Eric, directeur Général
Dr Ramaherison Thierry, Président de la CME

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

En quoi le projet médical de votre GHT répond-t-il à l'objectif d'amélioration du parcours des patients ? Pouvez-vous me donner des exemples précis ?

1. il structure les parcours au sein du territoire
2. il donne de la visibilité sur le maillage actuel des soins et le maillage à venir
3. il organise la réponse face à l'offre aux mieux aux besoins
4. il met en place des indicateurs d'indication et suivi.

Depuis l'adoption de votre projet médical, de nouveaux parcours patients ont-ils été structurés ? Sont-ils lisibles pour la communauté des professionnels du GHT ? Sont-ils lisibles par les patients ?

La première travail porte sur la visibilité offerte aux professionnels de santé du territoire. Ex : accès direct à des avis de spécialité, coordination du parcours en oncologie, optimisation de la prise en charge de l'AVC ...
Deuxième étape : ouverture sur les patients eux-mêmes.

Si oui, comment avez-vous procédé ? Quels outils prévus avez-vous utilisés ? Quels ont été les leviers mais également les freins ?

Outils :

- numéro direct
- infirmière coordinatrice
- plateforme numérique de santé (PAEDICÉ)
- gestion centralisée des RDV

Freins :

- limites des outils numériques actuels

Si non, pourquoi ?

Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?

Oui, et c'est ce que l'on essaie de faire :

- entre établissements publics au sein du GHT
- avec les établissements privés à but non lucratif au sein de la CHU, notamment Hosp. de territoire
- avec la clinique privée dans le cadre de la coopération en oncologie

Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?

- . PREDICE (en cours de déploiement)
- . Des ressources médicales adaptées aux besoins et mieux réparties
- . Un financement au parcours

Interview

ARS Hauts-de-France

Dr Cécile Guitard, Médecin spécialisé santé publique, inspecteur de Santé publique

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II Management Sectoriel à l'Institut de Lille d'ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « L'amélioration du parcours patient au sein du Groupement Hospitalier de Territoire ». L'objectif de cet entretien est de faire la jonction entre le contenu du projet médical partagé du GHT et de sa mise en œuvre aujourd'hui par le biais d'un retour d'expérience.

Condition de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre documentaire de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Des outils il y en a qui existent et se sont les outils préexistants. Il y a eu peu de réglementations avec la création des GHT qui permettent de structurer différemment via le droit commun le parcours patient. Qu'il y ait GHT ou pas, les différents outils qui existent sont :

- *Réglementation des CSP des activités de soins qui s'imposent aux établissements que l'ARS autorise ou pas : elle le fait sur un territoire donné.*
- *Quand on rédige un SROS, en terme d'activités de soins et aux travers de cette annexe on va dire que sur un territoire on veut autant : c'est un moyen de structurer une offre qui va répondre un besoin de parcours. Pour une même pathologie, un patient va avoir une prise en charge de proximité où vers l'établissement —> on organise et on impose les parcours des patients.*

L'arrivée des GHT ne change qu'une seule chose : c'est que l'on demande aux établissements composant un GHT de rendre plus cohérents leur offre de soins en ce qu'ils se trouvent désormais adhérents à un GHT.

Les réglementations nous aident à structurer les parcours de santé au sein des GHT : d'une certaine importance d'autorisation ou en terme de lits. On va leur demander quand même de se concerter devant de nouvelles autorisations et de structurer les parcours entre eux. C'est pour dire qu'il n'y a pas de nouveaux outils qu'il y ait délivrance ou non d'autorisation en fonction des besoins la population (flux de patient, indicateurs de morbidité etc.)

Ce sont des outils en lien avec le statut des professionnels qui doivent s'exercer dans une structure : la conclusion est il n'y a pas d'outils sur le plan théorique qui sont propres aux GHT (management et gouvernance)

Il y a eu quelques nouveautés mais qui ne sont pas assez développés sur le plan réglementaire :

Par exemple, la prime d'exercice territoriale pour des professionnels de santé qui pourraient quitter leur hôpital, cela pousse à développer la gradation des soins mais il n'y a pas dans la réglementation propre aux GHT qui pousse tout de même faire une mutualisation des équipes. Elles se mettent en place dans la convention constitutive.

Finalement on en est quasiment au début de ce que cela pourra constituer dans le futur. Pour le moment le GHT est dépourvu d'une personnalité morale.

On en est juste à la structuration de projet médicaux, de charte qui vont essayer d'imposer ou de faciliter aux EPS de discuter entre eux quand ils ont des projets communs car ils sont dans le mm groupement.

Tout cela a des impacts mineurs sur les patients.

L'outils qui a le plus avancé est celui de la réflexion d'informatisation et le partage d'information entre établissements.

On est obligé d'avancer là-dessus car c'est nécessaire. On se fait rattraper par les prestataires de services, entreprises connectées et s'il y a un bien un outil qui a explosé au niveau des offres et des besoins, c'est bien celui-ci.

Pour autant, il y a une politique régionale qui est d'avoir une plateforme d'échanges qui aurait des domaines propres à l'ambulatoire, médicosocial dans l'ensemble de.

Après il y a des établissements qui ont mis en place des outils qui restent sur quelque chose qui ne sont pas basés sur les outils. Au niveau des professionnels il y a un effort de meilleur travail, organisationnel qui est fait d'avis des leviers qui soient ne sont pas dans les clous juridiquement, voir même hors clous. Cela ne va pas plus loin, on est sur des micro expériences très locales qui quittent leur établissement pour aller dans le cadre d'un volume horaire du professionnel. C'est fait dans un but d'amélioration des soins. Pour autant c'est fait sans aide de la réglementation des GHT. L'impact est donc mineur et cela s'ouvre tout le débat, plus ou moins d'intégration. Les GHT soit on les fait soit on ne les fait pas.

La problématique est bien le manque de personnalité morale, c'est un débat stérile puisque qu'aucun élément réuni pour en faire une. La réglementation devrait dans ce cas évoluer et cela changerait totalement les choses.

La problématique est axée également autour du directeur de l'établissement support différent des EPS partie.

Il n'y a pas de réglementation qui dit qu'il y a un dossier patient informatisé similaire auprès des EPS.

La réglementation loi Santé 2022 n'a pas inclus d'entité morale, elle va être plus perçue comme contraignante.

Les outils de parcours : il n'y en a pas beaucoup : l'ARS va s'axer sur le partage de la périnatalité, spécifique à toutes les données des femmes grossesses, le dossier parcours patient périnatalité qui va permettre de centraliser toutes les données de la femme enceinte (hôpital de proximité) pour que chacun puisse avoir tout le parcours de soin de la patiente et ne pas avoir à refaire les démarches qui ont été déjà réalisés ».

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES, MANUELS, DICTIONNAIRES

Guide d'accompagnement de la « Charte du parcours de santé : usagers et professionnels: ensemble pour notre santé »

B.Gallet, Le GHT : un outil de « rupture » aux modalités de fonctionnement ambiguës, finances hospitalières, n°99, 2016, p7

Vademecum GHT « Idées clés pour le projet de soins partagé ».

M.AISSOU, J-P. DANOS, A.JOLIVET, « Structurer les parcours de soins et de santé », BNDS, LEH édition p12

GHEBALI-BZILLY (M) « les agences régionales de l'hospitalisation ou l'Etat éclairé »

J-M Clément, « 1900-2000 : La mutation de l'hôpital »

TRAVAUX UNIVERSITAIRES, ARTICLES DE REVUES

RDSS :

CHAUVET C, Professeur de droit publique à l'Université de Bretagne Occidentale « la nature juridique de l'Agence Régionale de santé » RDSS, 2016 p 245

Mr MORO François, docteur en droit public, directeur du centre Gilbert Raby intitulé « la loi dans son contexte » ;

Presse :

HASSENTUEFEL, P (1997), les médecins face à l' Etat. Une comparaison européenne, Paris, Presse de Sciences Po.

Géo-confluences intitulé « Géographie de la santé : espaces et sociétés ; l'organisation territoriale et la planification sanitaire en France ».

Jurisanté :

Jurisanté, octobre 2005. L'information juridique au service des professionnels de la santé - 51,48p

DISPOSITIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1), JORF, n° 179, 2 août 1991, p. 10255.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), JORF, 5 mars 2002, p. 4118.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF, n° 0190, 17 août 2004, p. 14598.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), JORF, n° 0167, 22 juillet 2009, p. 12184.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), JORF, n° 0022, 27 janvier 2016, texte n° 1.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF, n° 98, 25 avril 1996, p. 6324.

Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, JORF, n° 0089, 15 avril 2016, texte n° 40.

Décret

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032465957&categorieLien=id>

Décret n° 2019-787 du 25 juillet 2019 modifiant le décret n° 2018-584 du 5 juillet 2018 relatif aux mesures d'accompagnement des personnels de direction de la fonction publique

hospitalière liées à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, disponible sur le site <https://www.legifrance.gouv.fr>

Arrêté

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, dossier législatif,

https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=D39A199562FB411197BA1BE9F5B579AB.tplqfr36s_3?idDocument=JORFDOLE000038124322&type=general&typeLoi=proj&legislature=15, (consulté le 27 mars 2019).

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, adopté par la Commission mixte paritaire le 20 juin 2019, <http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta-commission/r2064-a0.asp>, (consulté le 2 juillet 2019).

RAPPORTS ET ETUDES

RAPPORTS LEGISLATIFS

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF, n° 98, 25 avril 1996, p. 6320.

RIST (S.), MESNIER (T.), Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n° 1767, vol. II : commentaires d'articles et annexes, Assemblée Nationale, 14 mars 2019, 230 p.

RAPPORTS ET ETUDES INSTITUTIONNELS

DRESS, *Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Edition 2018*, Rapport public, septembre 2018, 225 p.

HAS, *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé*, Rapport du Collège, décembre 2007, 22 p.

JURISPRUDENCES

JURIDICTION ADMINISTRATIVE

CE, sect., 8 novembre 1935, Dame Loiseau et Dame Philipponeau

JURIDICTION JUDICIAIRE

C.Cass, 28 janvier 1942 : « *attendu que, comme tout chirurgien, le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf en cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques ; qu'en violant cette obligation, imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits des malades, un manquement à ses devoirs proprement médicaux et qui constitue une faute personnelle se détachant de l'exercice de ses fonctions* »

CODIFICATION

Code de la Santé Publique

Code de la Sécurité Sociale

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	4
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	8
PARTIE 1: LA GENESE DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE	11
<i>Chapitre Préliminaire : La réorganisation de l'offre de soins sous l'ère des réformes hospitalières.</i>	<i>11</i>
§1 : La création de la carte sanitaire dans la loi du 31 Décembre 1970	11
§2: L'émergence du niveau régional, pivot de l'organisation de l'offre de soins	12
§3: Le maillage structural de l'offre de soins sous la loi HPST	13
CHAPITRE I : Les outils mis en place par la réglementation des ght	14
Section 1 : L'article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016	14
§1 : L'importance de la mise en place de la convention constitutive	17
§2 : Le projet médical partagé : garant de l'égalité d'accès aux soins hospitaliers	18
Section 2 : La territorialisation dans l'esprit de la Stratégie Nationale de santé	21
§1. La Stratégie nationale de santé, précurseur de la « démocratie sanitaire »	21
§2. L'intervention de l'ARS pour pallier aux inégalités d'accès aux soins	23
<i>Chapitre II : La mutualisation des fonctions supports</i>	<i>25</i>
Section 1. L'établissement support : un pilotage inédit	25
§1. Le rôle de l'établissement support	25
§2. Le directeur de l'établissement support : un « directeur de territoire »	26
§3 Les modalités de gouvernance reposant sur l'établissement support	27
Section 2 : Les outils intra-GHT.	28
§1 : Le département de l'information médicale de Territoire	28
§2 : Le système d'information convergent	28
§3. L'indicateur de la qualité et de la sécurité des soins : le patient traceur	29
§4. La procédure d'évaluation d'établissement : la certification du GHT par la HAS	30
Section 3 : Les outils extra-GHT : L'organisation collaborative avec la ville	31
§1 : Le virage ambulatoire	32
§2 : La lettre de liaison au patient	33
§2 : la télémédecine, réponse à la médecine de proximité	34
PARTIE 2. DES ENTRETIENS SUIVIS AVEC METHODE	35
<i>Chapitre I. Circonscrire l'objet de l'étude</i>	<i>35</i>
Section 1. Structuration de l'enquête sur le terrain	35
§1 : Choix du périmètre de l'étude	35
A) L'enquête préalable	35
B) Les personnes ciblées	36
Section 2 : Définir un questionnaire et le diffuser	38
§1 : La construction du questionnaire	38

§2 : La communication du questionnaire.....	38
§3 : La limite du questionnaire lié à l'enquête	39
Section 3 : Analyse synthétique des réponses au questionnaire	40
§4 : Question n°4 : Savez-vous ce qu'est la « coopération » ? Pensez-vous que cette nouvelle méthode de management peut permettre d'optimiser la prise en charge des patients ?	43
§5 : Question n° 5 : Qu'est-ce qui pourrait vous aider à aller plus loin dans l'amélioration du parcours patient ?	44
<i>Chapitre 2 : discussion des résultats de la recherche</i>	<i>46</i>
Section 1 : Les pistes de réflexions apportées par les réponses au questionnaire	46
§1 : La mise en place des GHT reposant sur une logique de groupe	46
A) Des coopérations inter-établissements préexistantes.....	47
B) Le manque de temps du personnel médical dans l'élaboration du PMP.....	47
C) L'enjeu de la convergence du SI au sein du GHT.....	48
§2 : L'identification des filières répondant au diagnostic territorial des Hauts-de-France	49
§3 : La difficile lisibilité des parcours pour le patient	50
§4 : La nature juridique du Groupement.....	51
§5 : La définition de la coopération différente d'un établissement à l'autre	52
§6 : La particularité du secteur psychiatrique.....	53
§7 : Une volonté de ne plus être réformés	54
Section 2 : Les différentes pistes d'actions proposées dans la loi d'organisation et de transformation du système de santé.....	55
§1 : Une démarche de décloisonnement et de réorganisation autour du patient	56
A) Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	56
B) Le renforcement de la gouvernance médicale au sein des GHT	57
C) La labellisation des hôpitaux de proximité	57
§2 : la nature juridique du groupement.....	58
§3: Le développement de l'ère du numérique	58
§4 : Une volonté de replacer le patient « au cœur du soin »	59
CONCLUSION.....	60
ANNEXE 1 : DEFINIR LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	61
ANNEXE 2 : DEFINIR LE PERIMETRE DE L'ETUDE.....	62
GHT N°1 : COTE D'OPALE.....	63
GHT N°2 : DUNKERQUOIS ET DE L'AUDOMAROIS	64
GHT N°3 : LILLE METROPOLE FLANDRE INTERIEURE	65
GHT N°4 : HAINAUT-CAMBRESIS	66
GHT N°5 : TERRITOIRE DE L'ARTOIS.....	68
GHT N°6 : DOUAISIS.....	69
GHT N°7 : ARTOIS-TERNOIS	70
GHT N°8 : SOMME LITTORAL SUD INCLUANT DEUX ETABLISSEMENTS DU PAS-DE-CALAIS	71
GHT N° 9 : AISNE NORD- HAUTE SOMME.....	76
GHT N°10 : SAPHIR.....	77
GHT N°11 : OISE OUEST ET VEXIN.....	78

GHT N° 12 : OISE NORD EST	80
GHT N°13 : OISE SUD	81
ANNEXE 3 : DEFINIR LE QUESTIONNAIRE A SOUMETTRE AUX CIBLES DE L'ETUDE	82
ANNEXE 4 : LE RECUEIL DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE	84
BIBLIOGRAPHIE	101
OUVRAGES, MANUELS, DICTIONNAIRES	101
TRAVAUX UNIVERSITAIRES, ARTICLES DE REVUES	101
DISPOSITIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES	102
RAPPORTS ET ETUDES	103
<i>Rapports législatifs</i>	103
Rapports et études institutionnels	103
JURISPRUDENCES.....	104
<i>Juridiction administrative</i>	104
<i>Juridiction judiciaire</i>	104
Codification	104
TABLE DES MATIERES.....	105

-
- [1] Présentation de Marisol Touraine devant l'Assemblée Nationale en Mars 2015
- [2] Propos apportés par Marisol Touraine devant l'Assemblée Nationale en Mars 2015 sur la question du découpage territoriale de santé et de l'organisation de l'offre de soins.
- [3] Définition apportée par Marisol Touraine devant l'Assemblée Nationale en Mars 2015
- [4] Me COMPAGNON, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire », 14 février 2014, rapport intitulé « Le service public hospitalier ».
- [5] Article Diffusé dans la RDS par Mr MORO François, docteur en droit public, directeur du centre Gilbert Raby intitulé « la loi dans son contexte » ;
- [6] Enquête élaborée par SYNCASS-CFDT intitulée « GHT : Le SYNCASS-CFDT vous diffuse son dossier » le 24 mai 2016
- [7] Article L 1110-1 du CSP
- [8] Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoires
- [9] Décret N°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT Art. R. 6132-1-I du CSP
- [10] Article L 1632-1 du CSP : « la convention constitutive du groupement hospitalier est élaborée puis transmise à l'agence où, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences de santé apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L 6122-1 ».
- [11] Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, Article 1, codifié à l'article R. 6132-3-I du CSP.
- [12] J.Hubert et F.Martineau , Mission GHT- Rapport Intermédiaire, p16
- [13] Article 107 de la LMSS
- [14] La stratégie Nationale de Santé 2018-2028
- [15] Article L1411-1 du CSP
- [16] La territorialisation est exposée dans les motifs du projet de la loi HPST.
- [17] AN, N°1210, 22 octobre 2008

-
- [18] Sylviane Tarbaly, professeure agrégée de géographie, responsable éditoriale de Géo confluences de 2002 à 2012.
- [19] Article publié le 28/06/2012 sur Géo-confluences intitulé « *Géographie de la santé : espaces et sociétés ; l'organisation territoriale et la planification sanitaire en France* ».
- [20] Article L1434-1 du CSP dispose que « *le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ».
- [21] Article L 1434-2 du CSP dispose que « *le projet régional de santé comprend un programme relatif à la prévention des violences sexuelles et à l'accès aux soins des victimes de ces violences. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie* ».
- [22] Article L 1434-9 du CSP
- [23] CHAUVET C, Professeur de droit public à l'Université de Bretagne Occidentale « la nature juridique de l'Agence Régionale de santé » RDSS, 2016 p 245
- [24] LMSS n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 107 ; dispositions confiées à l'article L6132-3-1 du CSP
- [25] LMSS n°2016-41 du 26 janvier 2016, article 107 ; dispositions de l'article L6132-1 et L6132-2 du CSP
- [26] B.Gallet, Le GHT : un outil de « rupture » aux modalités de fonctionnement ambiguës, finances hospitalières, n°99, 2016, p7
- [27] J.Hubert, F.Martineau, rapport intermédiaire, op, cit, p24
- [28] J.Hubert, F.Martineau, rapport intermédiaire, op, cit, p25
- [29] J.Hubert, F.Martineau, rapport intermédiaire, op, cit, p27
- [31] Article L 6132-2 du CSP
- [30] Dupin M. « *Les groupements hospitaliers de territoire* » BNDS , 2019
- [37] Article L6113-3 du CSP dispose qu'« afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation nommée certification. Cette procédure, conduite par la HAS, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes

ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères, de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement »

[38] L'article L6132-4 du CSP dispose que « la certification des établissements de santé est prévue à l'article L6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement et pour les hôpitaux des armées associés au groupement [...] l'appréciation mentionnée à l'article L6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du GHT et pour chaque hôpital des armées associés au groupement ».

[39] HAS « *informations pratiques pour préparer la démarche conjointe de certification des Groupements Hospitaliers de territoire* »

[40] Publication tirée du livre blanc délivré par le SHAM intitulé « *le management des risques au cœur des enjeux des GHT à l'heure de la territorialisation des soins* »

[31] « Mieux réguler les relations entre la ville et l'hôpital », BJPHn°195, 10

[32] Définition INSEE du 13 octobre 2016

[33] Article de presse rendu le docteur Marie-Claude Hittinger est chargée des relations avec les ARS pour la HAS

[34] J.Hubert, F.Martineau, rapport intermédiaire, op, cit, p 32

[35] « *le système d'information convergent du GHT* », guide méthodologique du GHT, p6

[36] Interview rendue avec le Docteur Cécile Guitard, Médecin spécialisé en santé publique, inspecteur de la santé publique et membre de l'ARS des Hauts de France

[37] « *La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolutions des pratiques* », Mathias Couturier, RDSS 2016. 683

[38] Ma santé 2022, Un engagement collectif, Dossier de presse, Min. solidarités et santé. 18 sept 2018 p5

[39] Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, op.cit

[40] Feuille de route « Accélérer le numérique »

Hélène Corrotte

L'amélioration du parcours patient au sein des groupements hospitaliers de territoire

Les Groupements Hospitaliers de Territoire font parti des mesures organisationnelles les plus importantes de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Ce nouveau mode de coopération s'inscrit sur une territorialisation de santé aux besoins divergents. Voilà pourquoi, les établissements membres des groupements doivent garantir un meilleur accès aux soins en définissant une stratégie de prise en charge commune et graduée, adapté à chaque prise en charge de l'usager. Pourtant, l'aspect contraignant que sont la mise en place des Groupements hospitaliers de Territoire, oblige les professionnels de santé eux aussi à coopérer, par la signature d'une convention constitutive dans laquelle se trouve le projet médical partagé. Ce dernier va élaborer des filières qui correspondent à un parcours ou une succession de soins impliquant différents modes de prise en charge.

Pour mener l'étude concernant le parcours patient au sein des GHT, il est nécessaire de construire une méthode à partir d'un questionnaire à soumettre aux protagonistes des GHT. Cette méthode permet de conduire l'étude suivant certaines hypothèses pour amener le protagoniste à confronter la théorie à la réalité du terrain. En effet, le protagoniste de santé est sollicité pour développer les avantages et les limites de la mise en pratiques des dispositions juridiques concernant ce mode de coopération. L'étude aboutie au constat qu'il est nécessaire de continuer à accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des réformes hospitalières qui s'inscrivent dans un rythme soutenu.

Mots clés : Groupements Hospitaliers de Territoire – Coopération – Parcours patient

Improvement of the patient path within the territorial hospital groups.

The Territorial Hospital Groups are part of the most important organizational measures of the law of modernization of our health system of January 26, 2016. This new mode of cooperation is part of a territorial health care with divergent needs. This is why the member institutions of the groupings must guarantee better access to care by defining a common and graduated care strategy, adapted to each patient's care. However, the constraining aspect that is the establishment of Hospital Groupings Territory, also requires health professionals to cooperate, by signing a constitutive convention in which is the shared medical project. The latter will develop pathways that correspond to a course or succession of care involving different modes of care.

To carry out the study on the patient journey within the GHT, it is necessary to build a method based on a questionnaire to submit to the GHT protagonists. This method makes it possible to conduct the study according to certain hypotheses to bring the protagonist to confront the theory with the reality of the field. Indeed, the health protagonist is asked to develop the advantages and the limits of putting into practice the legal provisions concerning this mode of cooperation. The study concluded that it is necessary to continue to support professionals in the implementation of hospital reforms that are keeping pace.

Keywords: Territorial Hospital Groups - Cooperation - Patient Journey