

## Trois ans après leur lancement les groupements hospitaliers de territoire (GHT) « restent au milieu du gué »

Un rapport IGAS<sup>1</sup> de décembre 2019 de 300 pages est paru sur les Groupements Hospitaliers de Territoire (dits GHT). Il s'appuie sur un questionnaire envoyé auprès des ARS et des directions des 135 GHT (121 réponses).

Nous saluons la sortie de ce rapport : il constitue (enfin) une première évaluation globale du dispositif 3 ans après leur lancement. Force est de constater qu'il existe une très grande variété de GHT et qu'ils remplissent très inégalement leur rôle initial.

Voici les principaux points d'analyse et les principales préconisations du rapport :

### Périmètre du GHT

- Pour 14 % des GHT, la distance moyenne des établissements parties à l'établissement support est supérieure à 60 km, pour 23 % elle est inférieure à 30km, pour 58 % elle est intermédiaire
- Au total, près de 40 % des GHT ont un périmètre infra départemental, 30 % un périmètre départemental, 30 % un périmètre supra départemental

### Composition

- Les GHT sont composés de deux à vingt établissements, une majorité comprenant moins de sept établissements. 18 GHT comptent plus de 10 établissements parties
- **Limites : si GHT trop grand = difficile à gouverner / si trop petit = pas d'atteinte de la masse critique en termes de moyens médicaux**
- La mission IGAS note en particulier la situation de certains GHT dont les flux internes de patients sont faibles, compte tenu de contraintes géographiques, d'absence de tradition de collaboration, ou de l'attraction exercée par des GHT limitrophes puissants

### Instances

- **De manière unanime la lourdeur des instances de GHT qui se superposent à celles des établissements parties sans substitution de compétences.**
- Elles ont souvent conduit, dès lors que le GHT est composé de plusieurs établissements distincts, à mettre en place, comme la loi l'autorise, des bureaux auxquels sont délégués tout ou partie des compétences, ou de simples réunions préparatoires, parfois composées des seuls directeurs des établissements parties.
- La mobilisation des communautés médicales, souvent réelle au moment de l'élaboration du Projet médical partagé (PMP) **peine à se maintenir en phase de mise en œuvre et de suivi**
- **Zoom sur la/le CDU de groupement : Le niveau territorial constitue un enjeu nouveau que certains GHT peinent à s'approprier, même si de bons exemples, encore rares, sont notés (examen de parcours territoriaux, alignement des pratiques dans le domaine de la qualité, du traitement des événements indésirables, du respect des droits des patients...).**

### Projet médical partagé (PMP)

- Une association obligatoire mais insuffisante de tous les établissements d'HAD
- Les GHT ont dans leur grande majorité inclus dans leur PMP des objectifs de partenariat avec le secteur médico-social (EHPAD majoritairement)

---

<sup>1</sup> Inspection générale des affaires sociales - Rapport disponible ici : [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r\\_tome\\_i\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i_.pdf)

- Les trois filières cliniques les plus traitées dans les PMP sont la gériatrie, les urgences et la cardiologie
- Les projets médicotechniques couverts par le PMP concernent principalement la pharmacie la biologie et enfin la radiologie.
- **Les actions de télémédecine** sont très présentes dans les projets soit dans 113 projets de GHT qui souvent donnent lieu à la constitution d'un comité de pilotage
- Des difficultés particulières apparaissent dans les réponses des GHT, **qui tiennent par exemple au défaut d'organisation collective de la médecine de ville** et au manque de moyens adaptés permettant de soutenir les activités de liaison avec la médecine de ville; ou à un cadre juridique jugé complexe pour articuler la coopération entre médecine de ville et urgences ; ou encore à des difficultés liées à la fragilité de la démographie médicale en ville dans certaines régions

#### Ressources /mutualisations

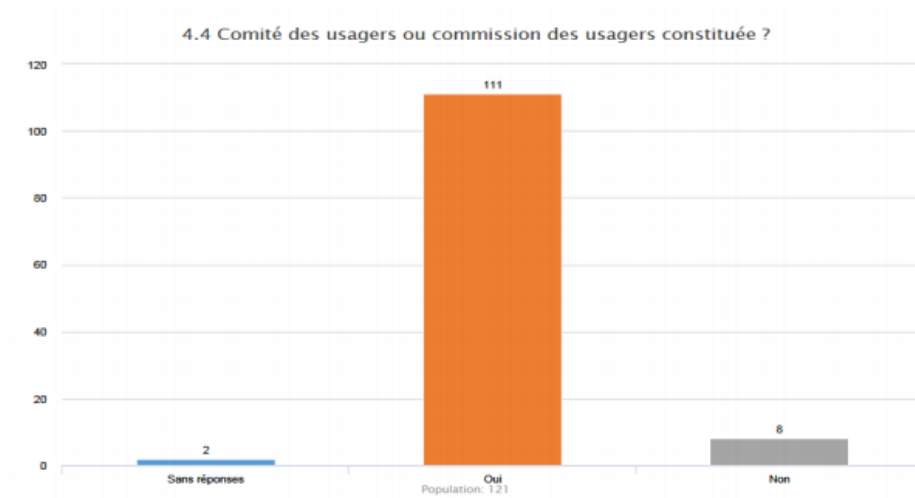
- Constitution d'équipes médicales de territoires seraient une réalité dans plus des 2/3 des GHT selon l'enquête de la mission
- Sur un effectif de 121 GHT ayant répondu à la question, 96 GHT confirme la mise en place d'une direction commune des achats, soit 80 % des GHT.
- **95 % des GHT (114/120 réponses) ne disposent pas d'un dossier informatique patient commun au sein du groupement. Une forte majorité de GHT comporte de 2 à 5 logiciels patients différents.**

#### Difficultés

- L'attractivité des établissements privés exercée dans certaines disciplines ou spécialités met certaines équipes en quasi rupture. C'est notamment le cas en région PACA sur le littoral méditerranéen
- Dans l'enquête IGAS, seuls 13 % présentent une baisse des dépenses d'intérim entre 2015 et 2018. Tous les autres présentent des hausses le plus souvent très importantes et quelques-unes vertigineuses.
- Psychiatrie : des syndicats et conférences du secteur ont manifesté leur opposition à l'intégration dans les GHT, arguant de son manque d'intérêt voire de pertinence, des spécificités de l'organisation des soins en santé mentale, et de craintes de pertes d'autonomie et de moyens.
- Une dynamique de GHT tributaire de la santé budgétaire et financière de l'établissement support
- **Evaluation : Trois niveaux d'évaluation étaient envisagés, niveau territorial piloté par les GHT -régional-national, mais cette évaluation est restée lettre morte**
- **Globalement, malgré quelques bons exemples, la mission a noté un décalage entre les ambitions affichées dans le projet médical, parfois trop élevées et la réalité des dispositifs de suivi**

#### Préconisations de l'IGAS

- **Réajuster les périmètres de certains GHT (appréciation des DG d'ARS)**
- Favoriser les directions communes et les fusions
- **Prévoir la nomination de représentants d'usagers au comité stratégique de groupement**
- **Prévoir une deuxième version des projets médicaux partagés en intégrant plus le secteur du handicap /la ville au travers des CPTS et en intégrant plus les RU**
- Recentrer la contractualisation entre le secteur hospitalier public et l'ARS sur les GHT
- Principe de subsidiarité : seules les tâches qui ne peuvent être prise en charge à l'échelon inférieur avec suffisamment d'efficacité remontent au niveau du GHT
- **Identifier la faisabilité pour créer un nouveau type d'établissement de santé, se substituant aux GHT et aux établissements membres : l'établissement public de santé territorial (toutes les instances fusionnées)**

Annexe : zoom sur le comité des usagers**Le comité des usagers**

**Le CDU est constitué dans 93 % des GHT répondant.**

Dans 28 % des cas, le CDU ne s'est réunie qu'une fois en 2018, et dans 13 % des cas il n'y a pas eu de réunions. Dans 59 % des GHT répondant, le CDU s'est réunie de 2 à 4 fois.

Dans 45 % des cas, le taux de participation se situait au-dessus de 60 %, dans 14 % des cas, en deçà de 40 %.

Pour 69 % des GHT répondant, le CDU paraît traduire une dynamique positive de consolidation du GHT.