

# Groupements hospitaliers de territoire : l'Igas dresse un bilan mitigé après trois ans de fonctionnement

Trois ans après la constitution de 135 GHT en 2016, quatre inspecteurs de l'Igas formulent 20 recommandations dans un "bilan d'étape" [publié](#) mi-février 2020. Elles portent sur le périmètre géographique et la composition des GHT, la gouvernance et les instances, les projets médico-soignants partagés, les moyens nécessaires à leur fonctionnement et enfin, l'évaluation des groupements et leur suivi, particulièrement le suivi de l'articulation entre les GHT et les CPTS sujet sur lequel, l'Igas suggère le lancement d'une étude cette année.

L'Igas ausculte le fonctionnement des GHT dans un "bilan d'étape" trois ans après leur mise en place

**Périmètre et composition des GHT.** La mission recommande de "mettre fin" aux dérogations temporaires accordées aux établissements publics de santé mentale, ainsi qu'aux GHT spécialisés en psychiatrie. Et de réviser le périmètre de quelques GHT soit par un "changement d'affectation" d'un établissement partie d'un GHT à un autre, soit par fusion de GHT limitrophes, ou au contraire scission d'un GHT existant, soit enfin par la "création de liens institutionnels de solidarité entre GHT, sans fusion". Elle cite l'exemple de la solution trouvée entre les GHT Sud Côte d'Or et 21-52 ([lire sur AEF info](#)) d'un projet médical commun qui "peut constituer un compromis intéressant, dans certaines situations où la fusion serait jugée impraticable".

La mission engage par ailleurs les directeurs généraux d'ARS à "user des moyens dont ils disposent pour encourager les directions communes d'établissements parties au sein d'un GHT". Sur la base d'un inventaire conjoint des fusions possibles, ils pourraient, en 2020, définir par région une liste des établissements concernés et un calendrier de mise en œuvre.

**Gouvernance des GHT.** La mission, qui "n'a pas constaté de tensions entre directions et communautés médicales dans les GHT où elle s'est déplacée", propose que la composante médicale devienne "majoritaire" au comité stratégique du GHT.

La commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques reçoit un satisfecit pour avoir investi le champ de la qualité et de la gestion des risques et développé une approche coordonnée de l'activité et des formations des soignants.

Le comité territorial des élus locaux reste "peu actif et globalement limité à une instance de partage d'informations". La mission estime donc que les élus doivent être "davantage associés pour partager les enjeux sensibles du GHT, notamment la recomposition de l'offre de soins qui nécessite une pédagogie active et impose de les consulter". Le comité des usagers "trouve difficilement sa place". La mission suggère de prévoir la nomination de représentants d'usagers au comité stratégique.

La mission observe que le champ du dialogue social "reste à préciser". Elle suggère de privilégier au niveau du GHT les questions liées à la "mutualisation des ressources humaines". En revanche, "un espace de concertation doit être maintenu dans chaque établissement pour les questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail".

**Projets médico-soignants partagés.** Si les projets médicaux partagés, adoptés en 2017, sont "globalement de qualité", leur articulation avec les projets de soins partagés est "insuffisante". L'association avec le secteur médico-social est "inéegale" et "fait défaut dans un tiers des cas" avec l'HAD, bien qu'étant obligatoire. La mission préconise de construire des projets partagés associant médecins et soignants qui seraient présentés dans un document unique, recentrés sur des filières prioritaires, et ouverts sur la ville.

À cet égard, la mission recommande des documents contractuels liant les acteurs de proximité (CPTS, établissements de santé et médico-sociaux) "de manière opérationnelle, en explicitant les procédures de prise en charge concrète des patients". Ils pourraient être développés dans une approche populationnelle sur des thématiques transversales : continuité, qualité et sécurité des soins, télémédecine, prévention et précarité.

**La mutualisation des RH médicales.** C'était l'un des objectifs fixés aux GHT. L'atteinte est variable "tantôt freinée, tantôt stimulée par les tensions de la démographie médicale". Si des équipes médicales de territoire se créent dans quelques GHT, ce mouvement "dépend fortement" des ressources médicales des établissements supports. Cette mutualisation n'a en tout cas "pas permis de mesurer une réduction du recours à l'intérim".

Les inspecteurs soulignent que "l'impact du manque de médecins est ambivalent". Le manque de médecins est "la cause de difficultés dont les conséquences peuvent être lourdes : surcoûts certains et qualité de prestations aléatoire liée au recours croissant à l'intérim, fermeture temporaire de lits d'hospitalisation, voire de services".

Mais la difficulté à pourvoir les postes de médecins peut aussi constituer un "aiguillon de leur coopération" et déboucher sur le développement du temps partagé et la constitution d'équipes de territoire, et la réorganisation de la permanence des soins (1). Les recommandations de l'Igas sont de développer des outils de méthode et d'accompagnement de la mise en œuvre de la gestion RH médicale mutualisée, dès la parution des textes d'application de la loi santé, et d'ouvrir la rénovation du cadre statutaire des praticiens hospitaliers dès 2020.

## **recompositions hospitalières : un suivi relâché**

Si le nombre de directions communes a bien augmenté au lendemain de la création des GHT, il semble désormais régresser, selon le rapport. Les directions communes concernant uniquement des établissements de santé, et celles concernant des établissements de santé et des ESMS, ont fortement augmenté en 2017 par rapport à 2014. En 2019, si le nombre de directions communes mixtes se maintient, celui des

directions communes sanitaires baisse de 20 % par rapport à 2017 : 24 directions communes ont été créées en 2018 et 2019.

Quant aux fusions d'établissements de santé, elles concernent plus d'établissements, mais leur nombre ne progresse pas sensiblement, malgré une certaine augmentation en 2016 et 2017 : 6,7 fusions par an en moyenne sur la période 2012-2015, 9 en 2016, 9 en 2017, 6 en 2018. Deux d'entre elles ont récemment abouti à la fusion de tous les établissements d'un même GHT (75 Paris Psychiatrie et Neurosciences et 77 nord).

La mission considère en outre qu'il "ne paraît pas possible d'attribuer tous ces mouvements à la seule constitution des GHT". Par ailleurs, l'Igas note à nouveau la "grande faiblesse" du dispositif national de suivi des recompositions de l'offre hospitalière : parution épisodique du rapport théoriquement annuel sur ces sujets, informations lacunaires de l'édition 2018, bien moins documentée que la précédente datant de 2015, absence de remontées d'informations systématiques des ARS au niveau national... "Les conclusions tirées de l'analyse de ces données, qui manquent parfois de suivi dans le temps, ne peuvent donc qu'être sujettes à caution", estiment les inspecteurs.

(1) Dans ce domaine, encadré par le schéma régional de la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) fixé par les ARS, une large majorité des GHT (71 %) a engagé une action collective pour mieux assurer la permanence médicale. Cette démarche est progressive et son degré d'avancement est variable. Parfois seulement au stade de l'inventaire des lignes de garde et d'astreinte pour la définition d'un schéma GHT de permanence médicale, mais le plus souvent (60 % des GHT) par la mise en œuvre effective de gardes mutualisées débouchant pour 31 GHT (22 % des GHT) sur un tableau commun de permanence médicale.