

MOTS CLÉS

GHT
Intégration
Projet médical
Trajectoire
Loi Santé
Transformation
Coopération
Mutualisation
PMP
STSS



dossier

ORGANISATION

Pour une approche stratégique des trajectoires d'intégration

La volonté des acteurs sur le terrain, encouragée par le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, ouvre des possibilités accrues d'intégration des établissements au sein des GHT. Depuis 2016, on constate une diversité d'ambitions parmi les réalisations issues des projets médicaux partagés et des modalités d'organisation des fonctions obligatoires⁽¹⁾. Une hétérogénéité des situations des GHT, associée à l'ampleur des thèmes possibles d'intégration (au nombre de 26), qui rend indispensable l'élaboration d'une stratégie de coopération et d'une trajectoire d'intégration pour éviter de se perdre en chemin...

Après une quinzaine d'années de tentatives de coordination des hôpitaux publics (GCS, directions communes, CHT...), *in fine* peu transformantes, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a lancé la politique nationale des groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec un double objectif d'accélération de :

- » la mise en œuvre des coopérations interhospitalières afin d'obtenir une offre de soins graduée et cohérente dans chaque territoire en promouvant une stratégie de groupe public ;
- » la mutualisation des fonctions supports.

La première phase des GHT (2016-2018) s'est traduite par un rythme d'intégration très variable et une situation peu aboutie pour la majorité des établissements. Très rapidement après son lancement et la création des 136 GHT actuels, une forte différenciation du degré réel de coordination est apparue, notamment à travers l'ambition puis les premières réalisations issues des projets médicaux partagés.

Une revue récente de l'ambition des projets médicaux partagés d'une cinquantaine de GHT⁽²⁾ montre qu'il existe quatre types de groupement au moment où s'ouvrent les

débats sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé :

» les « réticents » (environ 30 %) : leurs PMP ne sont pas complétés par un plan d'action opérationnel ; les sujets stratégiques complexes au cœur des défis de gradation de l'offre ne sont pas traités ; chaque établissement tente d'utiliser ses partenaires pour pallier ses faiblesses ;

» les « optimisateurs » (environ 50 %) : leur PMP s'attache à l'amélioration des parcours existants, sans remettre structurellement ces derniers en question ; la mise en place de plans d'actions s'effectue dans la continuité en confortant l'offre déjà en place ; un partage de principes stratégiques communs mis en avant masque la défense des intérêts individuels de chaque établissement ;

» les « volontaires » (environ 15 %) : la réflexion sur la structuration des parcours est accompagnée de plan d'actions nécessitant une mise en œuvre pour pérenniser la dynamique GHT. Ces GHT s'appuient sur une initiative administrative soutenue par un fort relais médical ; cependant, seules les filières pour lesquelles les intérêts majeurs des acteurs ne sont pas engagés sont réellement traitées ;

François FARHI
Directeur practice santé
CMI, cabinet de conseil
en stratégie

« Comme souvent, la clé réside dans l'engagement et la créativité des équipes, qui devront trouver sur chaque thème prioritaire des modalités d'intégration répondant à l'urgence du besoin de proximité exprimé à travers toute la France depuis quelques mois... »

» les « stratèges » (tout au plus 5 % des GHT) : leur PMP propose une réelle organisation, définie notamment en termes de mutualisation ; des décisions de recomposition de l'offre de soins et de mise en œuvre sont actées, s'appuyant sur des réorganisations opérationnelles et une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Il existe pourtant clairement un appétit d'intégration auquel la loi Santé apporte des réponses tout en reconnaissant l'existence de rythmes d'intégration différents.

Le séminaire sur le métier de directeur conduit à la demande de la ministre de la Santé en 2017 a montré que face au renforcement de la contrainte financière, de la demande d'amélioration de l'accès aux soins ou encore de la coordination des parcours, une étape

d'intégration supplémentaire semblait indispensable. Les quelque cent directeurs mobilisés à cette occasion ont appelé de leurs vœux une approche renforcée de l'organisation territoriale de l'offre de soins, avec le développement de missions territoriales, sans craindre les conséquences éventuelles de cette évolution sur leurs trajectoires individuelles. Plus récemment encore, les contributions des différents acteurs rencontrés à l'occasion de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) sont également allées dans ce sens. Même si des voix divergentes⁽³⁾ se sont bien sûr fait entendre, un assez large consensus s'est fait jour pour conforter et amplifier la stratégie de groupe public. La nécessité d'impulser une nouvelle dynamique en encourageant les trajectoires d'intégration des GHT et en élargissant le champ a été largement partagée et reprise dans le rapport du chantier 5 de la STSS. Tout au long de cette période, l'expression « An II des GHT » a fait florès. La rédaction de l'article 10 de la loi Santé soumise au Parlement en ce printemps 2019 montre que le gouvernement a pris acte des fortes différences de rythme d'intégration et de la volonté des « stratèges » et des « volontaires » d'accélérer le mouvement, notamment en leur proposant un droit d'option.

Désormais, chaque GHT doit répondre à deux questions :

» *quel est le degré d'intégration pertinent et possible dans ma configuration territoriale*, compte tenu de la dynamique des parties prenantes et de la situation structurelle du GHT ?

» *à quel rythme cette intégration doit-elle être menée*, sachant que sur les thèmes relatifs à la commission médicale de groupement et à la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, le projet de loi prévoit une mise en œuvre au plus tard en 2021 ? La multiplicité des thématiques d'intégration rend indispensable l'élaboration d'une véritable stratégie d'intégration dans chaque GHT.

Si chaque groupement a deux questions à se poser, la difficulté provient du fait qu'il lui faut y répondre 26 fois et de manière concertée. Nous avons en effet recensé 26 thèmes d'intégration, que l'on peut certes regrouper en quatre ensembles, mais sur chacun desquels une vision partagée doit être élaborée, et parfois périodiquement revisitée (*figure 1*).

NOTES

(1) Système d'information hospitalier et notamment DMP, gestion du Département d'information médicale, fonction achats, coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels.

(2) Conduite par CMI, en partenariat avec EY.

(3) Telles celles du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son dernier rapport, Contribution à la transformation du système de santé.

FIGURE 1 Vingt-six thématiques d'intégration

Quatre axes d'intégration

Organisation médicale



Gouvernance



Pilotage financier



Gestion des ressources



26 thèmes évalués sur 4 niveaux

1. Filière de soins infirmiers
2. CME de GHT
3. Organisation médicale et soignante

4. Commissions soins
5. Pharmacie
6. Laboratoire
7. Imagerie

1. Organisation juridique
2. Directoire et comité stratégique
3. Contrats de pôle

4. CPOM
5. Liens avec CPTS
6. CTE/CHSCT

1. Direction financière
2. PPI et PGFP

3. Gestion de trésorerie
4. Contrôle de gestion

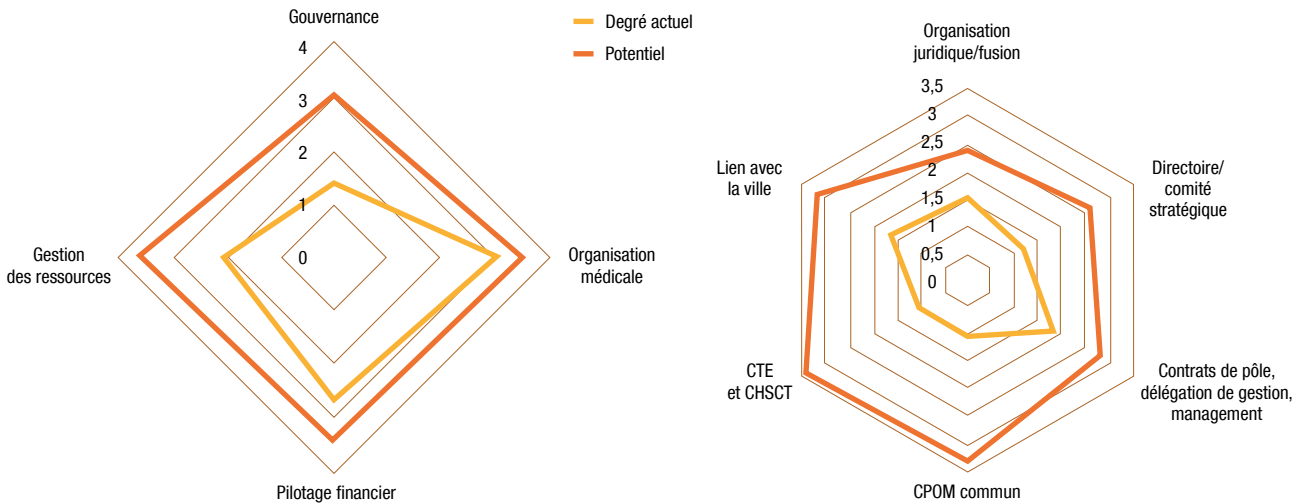
1. DIM
2. SI internes
3. Stratégies digitales
4. Achats
5. Maintenance et travaux

6. Enseignement et recherche
7. Gestion opérationnelle des RH
8. Gestion stratégique des RH
9. Qualité

FIGURE 2

Une cartographie d'ensemble du potentiel d'intégration

Maturité actuelle et potentiel d'intégration



Chacun de ces thèmes peut être caractérisé de manière objective, afin de rendre compte du degré de maturité d'un GHT. Nous proposons, afin de rendre compréhensible l'évaluation, de distinguer quatre niveaux de maturité d'intégration. Ainsi, pour un thème d'intégration présent dès le lancement des GHT, celui de la mise en place de filières de soins, pouvons-nous distinguer les quatre situations suivantes :

- » degré de maturité 1 : correspond à des GHT ne souhaitant pas, sur ce thème, faire autre chose que pérenniser l'organisation en vigueur de l'offre de soins ; est retenu lorsque les acteurs considèrent que « les filières ont été définies pour conserver le statu quo entre établissements » ;
- » degré de maturité 2 : correspond à des GHT souhaitant tirer parti de la loi sans pour autant aborder les sujets requérant des restructurations de l'offre de soins en vue d'une amélioration des parcours ;
- » degré de maturité 3 : pour les GHT qui ont souhaité restructurer l'offre de soins sur certaines des filières, sans nécessairement aborder la totalité de l'offre ;
- » degré de maturité 4 : correspond aux GHT qui ont retravaillé dans le détail chaque filière, avec une organisation et une gradation claire pour les patients, les restructurations nécessaires ayant toutes été opérées ou à tout le moins lancées.

De façon similaire, le thème de l'organisation juridique des GHT (faisant partie des droits d'option ouverts par le projet de loi), se décline en quatre degrés de maturité :

- » degré 1 : les établissements gardent leur personnalité morale et n'envisagent pas de mettre en place des GCS de moyens ;
 - » degré 2 : les établissements du GHT gardent leur existence juridique propre. Ils ont cependant structuré un ou des GCS de moyens (humains, équipements, immobiliers, SI...) ;
 - » degré 3 : une partie des établissements du GHT a fusionné ;
 - » degré 4 : tous les établissements du GHT ont fusionné.
- Face à la multiplicité des thèmes d'intégration et à la nécessaire détermination d'un degré d'intégration cible, il nous

ENCADRÉ 1

De la loi de modernisation à la loi de santé

Le texte de la loi de 2016 était tout à fait explicite : « *Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.* » Le projet de loi Santé présenté ce printemps au Parlement s'appuie sur cet acquis et a pour ambition de faire franchir une nouvelle étape à l'organisation territoriale de l'offre de soins hospitalière publique. Elle propose en effet aux GHT qui le souhaitent de franchir de nouvelles étapes d'intégration et fixe un horizon (2021) à l'ensemble des GHT.

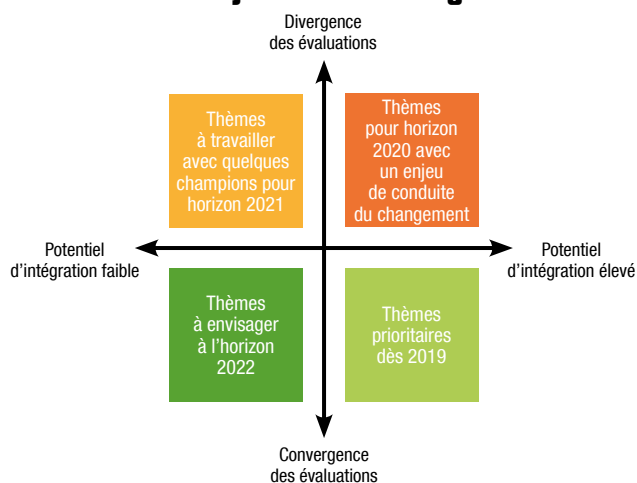
ENCADRÉ 2

Le GHT de l'Artois

Déjà bien engagé sur la voie de l'intégration

Le GHT de l'Artois est composé de quatre établissements : les CH de Béthune, Hénin-Beaumont, Lens (établissement support, Pas-de-Calais) et La Bassée. Ce GHT dessert une population de plus de 700 000 habitants. Dès avant la mise en place des GHT, en janvier 2016, un processus de rapprochement a été mis en place qui a conduit *in fine* à la mise en place d'une direction commune de fait entre les quatre établissements. Le collège médical mis en place lors de la création du GHT s'est rapidement imposé comme le lieu de pilotage du projet médical partagé. Ce projet médical partagé a engagé une restructuration territoriale de l'offre de soins dans toutes les filières, notamment la cardiologie et la pneumologie. En parallèle, la direction s'est engagée dans la mise en place de directions fonctionnelles de GHT qui couvrent désormais toutes les fonctions dont les affaires médicales, avant « l'acte II des GHT ». Les pôles interétablissements ont également été mis en place, couvrant la totalité des activités médicales. Douze chefs de pôles ont été nommés, à charge pour eux de faire vivre des équipes médicales territoriales et de développer, à la demande du DG des quatre établissements, leur autonomie et leur responsabilité dans la mise en place d'un nouveau management.

FIGURE 3 Une approche stratégique de la trajectoire d'intégration



semble indispensable, pour chaque GHT, de se déterminer sur une véritable stratégie d'intégration, en se prononçant sur le degré de coopération qui semble atteignable et souhaitable à l'ensemble des parties prenantes, pour chacun des thèmes.

Cette stratégie d'intégration doit également se traduire par une « trajectoire

d'intégration » véritable feuille de route du GHT pour les trois années à venir. Afin d'élaborer cette stratégie, la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes est indispensable. Il est en effet nécessaire de s'interroger sur le réel potentiel d'intégration (compris comme améliorant la qualité, la pertinence, la lisibilité et l'efficacité de l'offre de soins) du GHT, mais également de prendre en compte les divergences de vision des parties prenantes.

En interrogeant individuellement l'ensemble des parties prenantes, puis en rassemblant les réponses, il est possible de visualiser la position moyenne des acteurs (figure 2). Cette analyse moyenne n'est bien sûr pas suffisante et les écarts d'évaluation entre acteurs sont essentiels à la détermination d'une stratégie d'intégration ayant une chance raisonnable de succès. L'analyse de ces deux dimensions (potentiel d'intégration et degré d'alignement des parties prenantes) permet d'esquisser une trajectoire d'intégration (figure 3).

Nous identifions en effet quatre ensembles de thèmes :

- » les thèmes dont le potentiel d'intégration est élevé et qui font consensus peuvent être mis en œuvre rapidement, dès cette année 2019 ;
- » ceux dont le potentiel d'intégration est élevé, mais pour lesquels les évaluations entre parties prenantes divergent doivent être travaillés dès 2019 avec, en perspective, une convergence sur le bon niveau d'intégration à mettre en œuvre en 2020 ;
- » les thèmes dont le potentiel d'intégration est considéré comme faible mais pour lesquels les évaluations divergent bénéficieraient à être reconsidérés au cours de l'année 2020, en s'appuyant notamment sur les parties prenantes les plus ambitieuses, afin de déterminer une cible d'intégration, permettant au GHT une mise en œuvre en 2021 ;
- » ceux dont le potentiel d'intégration est considéré comme faible et pour lesquels les évaluations sont convergentes doivent être laissés de côté et éventuellement réexaminés à l'horizon 2021.

Nous proposons que cette analyse soit le point de départ d'un séminaire au sein de chaque GHT, rassemblant les parties prenantes et permettant d'élaborer une vision partagée.

Conclusion

La réflexion stratégique que nous appelons de nos vœux n'est bien sûr qu'une première étape. Il s'agit, en prenant l'avis de l'ensemble des parties prenantes, d'identifier, parmi les 26 thèmes possibles d'intégration, ceux sur lesquels il est pertinent d'avancer. Une fois la trajectoire d'intégration élaborée et partagée, s'ouvre le temps de l'élaboration des modalités de mise en œuvre. Comme souvent, la clé réside dans l'engagement et la créativité des équipes, qui devront trouver sur chaque thème prioritaire des modalités d'intégration répondant à l'urgence du besoin de proximité exprimé à travers toute la France depuis quelques mois, avec comme horizon une nouvelle dynamique d'efficacité tirant davantage parti des économies d'échelle potentielles et d'une meilleure organisation des parcours de soin. ●

ENCADRÉ 3 Un GHT quelque part en France

Ce GHT est composé d'une dizaine d'établissements, dont des établissements MCO et des établissements de proximité. Il dessert une population d'environ 150 à 200 000 habitants. Avant la mise en place du GHT, des tentatives de coopération, à travers un projet médical de communauté hospitalière de territoire ont échoué. Pourtant, sur de nombreuses filières, dans un contexte de perte d'attractivité médicale et de fuite significative des patients hors des établissements du GHT, l'organisation d'une offre lisible, graduée, s'appuyant sur les forces médicales présentes pourrait permettre à ces établissements de retrouver une certaine attractivité. Le projet médical partagé est le fruit de compromis complexes préservant le *statu quo*, alors même que sur un petit nombre de filières, sous la pression des autorisations, des restructurations ont été envisagées et, pour au moins une filière, mises en œuvre avec succès. Les enjeux d'intégration, pour cet établissement, passent probablement par une intégration de la gouvernance tant médicale que de gestion, seule à même d'engager une dynamique sur les autres volets de l'intégration.