

RÉPONDRE AUX BESOINS OU RÉDUIRE LES COÛTS ?

Les GHT : une vaste réorganisation débute

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) résultent d'une disposition de la loi de modernisation de la santé promulguée le 26 janvier 2016 et qui les a imposés au 1^{er} juillet dernier.

Chevauchement et confusion des « territoires »

On recense 135 GHT qui concernent 850 hôpitaux publics. Les établissements traitant de la santé mentale, tous les établissements privés ne sont pas concernés, ni ceux relevant de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et Marseille et les Hospices Civils de Lyon, ces derniers pouvant conclure des partenariats avec les GHT. Les GHT se sont constitués à partir d'un territoire qui n'a pas de rapport avec les « territoires » de l'ARS, ce qui n'aide pas à la lisibilité du dispositif d'autant que la démarche s'est accomplie en dehors de tout débat des instances de démocratie sanitaire (CTSA, Conférence de territoire devenue Conseil Territorial de Démocratie Sanitaire). Gestionnaires et personnels de santé, à travers les CME (commissions médicales d'établissement), se sont constitués en réseau, par affinités ou communautés d'intérêts. Le GHT dispose d'un établissement chef de file, support administratif dit « pivot » et qui n'est pas nécessairement le plus important. On aboutit à des situations très disparates : des GHT regroupent quelques établissements, d'autres plus de vingt pour des bassins de population allant de 50 000 à plus de 2 millions d'habitants. Un GHT n'a pas de personnalité juridique, n'est pas conclu « *ad vitam aeternam* » mais pour une durée de dix ans, donc évolutif.

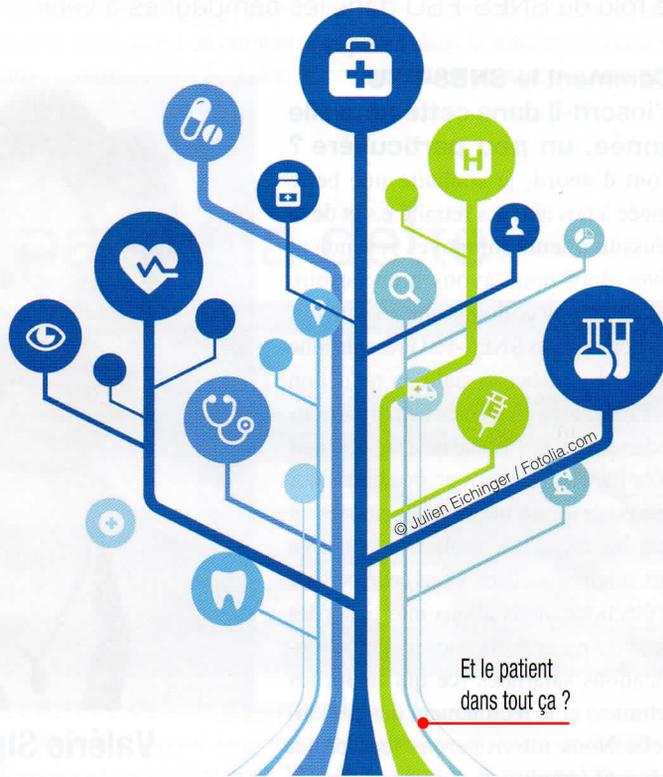
Un processus étalé dans le temps, une « gouvernance » supplémentaire...

La démarche n'en est qu'à ses débuts, elle se développe jusqu'en 2021, les six premiers mois de 2017 sont consacrés à la formalisation du Projet Médical Partagé, autour des neuf champs de coopération prévus par le décret et du projet de soins partagés. D'ores et déjà doit exister une organisation par « filières » qui proposent une offre de soins graduée, et des fonctions et activités mutualisées doivent être repérées par l'établissement support.

Le pilotage du GHT s'effectue par un comité stratégique qui rassemble les représentants des différentes commissions. Il existe un comité territorial des élus, sans représentation des conseils départementaux et régionaux, et un comité des usagers présidé par le chef d'établissement support.

Sous couvert d'efficience et d'excellence, un redéploiement pour réduire les dépenses

Un milliard de dépenses en moins sont imposées aux hôpitaux publics par le PLFSS (projet de loi de financement de la Sécurité sociale). Nul doute que les GHT en soient un levier de mise en œuvre par la mutualisation des achats pour commencer. Les acti-



Et le patient dans tout ça ?

vités de pharmacie, les laboratoires de biologie, les services d'imagerie médicale suivront à très court terme.

Au-delà il s'agit d'un bouleversement profond de l'offre de soins qui entraînera des fermetures de lits, de services, voire d'hôpitaux (par exemple en Essonne), donc une discontinuité du service public hospitalier au nom d'une plus grande « efficacité technique ». Après l'élimination de « doublons » aisément repérés au sein du GHT, les « filières » mises en place répondront à la logique des « parcours » en hiérarchisant par degrés. Il n'est pas exclu que certains hôpitaux perdent leur bloc opératoire et doivent se reconverter au risque de disparaître.

Il est évident que le territoire hospitalier de service public est sensiblement élargi avec les GHT. Aux patients de suivre ou d'être transportés. Il en va de même pour les personnels de santé qui devront accompagner cette réorganisation des services, les médecins étant affectés à l'échelle d'un GHT, en exerçant, de façon variée – consultation ici, intervention technique là... – et masquant ainsi les difficultés de recrutement croissantes dans le service public. Il est évident que les luttes doivent se poursuivre. ■

GEORGES BOUCHART