

Groupements hospitaliers de territoire et santé publique

Collection
Rapport

Groupements hospitaliers de territoire et santé publique

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le Haut Conseil de la santé publique propose, dans le cadre d'une autosaisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins sur un territoire.

Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux : i) contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé ; ii) impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales ; iii) développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Les recommandations conçues selon une logique opérationnelle (diagnostic, actions, pilotage) s'adressent aux agences régionales de santé, aux établissements regroupés en GHT et aux structures en charge du pilotage national des GHT. Par exemple, les ARS doivent inciter les établissements publics regroupés en GHT à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire couvert par le GHT en pilotant un diagnostic territorial de santé, en établissant pour chaque territoire un tableau de bord d'indicateurs territorialisés, en impulsant une offre de formation accompagnant le développement du volet santé publique des GHT. Les GHT doivent développer des prises en charge pluriprofessionnelles avec les partenaires du secteur d'hospitalisation privée et de la médecine de ville et prendre en compte les inégalités sociales de santé. Les GHT doivent développer des compétences en santé publique autour des DIM de territoire en lien avec les CHU.

**Groupements hospitaliers de territoire (GHT)
et santé publique**

**« Saisir la chance pour passer du parcours de soins
au parcours de santé »**

13 mars 2017

Ce rapport a été validé par le président du Haut Conseil de la santé publique le 13 mars 2017.

Préambule

Un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) est de développer l'approche territoriale de la santé des populations. Les agences régionales de santé (ARS) ont ainsi notamment pour mission d'élaborer des projets régionaux de santé (PRS) aux objectifs ambitieux comme la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, 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. L'atteinte de ces objectifs, qui devront être quantifiés, nécessite une mobilisation de tous les acteurs des territoires.

Un des outils de cette politique territoriale est la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Organisés autour d'établissements supports, 135 GHT vont organiser l'offre de soins publique, mais aussi le maillage avec l'offre de soins de premier 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) (Décret n° 2016-524 Article 2), ou la future certification conjointe des établissements d'un GHT (Article L. 6132-4) devraient permettre de remplacer une logique de concurrence trop souvent basée sur l'achat et l'exploitation d'équipements lourds par une logique de territoire et de service rendu à une population autour d'un système hospitalier public fédéré, que d'autres établissements et structures, publics ou privés, pourront, s'ils le souhaitent, rejoindre.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a considéré que ces éléments de structuration constituent des conditions très favorables au développement d'une démarche d'amélioration de l'offre fondée sur les besoins de la population, intégrant la prévention, les soins et le champ médico-social.

Or, le HCSP a constaté que la santé publique, au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins, est peu présente dans les textes ou les réflexions en cours. Il a considéré que des objectifs de santé publique pouvaient et devaient être fixés dans chaque territoire et que les GHT devaient être impliqués dans l'atteinte de ces objectifs.

L'amélioration de la santé des populations doit en effet mobiliser tous les acteurs sur des problématiques comme les inégalités d'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins, les pertes de chances dans les parcours de soins ou l'accès à l'innovation. La convergence à court terme du système d'information hospitalier (SIH) public, de l'information médicale et un meilleur accès aux données de l'Assurance maladie prévus dans la loi, devraient faciliter, par exemple, la création et le suivi d'indicateurs de santé adaptés aux spécificités des territoires de santé.

Le HCSP a créé un groupe de travail (GT) multidisciplinaire composé d'experts membres ou non du HCSP, de représentants des agences régionales de santé (ARS), de géographes de la santé, pour explorer la question des liens possibles entre les GHT et la santé des populations de ces territoires.

Le GT a notamment auditionné des directions d'établissements hospitaliers, des présidents de commission médicale d'établissement (CME), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la santé (DGS), l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), la Fédération hospitalière de France (FHF) et l'Association des directeurs d'hôpitaux (ADH).

Les recommandations opérationnelles proposées dans ce document sont issues de ce travail multidisciplinaire engagé par le HCSP. Elles ont notamment pour but de permettre aux ARS d'engager, au sein des GHT, une démarche d'amélioration de la santé de la population d'un territoire.

SOMMAIRE

1	Introduction	9
1.1	L'approche de santé publique en territoire	9
1.2	Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)	9
1.3	Les apports réciproques	10
2	Méthodologie.....	11
2.1	Objectifs de cette autosaisine	11
2.2	Méthodologie de travail	11
3	Constats	12
3.1	GHT : une restructuration opportune de l'offre de soins publique	12
3.2	GHT : un élément de l'ensemble régional	12
3.3	La sécurité des patients : une composante importante de la santé de la population.....	13
3.4	GHT : des expériences récentes, des pratiques hétérogènes	14
4	GHT et santé publique : points d'appui et limites	15
4.1	GHT : des atouts contributifs à la santé publique.....	15
4.1.1	L'information médicale : un éclairage important des besoins de santé de la population	15
4.1.2	Parcours de santé : une intention à transformer en pratique	17
4.1.3	Inégalités d'accès aux soins : un enjeu pour les GHT	18
4.1.4	Les difficultés de la territorialisation de la santé.....	19
4.1.5	Un cas particulier : la psychiatrie.....	19
4.1.6	La qualité des soins et la sécurité des patients au sein des établissements de santé : une contribution majeure des GHT	21
4.1.7	L'éducation thérapeutique du patient : une prévention encore largement hospitalière	22
4.1.8	Les actions de prévention : une activité souvent peu développée dans le secteur hospitalier	23
4.1.9	Compétences et ressources dans les territoires	24
4.1.10	Formation des différents personnels des GHT.....	24
4.2	GHT : des limites à prendre en compte dans une perspective de santé publique	25
4.2.1	Une solution incomplète à la question de la coordination des soins.....	25
4.2.2	Un système d'information en voie de cohérence mais restreint aux établissements publics.....	26
4.2.3	Des instances du GHT trop peu tournées vers les professionnels de santé du territoire, les élus et les usagers pour une prise en compte efficace de l'approche populationnelle	27
4.2.4	Un financement principal par l'activité de soins curatifs.....	28
5	GHT et santé publique : Recommandations.....	29
	Principe 1 : les établissements hospitaliers regroupés en GHT sur un territoire doivent contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé.....	29
	Principe 2 : L'implication des établissements hospitaliers regroupés en GHT dans la santé de la population d'un territoire ne peut se concevoir qu'avec les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales.....	30
	Principe 3 : Les GHT doivent développer l'évaluation des besoins de santé de la population et l'évaluation des actions mises en place	30
	Recommandation 1 : Piloter un diagnostic territorial de santé, partagé entre les différents acteurs hospitaliers et non hospitaliers, qui permette d'évaluer les besoins de santé de la population, incluant la prévention et la promotion de la santé, et utilisable à l'échelle territoriale du GHT.	31
	Recommandation 2 : Établir pour chaque territoire couvert par un GHT, un tableau de bord d'indicateurs territorialisés, partagé par les acteurs de santé du territoire.....	32
	Recommandation 3 : Recenser les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de façon à proposer une offre cohérente à l'ensemble de la population du territoire du GHT.....	34
	Recommandation 4 : Impulser une offre de formation accompagnant le développement du volet santé publique des GHT et permettant le développement de la culture de santé publique et de l'approche populationnelle de la santé.	35
	Recommandation 5 : Améliorer la gouvernance des GHT en associant pour chaque filière les usagers et la médecine de ville.....	36
	Recommandation 6 : Développer des prises en charge pluriprofessionnelles avec les partenaires du secteur d'hospitalisation privée et de la médecine de ville prenant en compte les inégalités sociales de santé.....	37
	Recommandation 7 : Élargir les missions des DIM de territoire de GHT pour les impliquer dans des missions de santé publique.	38

Recommandation 8 : Introduire dans chaque projet médical partagé un volet promotion de la santé et un volet prévention prenant en compte les inégalités sociales de santé.	39
Recommandation 9 : Encourager l'élaboration d'actions et la définition des modalités opérationnelles de coopération pour atteindre les objectifs du projet médical partagé (PMP) au sein des GHT en ce qui concerne la qualité des soins et la sécurité des patients.	40
Recommandation 10 : Permettre des transferts de moyens de l'enveloppe financière consacrée au soin vers celle consacrée à la prévention et à la promotion de la santé (fongibilité asymétrique).	42
Recommandation 11 : Mettre en place une banque de données recensant des indicateurs territorialisés permettant de proposer à 3 ans un tableau de bord au sein dans chaque territoire couvert par un GHT.	42
Recommandation 12 : Évaluer les impacts des approches territorialisées des parcours de santé sur la santé de la population, notamment en termes d'inégalités sociales et territoriales.	43
Recommandation 13 : Promouvoir, par des appels à projets (AAP) spécifiques, des programmes de recherche interventionnelle ciblant les nouveaux modes de prise en charge ainsi que les innovations organisationnelles au sein des GHT.	43
6 GHT et santé publique : conclusions	43
7 Documents consultés	45
8 Annexes	47
Annexe 1 - Composition du groupe de travail	47
Annexe 2 - Liste des personnes auditionnées	48
Annexe 3 – Trame d'entretien	50

Principaux sigles utilisés

AAP : appel à projets

ADH : association des directeurs d'hôpitaux

ALD : affection de longue durée

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

APL : accessibilité potentielle localisée

ARS : agence régionale de santé

ASV : atelier santé ville

C-Clin : Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

CDU : commission des usagers

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalo-universitaire

CIRE : cellule interrégionale d'épidémiologie

CISS : Collectif interassociatif sur la santé

CLIC : centre local d'information et de coordination

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

CNS : Conférence nationale de santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPT : communauté professionnelle territoriale

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CREX : comité de retour d'expérience

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DIM : département d'information médicale

DMP : dossier médical partagé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

DTSM : diagnostic territorial partagé en santé mentale

DU : diplôme d'Université

EGB : échantillon généraliste des bénéficiaires

EHESP : École des Hautes études en santé publique

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : éducation thérapeutique du patient

FHF : Fédération hospitalière de France

FIR : fonds d'intervention régional

FNORS : Fédération nationale des ORS

GEM : groupe d'entraide mutuelle
GHM : groupe homogène de malades
GHT : groupement hospitalier de territoire
GPS : groupement professionnel de santé
HAD : hospitalisation à domicile
HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HIA : Health impact assessment
HPST : hôpital patients santé territoire
IQSS : indicateurs de qualité et de sécurité des soins
IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IVG : interruption volontaire de grossesse
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
ORS : Observatoire régional de la santé
PAERPA : personne âgée en risque de perte d'autonomie
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PMP : projet médical partagé
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS : projet régional de santé
PTA : plateforme territoriale d'appui
PTSM : projet territorial de santé mentale
RCP : réunion de concertation pluriprofessionnelle
RMM : réunion de morbidité mortalité
SGMCAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SHS : sciences humaines et sociales
SI : système d'information
SIH : système d'information hospitalier
SNDS : système national des données de santé
SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SNS : stratégie nationale de santé
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
UTEP : unité transversale d'éducation du patient
ZAU : zonage en aires urbaines

1 Introduction

1.1 L'approche de santé publique en territoire

La santé publique est un objet politique et scientifique relativement récent. Décrite par Charles-Edward Winslow dans Science en 1920 comme « *La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé* », elle associe d'une part l'étude des déterminants de la santé et d'autre part l'étude et l'évaluation des actions en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

Depuis les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1952, l'organisation des soins curatifs fait partie intégrante de la santé publique aux côtés de la prophylaxie ou prévention, ou de la réadaptation des convalescents.

La santé publique a cependant 2 caractéristiques propres :

- elle privilégie l'approche préventive par rapport aux soins,
- elle développe une approche populationnelle plutôt qu'une approche individuelle. Cette approche populationnelle est souvent mise en oeuvre à travers des politiques publiques qui s'inscrivent dans le cadre général d'une politique de santé publique.

Ainsi, la santé publique fait-elle référence :

- à des méthodes ou des outils dont les méthodes épidémiologiques descriptives ou analytiques des états de santé et de leurs déterminants. Il s'agit aussi de méthodes issues des sciences humaines et sociales (SHS) ou de l'analyse des données issues des systèmes d'information (SI). L'évaluation des impacts en santé (*Health impact assessment* : HIA) constitue un champ plus récent de la santé publique étudiant les effets sur la santé des populations des politiques publiques qu'il s'agisse de politiques en lien direct avec la santé ou non, et veillant à associer les différentes parties prenantes dans la conception et la conduite de ces politiques.
- à des actions conduites sur le terrain et visant à lutter contre des facteurs de risque, à modifier les comportements et/ou les environnements.

Dans ce document, le terme « santé publique » fait référence à une approche prenant en compte la population d'un territoire et aux méthodes et outils de la santé publique.

1.2 Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

La création des GHT s'inscrit dans l'effort de modernisation du système de santé. Il s'agit en effet d'une des mesures marquantes de la LMSS de janvier 2016 dont l'objectif principal est l'équité d'accès aux soins.

L'atteinte de cet objectif repose sur 2 volets :

- une gradation des soins hospitaliers organisée entre les différents établissements publics d'un même territoire,
- un projet médical partagé (PMP) concernant toutes les activités des soins de proximité et de recours.

Tous les modes de prises en charge sont concernés, de l'ambulatoire à l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que l'utilisation des technologies d'information et de communication.

Le PMP, pierre angulaire du GHT, doit permettre une adéquation de l'offre de soins et des besoins de la population en impliquant les équipes médicales, les élus et des représentants d'usagers.

La mise en place des GHT a fait suite à un rapport dont la rédaction a été confiée à Mme Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble et au Dr Frédéric Martineau, président sortant de la conférence des présidents des CME des centres hospitaliers, par la ministre en charge de la santé, Mme Marisol Touraine. Ce rapport a été remis en mars 2016.

Le PMP de chacun des 135 GHT, élaboré progressivement jusqu'au 1er juillet 2017, doit se décliner dans l'ensemble du territoire du GHT. Il faut noter la taille variable des 135 GHT tant en ce qui concerne la superficie du territoire que la taille de la population desservie. Il faut noter aussi des dispositions particulières à l'organisation de la prise en charge des personnes vivant avec un trouble psychique.

Ainsi, les GHT ont pour objectif de développer une stratégie de groupe sur un territoire délimité et de mettre en synergie les établissements publics de ce territoire. Ils s'adressent, de facto, à une population dont ils doivent appréhender les besoins. De ce fait ils s'inscrivent dans une démarche de santé publique au sens défini ci-dessus.

Cependant, si des objectifs de santé publique forts comme la réponse aux besoins en santé de la population d'un territoire ou l'équité d'accès aux soins dans un même territoire sont cités dans les documents concernant les GHT, d'autres aspects comme la prévention ou la promotion de la santé n'apparaissent pas aussi clairement.

1.3 Les apports réciproques

Les GHT constituent une remarquable opportunité pour mettre en œuvre ce changement de perspective et améliorer l'efficacité du système de santé au bénéfice de la population. En privilégiant une logique de « groupe » et de complémentarité sur un territoire au lieu d'une logique de concurrence entre les établissements, la mise en place des GHT s'adresse à une population. De ce fait, cette réforme engage une dynamique de « santé publique » en privilégiant l'approche populationnelle par rapport à l'approche fondée sur la patientèle en vigueur jusque-là dans le service public hospitalier.

Les GHT peuvent ainsi être des « outils » organisationnels d'une politique de santé publique dans un territoire. Ils ne peuvent en couvrir l'intégralité des objectifs du fait de leurs compétences limitées et du rôle majeur des soins de premier recours dans le domaine de la prévention. Mais ils doivent contribuer notablement à l'amélioration de l'état de santé de la population d'un territoire.

L'approche « du point de vue du bénéficiaire » (Patients-centred ou people-centred approach) est recommandée par l'OMS^{1,2} et certains acteurs de l'évaluation³ pour réduire les inégalités de santé. Elle permet d'inscrire les efforts de structuration et d'organisation de l'offre de soins dans une perspective populationnelle et donc de mobiliser les énergies pour l'amélioration de l'état de santé de la population^{4,5}. Cette approche s'applique à tous les systèmes de santé dont ceux des pays développés confrontés à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques⁶.

Les GHT donnent l'opportunité de développer une telle approche.

Il s'agit de mobiliser les outils et les méthodes de l'épidémiologie avec la construction d'indicateurs de santé ou d'amélioration du service rendu, l'analyse des bases de données produites par des SI complexes, et les outils et les méthodes de l'économie de la santé et plus généralement des SHS.

¹ WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim report. WHO 2015.

² WHA69.24 Agenda item 16.1 Strengthening integrated, people-centred health services.WHO. 28 May 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf

³ Introduire la perspective d'acteurs dans l'appréciation d'impact Agnès Lambert [IRAM] Hédia Hadjaj-Castro [COTA © 2008 | COTA asbl | IRAM].

⁴ Framework on integrated people-centred health services: an overview. WHO. http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Overview_IPCHS_final.pdf

⁵ List of strategic approaches, potential policy options and interventions <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/strategicapproach.pdf>

⁶ People-centred and integrated health services: an overview of the evidence Interim Report. WHO March 2015.

L'approche territoriale développée dans les GHT, le changement de perspective ou la mobilisation des outils ou des champs (prévention par exemple) de la santé publique visent à améliorer la santé de la population sur un territoire. Certes, les GHT ne concernent que les établissements hospitaliers publics mais ils ont, par la dynamique qu'ils peuvent créer, la capacité d'associer d'autres établissements notamment sur des problématiques de santé publique et ont aussi l'obligation d'associer les acteurs des soins de premier recours.

2 Méthodologie

2.1 Objectifs de cette autosaisine

Le HCSP a la possibilité de se saisir de sujets qu'il estime importants. Alors que l'essentiel de ses travaux fait suite à des saisines de la part du ministère en charge de la santé⁷, les autosaisines lui permettent d'explorer un domaine qui n'a pas donné lieu à des questions de la part des ministères.

Ce travail rentre dans ce cadre. En effet, considérant l'importance de la réforme de l'organisation des hôpitaux publics en cours avec la mise en place des GHT et surtout l'approche territoriale de cette réforme, le HCSP a considéré qu'il y avait l'opportunité de compléter la réflexion organisationnelle en cours par une réflexion sur la santé de la population du territoire.

C'est dans cet esprit de compléter l'approche visant à améliorer l'organisation des établissements présents sur un territoire par une approche populationnelle que le HCSP a engagé des travaux dans le cadre d'une autosaisine intitulée « Groupements hospitaliers de territoire et santé publique ».

Il ne s'agit pas de contrarier une réforme largement engagée par les acteurs de terrain, notamment au travers des PMP en cours de rédaction. Il s'agit encore moins de considérer que les établissements hospitaliers publics sont les seuls en charge de la santé des populations.

Il existe, en effet, de nombreux acteurs intervenant à différents niveaux, qu'il s'agisse des personnes ou de structures intervenant dans le champ de la promotion de la santé ou de la prévention, des acteurs des soins de premier recours et de ceux intervenants dans les établissements autres que ceux directement concernés par les GHT et des usagers du système de santé. Les professionnels des établissements publics d'un territoire ne sont donc que des acteurs parmi d'autres mais doivent jouer pleinement leur rôle dans un système de santé dont un des objectifs majeurs, fixés par la LMSS de janvier 2016, est la prévention.

Le HCSP souhaite rappeler l'importance de prendre en compte l'état de santé de la population et de ses besoins au moment de la mise en place d'une nouvelle organisation territoriale. Le HCSP considère aussi que les hôpitaux publics disposent, au sein des GHT, de compétences et d'outils relevant de la santé publique qui peuvent être mobilisés pour compléter des PMP, prioritairement axés sur les soins, par des actions concernant la promotion de la santé, la prévention ou la gestion des parcours de santé au sein d'un territoire.

2.2 Méthodologie de travail

Le HCSP, après validation de l'autosaisine et de son périmètre par ses instances (Comité exécutif [Comex] et Collège), a mis en place un GT pluridisciplinaire comprenant des membres du HCSP et des experts invités, non-membres de commissions. Le HCSP a notamment invité 2 représentants d'ARS (ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine). La liste des membres du groupe de travail est présentée en annexe 1.

Le GT a été placé sous la conduite du Professeur Roger Salamon, président du HCSP et du Professeur Franck Chauvin, vice-président du HCSP.

⁷ Bilan du Haut Conseil de la santé publique, octobre 2016 (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=584>)

Le GT a procédé à des auditions, qu'il s'agisse de parties prenantes (directions d'administrations centrales du ministère en charge de la santé), d'experts ou d'acteurs de terrain. La liste des personnes auditionnées est présentée en annexe 2.

Les premières conclusions ont été soumises à concertation auprès de l'Association des directeurs d'hôpitaux (ADH) représentée par son président et de la Fédération Hospitalière de France (FHF) puis présentées à la DGOS, au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) et à la Direction générale de la santé (DGS).

3 Constats

3.1 GHT : une restructuration opportune de l'offre de soins publique

Il incombe à la fois aux particuliers, aux groupes communautaires, aux professionnels de santé, aux établissements de soins et aux gouvernements, d'œuvrer ensemble à la création d'un système de santé servant au mieux les intérêts de la santé de la population.

Au delà de son rôle qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus vers la promotion de la santé et l'évaluation du service rendu. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les conduit à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine. Cette évolution ouvre la voie à une conception élargie de la santé, faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes à caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé doit également s'appuyer sur la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des différentes catégories de professionnels. L'enjeu de cette évolution est le recentrage des services de santé, sur les besoins de l'individu et, au delà, sur les besoins de la population du territoire, dans sa diversité géographique, démographique et sociale.

3.2 GHT : un élément de l'ensemble régional

Si les GHT constituent une innovation organisationnelle importante de la LMSS, d'autres dispositifs font référence à une approche territoriale et ce, sur des territoires de taille variable.

Le projet régional de santé (PRS), en cours d'élaboration dans les ARS doit redéfinir les priorités de santé pour les 5 années à venir. Fondés sur un diagnostic régional, les PRS doivent prendre en compte à la fois les évolutions démographiques, épidémiologiques et scientifiques et la création des nouvelles régions⁸ regroupant des populations comprises entre 5 millions et 10 millions d'habitants. De ce fait, ces projets ne pourront prendre en compte des besoins concernant des territoires spécifiques ou des populations particulières.

La LMSS fait référence à plusieurs reprises à la notion de « territoires ». Cette préoccupation de répondre aux besoins en santé de la population d'un territoire fait suite à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009 (dite loi hôpital patients santé territoire ou HPST) qui prévoyait des dispositifs territoriaux. On peut toutefois remarquer que, si les interactions entre le système hospitalier et son territoire sont un objectif (par exemple Chapitre V : Ancrer l'hôpital dans son territoire), le territoire n'est probablement pas le même selon les dispositifs considérés. Il existe ainsi des territoires de démocratie sanitaire et des territoires dans lesquels s'inscrivent les GHT. Parfois le périmètre du territoire n'est pas précisé. Cette présence récente du territoire dans la politique hospitalière doit permettre d'organiser l'offre en fonction des besoins de la population. C'est d'ailleurs l'objet même de la loi de janvier 2016 qui réaffirme dans son article 1 l'importance « d'améliorer l'état de santé de la population » et de « réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ».

⁸ Loi du 7 août 2015 portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe).

Si les GHT constituent une innovation organisationnelle majeure de la LMSS, il existe d'autres dispositifs territoriaux contribuant à l'efficacité du système de santé.

C'est le cas des plateformes territoriales d'appui (PTA)⁹ ; celui aussi des communautés professionnelles territoriales (CPT) composées de professionnels de santé regroupés en une ou plusieurs équipes de soins de premier recours et dont les objectifs sont de concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients et à la visibilité de tous sur les parcours de santé. Les ARS peuvent ainsi conclure des contrats territoriaux de santé sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Des dispositifs spécifiques s'adressent aussi à certaines populations d'un territoire : les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus ; plus de 300 à fin 2016), les programmes PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) selon l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2013, les 3C (Centres de Coordination en Cancérologie) mis en place par le premier plan cancer (2003-2007) (mesure 32) et coordonnant la prise en charge cancérologique d'un ou de plusieurs établissements.

Les pactes territoire-santé prévus dans l'article 67 de la LMSS (lutte contre les déserts médicaux) ont pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins de proximité. Mis en œuvre par les ARS, ils assurent la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires. Ils s'appuient sur les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles (cf. supra).

Ainsi les GHT peuvent-ils être considérés comme un dispositif supplémentaire renforçant au côté d'autres dispositifs, l'approche territorialisée et donc populationnelle de la santé.

3.3 La sécurité des patients : une composante importante de la santé de la population

La connaissance des risques associés aux soins pour la santé est ancienne, mais la connaissance de la place de ces risques en termes de morbi-mortalité est plus récente.

Aux États-Unis, une étude des accidents iatrogéniques dans les hôpitaux de soins de courte durée réalisée en 1984 dans l'État de New-York fournit les premières estimations à ce sujet¹⁰, conduisant à la fin des années 90 au rapport de référence de l'Institut de Médecine « *To err is human* »¹¹ et à une estimation de 44 000 à 98 000 décès annuels.

En France deux enquêtes nationales (ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables associés aux soins) sur les événements indésirables graves (EIG) associés aux soins ont été réalisées en 2004 et 2009 par le Ccecqa (Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine), sous la responsabilité de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

À partir d'un échantillon de plus de 8 000 patients et 30 000 journées d'hospitalisations dans 81 établissements publics et privés, le nombre d'EIG survenus par an en France pendant une hospitalisation était estimé de 275 000 à 395 000, dont 95 000 à 180 000 considérés comme

⁹ Décret no 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

¹⁰ Brennan TA, Leape LL, LAIRD NM et coll. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients N Engl J Med 1991; 324:370-6.

¹¹ [Kohn LT](#), [Corrigan JM](#), [Donaldson MS](#), editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America; Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

évitables¹². Aucune évolution significative n'a été observée entre 2004 et 2009 concernant la fréquence, la gravité et les mécanismes de survenue¹³.

Le nombre d'admissions causées par un EIG était estimé de 330 000 à 490 000 par an, dont 160 000 à 290 000 considérés comme évitables. Ces événements étaient associés à des soins lors d'une hospitalisation précédente dans 1/3 des cas et à des soins de ville dans 2/3 des cas.

Par ailleurs des publications récentes estiment que 20 000 à 40 000 décès par an pourraient être associés à un EIG¹⁴.

Concernant les événements indésirables associés aux soins primaires, avec des critères différents des précédents, l'étude ESPRIT¹⁵ à partir des déclarations quotidiennes de 127 médecins généralistes volontaires pendant 7 jours, a estimé sur 13 438 visites et consultations qu'un tel événement survenait une fois tous les deux jours dans un cabinet de médecin généraliste, principalement en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet (42 %) ou du parcours de soins (21 %).

Ces données permettent d'identifier les risques associés aux soins comme une composante significative de la santé de la population, et confirment qu'une approche territoriale de cette question, suivant les patients tout du long de leur parcours, est bien pertinente, les établissements étant situés en aval d'évènements dont l'origine s'inscrit dans les soins de ville, et inversement des évènements d'origine hospitalière étant révélés dans le cadre des soins de ville.

3.4 GHT : des expériences récentes, des pratiques hétérogènes

Remplaçant des communautés hospitalières déjà en place, ou créés *de novo*, les GHT (qui n'ont pas de personnalité morale) organisent l'offre hospitalière publique dans un territoire déterminé par les ARS. Cette organisation vise à remplacer la logique de concurrence, qui prévalait souvent jusqu'à présent, par une logique de « groupe ». Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre régionale de soins, adhère ainsi à un GHT. Chaque GHT est par ailleurs associé à un centre hospitalo-universitaire (CHU). Les établissements privés peuvent être associés à un GHT par voie conventionnelle (établissement partenaire) sous réserve que leur projet médical soit articulé avec celui du GHT. De même, un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux peuvent adhérer au GHT.

Ces principes de fonctionnement définis dans la loi ont été déclinés depuis janvier 2016 en décrets ou en textes de cadrage permettant aux établissements de les mettre en œuvre. Début 2017, soit un an après le démarrage, et alors que les conventions constitutives des 135 GHT ont été rédigées puis validées en juillet 2016, les situations sont très variées. Toutefois, le calendrier de mise en œuvre, à la fois contraint et volontariste, a obligé tous les établissements à engager des réflexions sur leurs complémentarités.

Le calendrier de mutualisation des fonctions logistiques a été établi. Ainsi, la fonction achats, les SI, les systèmes qualité puis la gestion des personnels médicaux devraient être mutualisés ou bien devraient fortement converger.

La rédaction des PMP est en cours dans tous les GHT et les PMP devraient être validés par les ARS d'ici à juin 2017. Ces PMP devraient essentiellement concerner les soins sous la forme d'une organisation des filières publiques par pathologie. La complexité des PMP dépend de la taille des

12 Michel P, Quenon JL, Djihoud A et coll. A French national survey of inpatient's adverse events prospectively assessed with ward staff. Qual Saf Health Care 2007;16:369-77.

13 Michel P, Lathelize M, Quenon JL. et coll. Comparaison des deux études nationales sur les événements indésirables graves liés aux soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports), Paris septembre 2011, n° 109. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>

14 Millat B. Enseigner la gestion des risques par l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Sous presse. Disponible en ligne <http://www.em-consulte.com/revue/JCHIR/souspresse/journal-de-chirurgie-viscerale>

15 Michel P, Bami J, Chanière M et coll. Patient safety incidents are common in primary care: a national prospective active incident reporting survey. Plos One 2017 14/02/17 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0165455>

GHT, mais aussi des spécificités territoriales et des compétences ou équipements existants dans les établissements des différents GHT. La pénurie médicale constatée dans certains territoires et/ou certaines spécialités complique encore la volonté de maillage territorial de l'offre de soins expliquant aussi les situations très variées.

Ainsi les GHT qui organisent l'offre de soins publique dans un territoire dans une logique de « groupe » et de complémentarité se mettent en place selon un calendrier volontariste puisqu'après moins d'un an d'existence, ils devraient tous être dotés de PMP.

4 GHT et santé publique : points d'appui et limites

Les GHT ne sont pas a priori des outils permettant de développer une approche de santé publique. Cependant, s'inscrivant dans un territoire, ils peuvent contribuer, du fait de leurs ressources propres et du maillage du territoire qu'ils réalisent, au développement de l'approche populationnelle de la santé dans leur territoire. L'enjeu pour ces GHT est en effet, de développer des interventions et des actions fondées sur un diagnostic territorial. Ce diagnostic territorial est l'étape indispensable à la mise en œuvre d'une politique et une organisation qui prennent en compte l'état de santé de la population. Il est aussi la condition d'une meilleure réponse aux besoins existants, dans leur diversité, et donc d'une meilleure efficacité dans la mobilisation des ressources des établissements.

4.1 GHT : des atouts contributifs à la santé publique

4.1.1 L'information médicale : un éclairage important des besoins de santé de la population

L'information médicale disponible grâce au SI des établissements du GHT constitue un élément du diagnostic de santé du territoire couvert par le GHT.

Ces informations peuvent être mobilisées à 2 niveaux :

- celui du diagnostic territorial et du suivi de l'état de santé de la population d'un territoire rendu possible par la fusion et le chaînage des données issues des établissements. Dans un second temps, la convergence des SIH publics devrait permettre un suivi plus fin de l'état de santé de la population en y ajoutant une analyse de la dynamique territoriale.
- celui de l'accès à des bases de données plus larges ou à des méthodes d'analyse plus adaptées. Tous les GHT ne disposeront pas d'emblée des compétences nécessaires à ces analyses. Cependant, l'accès rendu possible, pour tous les GHT, à des pôles universitaires et la mutualisation de compétences ou de ressources le plus souvent accessibles au niveau régional, comme par exemple les Observatoires régionaux de santé (ORS), permettra de disposer de ces informations dans les territoires. Des pôles de compétences en santé publique et/ou en analyse de données de santé doivent être consolidés ou constitués dans le cadre des GHT et notamment grâce à leur rattachement systématique à un CHU (Cf. objectif 5 du projet stratégique de la Direction générale de la santé¹⁶).

Le rôle stratégique de l'information médicale a conduit à la mise en place d'un département d'information médicale (DIM) de territoire avec l'article 107 de la LMSS du 26 janvier 2016 et plus précisément avec le décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT.

Le médecin responsable du DIM de territoire, tel que le prévoit la loi, doit entre autres :

- participer à l'analyse médico-économique des données médicales afin de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties, et du PMP ;

¹⁶ Projet stratégique 2017-2019. Direction générale de la santé. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_strategique_dgs.pdf

- contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au GHT.

Le DIM de territoire se substitue aux DIM des établissements parties au GHT. Le médecin responsable du DIM de territoire participe au comité stratégique et au collège médical, contribuant ainsi à la stratégie et au projet médical du territoire.

L'analyse des données médicales dans le cadre des GHT porte tout naturellement sur l'ensemble des données du SIH, la loi imposant de surcroît une convergence des SIH des établissements parties au GHT. Le DIM de territoire doit contribuer, dans ce cadre, à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients. Les données du SIH sont constituées des données médico-administratives de la base du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) tous champs confondus, médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et HAD mais également d'autres données du SIH comme les bases de prescriptions médicamenteuses, de résultats d'analyses de biologie, des infections associées aux soins, d'hémovigilance, de données administratives (indicateurs sociodémographiques), etc. La mise en place des GHT est une opportunité forte pour mettre en commun les différentes bases de données hospitalières à la dimension d'un territoire.

L'information médicale et/ou médico-administrative apporte un éclairage partiel des besoins de santé de la population, plus précisément sous l'angle de l'offre de soins et de l'analyse des maladies prises en charge.

L'utilisation des données du SI des établissements permet :

- la caractérisation du territoire et sa patientèle, même si les frontières du territoire concerné sont mal définies ;
- la caractérisation de l'offre de soins actuelle dans ses dimensions capacitaires, d'autorisations d'activité, d'équipements, de type de patients pris en charge (éventail des cas), etc. ;
- l'analyse des parts de marché, notamment sur les filières retenues dans le PMP (taux de fuite sur les filières, positionnement de la concurrence, évolution dans le temps) ;
- l'analyse des parcours de patients et de la gradation des soins (recours, référence).

Le GHT, et la constitution du DIM de territoire ouvrent également la perspective d'un accès aux données de santé, au-delà des données hospitalières (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) dans un premier temps). Le DIM de territoire est positionné en acteur essentiel dans l'analyse de ces données de santé. L'utilisation des données des SI pour fragmenter les actions de santé publique en définissant des « infraterritoires » et la structuration des données hospitalières en entrepôts de données pourrait faciliter leur utilisation et envisager des interfaces avec d'autres bases de données extérieures aux établissements de santé. Le DIM de territoire a ainsi toute sa place dans l'analyse stratégique des données et dans la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients.

Le DIM de territoire est associé à la mise en œuvre de la convergence des SIH et du développement du dossier médical partagé (DMP) dans le cadre des GHT. « En effet, la stratégie SI du GHT s'inscrit dans un contexte national caractérisé par des programmes nationaux (programme Hôpital numérique, DMP), des exigences (certification des comptes des établissements publics de santé, certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé) et la mise en place de référentiels nationaux à intégrer dont notamment la politique générale de sécurité des systèmes d'information »¹⁷.

¹⁷ Guide méthodologique stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT, DGOS.

4.1.2 Parcours de santé : une intention à transformer en pratique

Les objectifs de la Stratégie nationale de santé (SNS) tels que rappelés dans le décret du 28 novembre 2016 donnent aux GHT les fondements suivants :

- diminuer les inégalités d'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins : chaque GHT est conçu et mis en place dans un territoire de santé dont la taille doit correspondre à une distance acceptable pour les patients et les professionnels, et un nombre de bénéficiaires variant de 300 000 à 600 000 personnes ;
- éviter les pertes de chances dans les parcours de soins et/ou à l'accès aux soins les plus performants. Les GHT ont vocation à améliorer l'accessibilité aux soins, tout en poursuivant l'objectif de gradation des soins dispensés aux patients. En effet, la logique d'organisation des institutions ne va pas toujours de pair avec celle des professionnels du secteur libéral, créant des tensions sont inévitables. Par ailleurs, le choix de la proximité n'est pas toujours la meilleure réponse et chaque situation devrait être étudiée au cas par cas.

La mise en place des GHT repose sur l'organisation de la gradation des soins hospitaliers et le développement des stratégies médicales et soignantes au niveau d'un territoire. Pour contribuer à des parcours de soins performants, cette mise en place doit prendre en compte les autres temps de la prise en charge et donc les autres acteurs dont ceux du premier recours, de l'HAD ou des soins de proximité avec les hôpitaux de proximité¹⁸.

Le premier recours, repose soit sur des dispositifs communs (santé, social, éducatif, associations, etc..), soit sur une offre des professionnels. Ces professionnels doivent donc être pris en compte dans l'élaboration des PMP et dans l'organisation des parcours de soins sur un territoire, même si les liens entre ces acteurs et les acteurs hospitaliers sont souvent peu développés.

L'HAD constitue un passage de plus en plus fréquent pour un nombre important de patients pris en charge dans les structures hospitalières. Les études ou essais n'ont pu démontrer que l'HAD constituait une alternative moins coûteuse que la prise en charge à l'hôpital ou que l'état de santé était amélioré par rapport à une prise en charge hospitalière. Cependant, les patients pris en charge à domicile sont généralement plus satisfaits que ceux traités en hospitalisation classique. Le point de vue des professionnels de santé est plus nuancé. La mise en place des GHT doit donc être l'occasion de mieux articuler la prise en charge en HAD avec la prise en charge hospitalière dans un parcours de soins coordonné (recommandation HAS 2009).

Les hôpitaux de proximité constituent un autre lieu important de la prise en charge notamment dans les territoires éloignés des grandes agglomérations et des centres de référence (préconisation HAS 2009). Début 2017, il existe en France 341 hôpitaux locaux. Ces établissements développent des activités médico-sociales et dispensent des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité. Ils disposent de services de médecine et de SSR, et ont développé des coopérations avec des services de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD...) ; ils sont également des lieux de vie pour les personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité. Ils constituent aussi des lieux de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Leur activité repose en effet sur des médecins généralistes libéraux. Lorsqu'il existe une organisation des soins graduée, l'hôpital de proximité constitue le premier niveau de prise en charge dans le cadre d'une filière de soins développant des missions sanitaires et médicosociales. Ces hôpitaux de proximité contribuent ainsi au maillage du territoire. Dans d'autres cas, l'accent est mis sur les activités d'hébergement et médicosociales de l'hôpital de proximité. Des consultations d'alcoologie, de surveillance de la grossesse et de préparation à la naissance, et des prises en charge des populations en situation de

¹⁸ La réforme des hôpitaux de proximité. Guide méthodologique de la DGOS.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf

précarité complètent l'offre de soins apportées par ces hôpitaux de proximité. Ces établissements, intégrés maintenant dans des GHT au côté d'établissements de référence, devraient être considérés comme des lieux majeurs de la collaboration entre les secteurs libéraux et hospitaliers et à ce titre, comme des lieux d'ouverture du secteur hospitalier et donc des GHT vers les médecins généralistes.

4.1.3 Inégalités d'accès aux soins : un enjeu pour les GHT

La réduction des inégalités d'accès aux soins sur un territoire est un objectif majeur des GHT. Elle nécessite d'allier les compétences des professionnels et la proximité des lieux de recours.

À cette fin les GHT doivent s'ouvrir et intégrer le développement des nouveaux modes de prise en charge : médecine ambulatoire et chirurgie ambulatoire, télé médecine, HAD, relais par les hôpitaux de proximité, maisons médicales, spécialistes hors les murs hospitaliers, etc., et prendre en compte leur rôle de passerelle entre les soins de premiers recours, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers.

Choisir de renforcer les soins ambulatoires et diminuer le temps d'hospitalisation à leur profit nécessitent d'en définir précisément le périmètre. La réorganisation intra et extrahospitalière en termes de plateau technique, de qualification des personnels, de permanences des soins ne suffit pas. Ainsi, la chirurgie ambulatoire (dont 70 % seraient actuellement assurés par le secteur privé), ne mobilise pas les mêmes moyens que les soins pour des malades chroniques. La réorientation vers ces soins implique de nouveaux partenariats entre le secteur public et le secteur privé et, en ce qui concerne les soins à domicile, des collaborations indispensables avec les services sociaux.

Il s'agit aussi de coordonner les parcours de santé des patients fragiles, de rendre les soins de premier recours plus accessibles, d'assurer des partenariats entre les professionnels libéraux de la ville et le secteur social mais aussi de proposer des soins préventifs dans des situations locales, ce qui peut nécessiter le transfert de certaines prises en charge de la ville et de l'hôpital.

Il faut noter que dès 1996 des modèles d'organisation de la prise en charge des malades chroniques sont à l'origine d'outils d'aide à la décision des professionnels et à l'autogestion de la maladie par les patients en développant des équipes pluriprofessionnelles, des SI évaluatifs et en préconisant la mobilisation de travailleurs sociaux et de groupes d'auto-support de patients, en complément ou en relais des professionnels de santé (Beaulieu 2003, IRDES 2007).

L'accessibilité territoriale pèse également sur les disparités de recours aux soins ambulatoires. On peut mesurer les distances parcourues par les patients recourant aux soins avec 3 indicateurs : le temps d'accès par la route exprimé en minutes entre la commune de résidence du patient et la commune d'exercice du professionnel de santé le plus proche ; l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui traduit la disponibilité de l'offre communale et le zonage en aires urbaines (ZAU) qui décrit le territoire selon le degré d'influence des villes¹⁹.

Le PMP des GHT doit apporter la garantie que l'offre de soins correspond aux besoins de l'ensemble de la population du territoire, tenant compte de la géographie et des différences sociales, et doit traduire une « stratégie de groupe » impliquant l'ensemble des équipes médicales, des élus et de représentants d'usagers pour organiser la gradation des soins sur le territoire. Toutefois, dans certains contextes, on peut craindre un éclatement géographique des activités avec un recul de la proximité □ au bénéfice de centres hospitaliers de référence sur un territoire. Ces partenariats peuvent rendre difficile le choix de leur parcours de soins par les patients. Ainsi, les structures sont parfois mixtes avec un passage quasi oblige □ en secteur 2 avec dépassements d'honoraires pour certains actes. Il faut être en mesure d'apprécier les restes à charge pour les patients.

L'existence, mais surtout, la persistance relativement importante dans le temps des restes à charge provenant de soins ambulatoires mettent en évidence la nécessité de bien identifier les populations

¹⁹Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins Questions d'économie de la santé Irdes n° 219. Juin 2016 Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. (Irdes). Avec la collaboration de Coldefy M. (Irdes)

les plus vulnérables afin d'ajuster au mieux les dispositifs de prise en charge. Parmi les personnes supportant des restes à charge élevés, 4 sur 10 souffrent de problèmes de santé chroniques ou ont subi au moins une hospitalisation au cours de l'année²⁰. Mais entre la ville et l'hôpital, ces taux de restes à charge, mesurés par l'indice de Kakwhani dans l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes²¹ sont inégalement répartis.

4.1.4 Les difficultés de la territorialisation de la santé

La discordance entre les différentes phases de territorialisation souligne les difficultés de la dynamique de régulation des partenariats une fois la cartographie des territoires de démographie sanitaire établie. À titre d'exemple, le zonage à l'échelle départementale des futurs conseils territoriaux de santé ne correspondra pas forcément à celui des autorisations d'utilisation de matériel lourd dans les GHT. Ou encore, certaines mesures seront antagonistes. Par exemple, la redistribution de l'offre risque de majorer les transports sanitaires donc les coûts, au détriment de la mutualisation des moyens.

Cohérent avec le processus de décentralisation administrative engagé depuis la loi HPST, le choix d'une gestion de proximité pourrait aussi satisfaire la maîtrise des dépenses de santé en sollicitant des régulateurs plus efficaces à l'échelon local. Toutefois, dans le contexte français, il existe un risque accru de dérive des dépenses publiques lié à ce mouvement.

Cette difficulté de mise en œuvre de la territorialisation de la santé se retrouve dans le phasage de l'élaboration des différents projets. Les conseils territoriaux de santé qui contribuent à l'élaboration du PRS 2, au moyen de diagnostics territoriaux, doivent être mis en place début 2017. Les GHT doivent être finalisés pour le 1er juillet 2017 et ce, indépendamment des orientations des futurs PRS qui pourraient n'être connues qu'en décembre 2018, comme souhaité par la Conférence nationale de santé (CNS).

4.1.5 Un cas particulier : la psychiatrie

L'article 69 de la LMSS fait une distinction entre « *la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale.* »

Les définitions respectives des champs couverts par la psychiatrie et par la santé mentale sont très importantes car, en leur absence, le système dédié à la psychiatrie ne peut pas jouer son rôle si ses ressources sont dédiées à la santé mentale. Nous avons proposé des définitions opérationnelles du « besoin de santé mentale » et du « besoin de psychiatrie » dont les volumes populationnels respectifs sont très différents: entre 20 % à 15 % de la population adulte ou infanto-juvénile souffre de mal-être ou de détresse psychologique et présente des symptômes légers ou modérés; entre 8 % et 7 % de ces populations présentent des troubles sévères nécessitant au moins une évaluation par le système spécialisé en psychiatrie et environ 3 % des soins spécialisés en psychiatrie.

De nombreux systèmes de soins sont basés sur une approche par niveaux telle que l'approche britannique (National Institute for Health and Clinical Excellence : NICE) pour les troubles de santé mentale et de psychiatrie que l'Assurance maladie propose d'adapter pour une expérimentation : interventions de premier niveau par le médecin généraliste, de faible intensité par des ressources auto-administrées, interventions de troisième niveau par des spécialistes de santé mentale non médecins suivis d'un quatrième niveau de soins spécialisés : la psychiatrie ou la pédopsychiatrie. Ces approches graduées sont essentielles pour mieux utiliser les ressources spécialisées. Cependant elles impliquent une évaluation pour orienter le patient suivant les niveaux ; évaluation qui devrait

²⁰ Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps High Out-Of-Pocket Payments: Beneficiaries' Profiles and Persistence Over Time. Questions d'économie de la santé Irdes n° 217. Avril 2016. Franc C. (Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations, Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, UVSQ, CESP, Inserm U1018, Villejuif, Irdes), Pierre A. (Irdes).

²¹ Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2010 : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

être faite par le médecin généraliste ou le pédiatre à condition qu'il soit formé pour ce faire et que le système spécialisé lui vienne en appui en tant que de besoin ce qui a été et continue à être proposé par les nombreux plans et avis qui concernent le domaine.

Les soins de psychiatrie publique sont organisés sur la base territoriale du secteur mis en place depuis 1960 par une circulaire inaugurale puis en 1985 par une loi autorisant une fusion des budgets intra et extrahospitaliers permettant de développer le champ extrahospitalier et de diminuer le nombre de lits de psychiatrie.

Initialement la taille proposée a été de 200 000 habitants subdivisée en trois sous-secteurs de 70 000 habitants qui finalement ont constitué la taille de mise en place effective des secteurs. Selon les données disponibles, la psychiatrie comprend 830 secteurs adultes, 320 secteurs infanto-juvéniles et 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la psychiatrie sectorisée est rattachée suivant les cas aux hôpitaux publics ou privés participant au service public (ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif). Parmi eux, 34 % des secteurs adultes et 41 % des secteurs infanto-juvéniles dépendent d'hôpitaux non spécialisés en psychiatrie. La population desservie par les secteurs de psychiatrie adulte, est en moyenne de 72 000 habitants avec d'importantes variations allant de 20 000 habitants à 170 000 habitants. Pour les enfants, pour une moyenne de 49 000 habitants âgés de moins de 20 ans, on enregistre des variations de moins de 40 000 habitants à plus de 55 000 habitants (Coldefy, 2003 ; Guilmin, 21 mai 2000).

La question de la taille des populations desservie est essentielle ; la loi HPST a établi des territoires de santé le plus souvent délimités par les départements recouvrant plusieurs secteurs considérés alors comme le découpage des soins de proximité. La taille des GHT d'environ 500 000 habitants recouvre un territoire moins vaste mais correspond à plusieurs secteurs dont elle ne suit pas toujours le découpage. Ces secteurs sont rattachés à des hôpitaux spécialisés en psychiatrie ou généraux dont l'organisation en GHT ne prend pas forcément en compte l'architecture.

Le rattachement de plusieurs secteurs à une même entité hospitalière et l'émergence de besoins spécifiques, ont conduit les secteurs à se regrouper pour gérer des problématiques qui ne pouvaient pas être traitées sur une population de 70 000 habitants. Ils ont ainsi mis en place des « dispositifs intersectoriels » spécialisés en alcoologie, psychiatrie des adolescents, géronto-psychiatrie ou autres problématiques pour lesquelles la taille de la population de recrutement dépassait la taille du secteur. Des établissements ont aussi mutualisé leurs lits d'hospitalisation tout en conservant la sectorisation des dispositifs extrahospitaliers. Ainsi, des coopérations entre secteurs existent tout en conservant les définitions des secteurs et au moins une grande partie de leurs moyens humains et matériels.

Par ailleurs les données démographiques évoluent au cours du temps, certains secteurs se dépeuplant et d'autres se peuplant mais les adaptations sont difficiles à mettre en place et il est bien difficile de créer ou de supprimer un secteur, et de retirer les moyens de l'un pour les déployer vers un autre.

Les relations des secteurs psychiatriques avec le milieu environnant sont variables. Dans certains secteurs les conseils de santé mentale sont très anciens et effectifs et ils associent tous les partenaires dont les élus. Dans d'autres cas, le secteur est plus fermé sur lui-même. D'une façon générale, les enquêtes de population montrent que le secteur est mal connu des médecins généralistes et du public. La relative chronicité des problèmes de psychiatrie et la fréquence des ruptures de soins, aux conséquences pénalisantes pour le patient et son entourage, ont suscité des propositions visant à organiser un parcours de soin psychiatrique éventuellement supervisé par un responsable de ce suivi formé pour ce faire quelque soit sa profession d'origine. Ceci d'autant que les ruptures de soins conduisent les patients dans le circuit des urgences qu'on souhaite autant que faire se peut éviter.

L'influence grandissante des associations de patients et de familles de patients et le concept de « rétablissement » conduit à une posture beaucoup plus active et participative de ces acteurs par exemple par les groupes d'entraide mutuelle (GEM) avec lesquels le secteur doit collaborer.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM)

Le PTSM a été mis en place pour faciliter le parcours de l'utilisateur, en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans ce parcours : médecins généralistes, familles et proches, psychiatrie de secteur et psychiatrie privée, associations d'utilisateurs, élus locaux, pédiatres, infirmiers libéraux, enseignants et éducateurs, professionnels du social et du médico-social, de la police et de la justice, des services d'urgence hospitalière et de soins somatiques, d'aide à l'enfance et d'aide au logement, de l'insertion professionnelle et des entreprises.

Les territoires de santé mentale devront être définis de manière à couvrir l'ensemble du territoire régional et suffisamment étendus pour rassembler tous les acteurs susceptibles d'y contribuer ainsi que l'ensemble des modalités techniques permettant un repérage précoce et des prises en charge diversifiées, tant en matière de soins que d'accompagnement à l'insertion. Ils constitueront un espace de coordination territoriale de second niveau, au delà des offres de soins et d'accompagnement déployées en proximité des populations (y compris par les professionnels de premier recours et la psychiatrie de secteur).

Ces espaces de démocratie en santé qui associent également les élus et les usagers, et dont les ARS devront s'assurer de la réelle vitalité, feront l'objet de constats partagés appelés diagnostics territoriaux partagés en santé mentale (DTSM) destinés à en repérer les lacunes et à définir des actions prioritaires de changement.

4.1.6 La qualité des soins et la sécurité des patients au sein des établissements de santé : une contribution majeure des GHT

Le paysage et la dynamique de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, et plus généralement l'amélioration de la qualité des soins ont considérablement progressé en France, notamment à la faveur de :

- l'introduction d'une certification périodique obligatoire des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- la mise en place de multiples dispositifs réglementaires de vigilance sanitaire, et leur coordination au sein des établissements ;
- l'obligation réglementaire de désigner un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé²² ;
- l'obligation réglementaire du recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, objet d'une diffusion publique depuis 2009 avec 79 indicateurs, recueillis en alternance et répartis en grands thèmes²³.
- la mise en œuvre de l'accréditation des médecins et des équipes médicales exerçant une spécialité ou une activité à risque par la HAS ;

De son côté, le HCSP a pris l'initiative d'une réflexion à caractère général sur la sécurité des patients, dans un rapport plaçant pour une politique de sécurité des patients « globale et intégrée »²⁴, c'est-à-dire couvrant tous les risques et prenant appui sur l'organisation des soins et les acteurs concernés, dont les patients.

²² [Décret 2010-1408 du 12 novembre 2010](#) relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

²³ Infections associées aux soins, dossier patient, dossier d'anesthésie, réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, satisfaction des patients hospitalisés, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie post-accouchement, hémodialyse chronique, Prise en charge préopératoire minimale dans la chirurgie de l'obésité chez l'adulte.

²⁴ Haut Conseil de la santé publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. Principes et préconisations. Collection Avis et Rapports. 61 p. Novembre 2011.

Deux ans plus tard, un Programme national pour la sécurité des patients 2013 - 2017 sous l'égide de la DGOS, de la DGS en partenariat avec la HAS développait quatre axes d'actions autour de l'information des patients, des déclarations des événements indésirables associés aux soins, de la formation et d'une « culture de la sécurité », et enfin en termes d'innovation et de recherche²⁵.

Dans ce contexte, une mission nouvelle a été confiée par voie réglementaire aux CME, l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, « *la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter la iatrogénie et les autres événements indésirables associés aux activités de l'établissement* (...) »²⁶, politique structurée de façon transversale par un programme d'actions prenant en compte les bilans d'analyse des événements indésirables, et comportant un suivi annuel²⁷.

Ainsi chaque établissement est contraint d'élaborer et de suivre un important dispositif, supportant de nombreuses procédures internes, mobilisant des ressources spécifiques, sous forme d'équipes opérationnelles, mais aussi de temps de professionnels au sein des équipes de soins.

4.1.7 L'éducation thérapeutique du patient : une prévention encore largement hospitalière

L'organisation de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été formalisée par la loi HPST. Développés grâce à la mise en place d'unités de ressources en éducation thérapeutique (unité transversale d'éducation du patient : UTEP) principalement dans les CHU et certains centres hospitaliers non universitaires importants, les programmes d'ETP s'adressent à une partie limitée de la population d'un territoire. Leurs modes de rémunération particuliers en l'absence de tarification, les procédures de validation obligatoire par l'ARS et la nécessité d'une formation lourde (40 heures) des personnels impliqués dans les programmes limitent, de fait, la mise en œuvre de programmes d'ETP à quelques établissements sur un territoire, alors qu'ils constituent dans beaucoup de pays un élément essentiel de la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques. La mise en œuvre des GHT doit être l'occasion de permettre à un nombre plus important de patients d'un territoire d'accéder à des programmes d'ETP²⁸.

Cet accès suppose de mettre en place une démarche commune au sein du GHT. Cette démarche peut être décrite succinctement de la façon suivante :

- Identifier au sein du GHT des ressources/programmes d'ETP existants, nombre de programmes, existence d'une UTEP...
- Identifier les interactions existantes ou possibles entre les établissements du GHT permettant une mutualisation de programmes mis en œuvre dans des établissements différents ou de programmes de formation commun en éducation thérapeutique pour les professionnels de santé.
- Identifier les interactions possibles avec les associations de patients ou les professionnels libéraux dans les programmes d'ETP en place dans le GHT.

L'enjeu des GHT est donc de permettre à tous les patients pris en charge pour des maladies chroniques dans un territoire d'accéder à des programmes d'ETP, validés, développés et administrés dans certains des établissements du GHT. De la même façon, il sera nécessaire d'envisager des formations de professionnels de santé au sein du GHT pour les impliquer largement dans des programmes d'ETP.

²⁵ DGOS, DGS, HAS. Programme national pour la sécurité des patients 2013 - 2017. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

²⁶ Décret 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

²⁷ Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret N° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

²⁸ Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique des patients 2010-2014 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>

4.1.8 Les actions de prévention : une activité souvent peu développée dans le secteur hospitalier

Les établissements publics de santé sont pour certains d'entre eux déjà impliqués dans des actions de prévention autres que la prévention tertiaire (cf. exemple en supra). Des programmes peuvent avoir été développés avec des acteurs locaux, ou des praticiens peuvent être impliqués dans des actions de prévention sur un territoire comme par exemple les contrats locaux de santé. Toutefois, les établissements de santé n'ont souvent pas la connaissance de leur implication dans la promotion de la santé ou la prévention, qu'il s'agisse de la prévention primaire ou du dépistage, cette implication ne donnant le plus souvent pas lieu à des conventions, et reposant sur des individus plutôt que sur un engagement institutionnel.

Connaître l'implication des établissements du GHT dans des actions de santé publique est la première étape nécessaire pour permettre la reconnaissance des établissements de santé comme des acteurs de la santé de la population d'un territoire.

Il est proposé de :

- identifier au sein du GHT les ressources/programmes disponibles pour la prévention des facteurs de risque (tabacologie, addictologie, etc....),
- identifier au sein du GHT les actions de prévention primaire menées avec les acteurs locaux (ateliers santé ville (ASV), contrats locaux de santé....).

Pour la prévention secondaire (dépistage), les établissements de santé sont souvent impliqués dans différentes actions, qu'il s'agisse de la réalisation des dépistages, de la gestion de centres de dépistage ou d'actions de promotion des dépistages réalisées souvent à la demande d'autres acteurs locaux. Le recensement systématique permettrait d'identifier et de mieux valoriser le rôle d'acteurs de la prévention des établissements hospitaliers.

Ainsi les GHT pourraient :

- identifier les acteurs du GHT impliqués dans des actions de promotion du dépistage : gestion ou implication dans des structures de dépistage (toutes pathologies),
- identifier les structures pratiquant du dépistage : services de radiologie, centres de dépistage, etc.
- quantifier l'activité de promotion des dépistages et la contribution du GHT aux politiques territoriales de dépistage.

Au total, la mise en place des GHT peut être l'occasion de mieux reconnaître le rôle des établissements de santé dans les actions de prévention développées sur un territoire et ce, le plus souvent, en lien étroit avec des acteurs locaux de la santé publique. Le maillage du territoire par les différents acteurs est une des conditions du développement d'une politique de santé publique dans les différents territoires. Les établissements hospitaliers peuvent, sur la base de ce qui est déjà réalisé, jouer pleinement leur rôle.

4.1.9 Compétences et ressources dans les territoires

Les GHT ont été créés dans le courant de l'année 2016, et leurs PMP sont en cours d'élaboration. En octobre 2016, des fiches repères ont été publiées par l'ANAP²⁹ dans lesquelles, la nécessité d'adapter l'offre aux besoins identifiés sur le territoire, de tenir compte de leur évolution et de rester en capacité d'intégrer les ressources et les compétences spécifiques du secteur est rappelée.

Le changement démographique (vieillesse) et sociologique (distanciation des liens familiaux) des populations justifiant l'évolution de l'organisation du service public hospitalier n'est pas immédiatement intégré par les acteurs. La résistance au changement risque d'expliquer les difficultés qui seront observées lorsqu'une nouvelle cartographie des filières de soins sera proposée. Le risque sera alors de mettre au second plan l'analyse des ressources humaines et de leur gestion plus complexe dans le cadre nouveau que constitueront les GHT. L'existence de plusieurs lieux d'exercice simultanés, la diversification des catégories professionnelles concernées, les modifications des conditions de travail, en particulier des rythmes des activités constitueront autant d'écueils à la mise en place des GHT.

Toutefois, les nécessaires modifications de l'offre de soins ne doivent pas faire perdre de vue l'objectif confié aux GHT de répondre aux besoins de santé des populations, en particulier les plus fragiles, comme le rappelle le HCSP dans son communiqué du 24 octobre 2016³⁰ « *L'amélioration de la santé des populations doit en effet mobiliser tous les acteurs sur des problématiques comme les inégalités d'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins, les pertes de chances dans les parcours de soins ou l'accès à l'innovation* ».

Le maintien d'une offre active de proximité est un enjeu compte-tenu du périmètre des GHT. L'ANAP oriente les communautés professionnelles territoriales de santé vers un contrat territorial de santé complémentaire du contrat local de santé. Les collectivités territoriales devraient entrer dans une démarche de partenariat et de coopération, avec les ARS, les professionnels de santé et l'ensemble des structures œuvrant sur le territoire, selon des modalités proches d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Chaque territoire ayant des expériences et des ressources différentes, il conviendrait de capitaliser l'expérience participative du type de celle des ASV qui collaborent déjà avec les contrats locaux de santé afin de favoriser la mobilisation des acteurs, leur pluralité et la remontée des besoins des habitants auprès des décideurs et des électeurs.

4.1.10 Formation des différents personnels des GHT

En octobre 2016, dans un « plan d'accompagnement à la mise en place des GHT à destination des établissements parties », la DGOS propose aux équipes de direction un accompagnement professionnel collectif de codéveloppement, aux praticiens hospitaliers et aux membres des équipes. Un accompagnement individuel et un accompagnement opérationnel pour la définition des schémas directeurs et les SI sont aussi proposés, comme les ressources pédagogiques des instituts spécialisés (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, ANFH, École des Hautes études en santé publique : EHESP, ANAP). Ce plan vient en appui des accompagnements régionaux mis en place par les ARS.

Ces formations spécifiques tiennent compte de l'impact sur les métiers des nouvelles coopérations et coordinations. Selon les cas, l'accent est mis sur la partie diagnostic ou la partie déploiement. L'analyse médicoéconomique et l'aide au développement professionnel sont également prévues dans cet accompagnement.

²⁹ Élaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/>

³⁰ Communiqué : Développer la santé publique dans les groupements hospitaliers de territoire. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=579>

La FHF a également élaboré un certain nombre de fiches repères pour la mise en œuvre des GHT. Les fiches 4 à 6 s'adressent aux professionnels médicaux et paramédicaux. Il y est précisé que la politique de formation commune à l'ensemble des établissements du GHT doit être présentée à la Conférence Territoriale du Dialogue Social et être déclinée avec des actions prioritaires et communes au GHT. Dans le but d'harmoniser les politiques de formation des différents établissements, certaines rencontres formelles et des garanties d'équité de traitement sont préconisées. Chemin faisant, lors de leur mise en route, il appartiendra à chaque GHT de réévaluer ses besoins en formation.

Si le cadre administratif de ces plans de formation est bien envisagé dans le champ de la formation professionnelle continue médicale et non médicale, il est recommandé de maintenir à chaque niveau, un lien avec les ressources pédagogiques des équipes universitaires des établissements faisant partie des GHT.

4.2 GHT : des limites à prendre en compte dans une perspective de santé publique

Le décret constitutif des GHT³¹ explicite les différentes activités concernées par chaque filière de soins, telles qu'elles doivent être construites dans le cadre du PMP : cette liste, à vocation exhaustive (article R. 6132-3 du Code de la santé publique), est restreinte à des formes de prise en charge hospitalière et à des ressources (plateau technique, biologie ou imagerie par exemple). Aucune mention de prises en charge de ville n'y figure (hors HAD), pas plus que des activités de prévention primaire, ou de dépistage.

De même, dans le document de l'ANAP consacré à l'élaboration des PMP³², qui sert de guide à la plupart des projets en cours de rédaction, un ensemble de fiches pratiques fixe le contenu attendu des filières et les modalités de leur construction. Le processus décrit ne comporte aucune composante relevant des soins de premier recours, et encore moins d'activités de prévention, *a fortiori* de promotion de la santé, ni en amont, ni en aval de l'hospitalisation.

A contrario, certaines activités relevant du champ de la santé publique, comme la sécurité des patients ou l'ETP, figurent bien au cahier des charges des GHT.

Cette place quasi exclusive des soins curatifs dans les GHT, même si elle correspond à l'état des lieux, n'est pas incompatible avec un développement futur d'activités relevant de la santé publique dans les GHT. Les travaux de prospective hospitalière ne vont pas dans ce sens ; ainsi le récent rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie³³ (HCAAM), sur la transformation attendue du système de santé en France dans les 15 prochaines années insiste au contraire sur la concentration des actions de promotion de la santé et de prévention dans les soins de premier recours, tandis que les établissements de santé se concentreraient sur les prises en charge médicales lourdes ou spécialisées.

4.2.1 Une solution incomplète à la question de la coordination des soins

Les parcours de santé³⁴ désignent la succession des prises en charge d'un même patient par de multiples intervenants sanitaires ou sociaux, en ville ou dans des établissements de santé ou médico-sociaux. La définition d'un parcours se fait donc en référence au patient. La construction de tels parcours cohérents, sans rupture de continuité, est une orientation forte de la loi du 26 janvier 2016.

Les filières de soins désignent une structuration de l'offre de soins, dans un établissement ou un groupe d'établissements, destinée à prendre en charge spécifiquement des patients ayant un point commun, définis par un type d'affection (par exemple la filière cancers) ou un profil (par exemple la

³¹ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

³² ANAP. Élaborer un projet médical partagé – Fiches repères. Octobre 2016. 56 p.

³³ HCAAM. Innovation et système de santé Rapport 2016 Tome I, page 91.

³⁴ Actualité et dossier en santé publique 2014 n° 88 Parcours de santé : enjeux et perspectives.

filière gériatrique). La définition de filières de soins se fait donc en référence aux professionnels et aux établissements qui la constituent. La mise en place de filières de soins est un objectif central des GHT.

La description-type des filières de soins, telle qu'elle est détaillée par l'ANAP, est restreinte à la phase immédiatement en amont de l'hospitalisation, à la phase d'hospitalisation elle-même et enfin à la phase immédiatement en aval de l'hospitalisation. Autrement dit, la fréquentation d'une filière de soins ne correspond qu'à une durée très limitée du parcours de santé des patients. Peu d'informations descriptives sont disponibles sur les parcours de santé, mais la DREES met régulièrement à jour des données d'activité hospitalière³⁵ qui mettent en perspective les recours hospitaliers consécutifs des patients au cours du temps. En 2014, 68 % des patients ayant été hospitalisés ne l'ont été qu'une seule fois, et chez ceux ayant eu plusieurs hospitalisations, la médiane des séjours en 2014 était de 2. De ce fait, compte-tenu des durées de séjours brèves observées aujourd'hui (5,7 jours en hospitalisation complète), le temps d'hospitalisation ne représente qu'une part infime du parcours des patients, même s'il s'agit évidemment d'un événement significatif.

Ainsi la structuration même forte d'une filière, et la cohérence qui en résulte pour la prise en charge des patients, ne peuvent répondre à la question plus générale de la coordination des soins tout au long d'un parcours. On peut comprendre que des alternatives soient recherchées pour assurer cette coordination, qui apparaît comme un enjeu majeur des systèmes de santé ; le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) consacré à ce sujet³⁶ met en avant le rôle du médecin traitant pour cette coordination des soins. Dans le même esprit, le décret mettant en place les PTA aux professionnels pour la coordination des parcours complexes donne « une *priorité (...) aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé* »³⁷ (Art. D. 6327-5-I).

En définitive, l'insertion d'actions de santé publique dans des parcours de santé implique un effort de coordination que les GHT auront peu de possibilité de maîtriser, faute d'intégrer les principaux acteurs en charge de cette coordination.

4.2.2 Un système d'information en voie de cohérence mais restreint aux établissements publics

La construction de parcours de santé répondant efficacement aux besoins des patients relève du champ de la santé publique ; la bonne coordination de ces parcours (cf. supra) est un élément important de cette construction, mais la disponibilité d'un SI venant en appui de ces parcours est une autre condition essentielle.

À cet égard, la mise en place d'un SI commun aux établissements parties constitue un objectif majeur des GHT. Cette mise en place, inscrite dans une stratégie pluriannuelle de « convergence » entre établissements dont l'aboutissement est estimé en 2021, est de « *permettre aux professionnels de santé amenés à intervenir sur plusieurs sites du GHT d'avoir, non seulement une vision transversale des informations du dossier patient, mais surtout de bénéficier d'une uniformité des logiciels sur l'ensemble du GHT, facilitant l'accès aux données et l'utilisation des outils au quotidien.* »³⁸. Ce SI n'est guère partagé qu'entre les établissements parties des GHT. La question cruciale de l'identification des patients n'est envisagée qu'entre eux, impliquant qu'un même patient aura de multiples identifiants tout au long de son parcours de santé. Ce périmètre restreint, conforté par sa gestion par le seul établissement support, s'explique par la contrainte pressante des

³⁵ DREES. Panorama des établissements de santé 2016. Chapitre 25 p. 128.

³⁶ P Blanchard L Esloüs et I Yeni. Évaluation de la coordination d'appui aux soins Rapport IGAS 2014-010R.

³⁷ Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

³⁸ DGOS - Guide méthodologique Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT juillet 2016 132 p.

établissements du GHT de répondre aux besoins de communication et d'échanges entre eux, ce d'autant que le GHT implique un plateau technique commun (imagerie, laboratoires) et des filières de soins communes. Ce système est donc prioritairement consacré à la production de soins cliniques et médico-techniques au sein du GHT, à des fonctions support et au pilotage médico-économique du GHT.

Toutefois, la question de l'interface avec les acteurs du territoire est envisagée comme un développement souhaitable des SI des GHT (Fiche 2.3.9), notamment les autres établissements partenaires, la médecine de ville, la PTA en charge de la coordination des parcours, les structures médico-sociales et sociales. Cette interface est d'abord envisagée comme un outil de communication (envoi des comptes rendus d'hospitalisation puis des lettres de liaison vers les correspondants du GHT au moyen d'une messagerie sécurisée) ; la nécessaire compatibilité du SI du GHT avec le DMP pour les processus d'alimentation et de consultation est évidemment soulignée ; cette interface permettrait de proposer un portail de services destiné aux professionnels de santé du territoire. Elle n'est donc pas conçue comme un véritable SI partagé par l'ensemble des professionnels intervenant dans le parcours de santé du patient.

4.2.3 Des instances du GHT trop peu tournées vers les professionnels de santé du territoire, les élus et les usagers pour une prise en compte efficace de l'approche populationnelle

La mise en place des GHT s'est évidemment accompagnée de la création d'instances propres, destinées à assurer la gouvernance des GHT, ou la concertation entre les principaux acteurs représentant les établissements parties :

- Un comité stratégique (Article L. 6132-2 du code de la santé publique) ;
- Un collège médical ou une commission médicale de groupement (Art. R. 6132-10 du code de la santé publique) ;
- Une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement (Art. R. 6132-12 du code de la santé publique) ;
- Une conférence territoriale de dialogue social (Art. R. 6132-14 du code de la santé publique).

Ces instances sont composées pour l'essentiel de responsables et de professionnels exerçant dans les établissements publics de santé partie du GHT. Un premier constat porte sur l'absence, dans ces différentes instances, des professionnels de santé du premier recours, en particulier les médecins traitants, et les médecins spécialistes de ville concernés par les filières mises en place dans les GHT. Il apparaît donc que ces professionnels, qui sont impliqués dans la plus grande partie des parcours de santé des patients (voir 2.2.3), ne sont pas représentés dans les GHT. On mesure bien là l'écart entre filières de soins (« cœur de cible » des GHT) et parcours de santé (impliquant bien plus largement les professionnels de ville). Cette absence de représentation pourrait bien constituer un obstacle non négligeable au développement d'un partenariat des GHT avec les professionnels assurant la prise en charge des patients en amont et en aval de l'hospitalisation, et fixer des limites très courtes aux filières de soins pilotées par les GHT au sein des parcours de santé.

Le comité territorial des élus locaux (Art. R. 6132-13. I) est une instance chargée d'évaluer les actions mises en oeuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. Il réunit des élus locaux (maires des communes sièges des établissements parties, élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties). Les élus seront donc représentés au sein des GHT, mais avec une compétence limitée aux ressources des GHT, correspondant à une filière de soins, et non à celles mobilisées ou relevant de l'ensemble des parcours de santé, comme les soins de premier recours par exemple.

Enfin, le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement (Art. R. 6132-11 du code de la santé publique) a diverses missions portant sur les droits des usagers, l'accueil et la prise en charge des personnes malades et de leurs proches, l'expression des griefs, réclamations et plaintes à ce sujet, et les suites données, la politique des établissements en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers, mais aussi l'organisation des parcours de soins et

la politique de qualité et de sécurité. Rappelons que la représentation des usagers passe exclusivement par des associations agréées, ce qui peut limiter la représentation des usagers d'un territoire donné. En définitive, les usagers seront donc représentés au sein des GHT, eux aussi, mais leur mandat porte essentiellement sur leur seul recours aux établissements parties du GHT, c'est-à-dire à une filière de soins.

4.2.4 Un financement principal par l'activité de soins curatifs

La montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) de 2004 à 2008 a profondément modifié le mode de financement des établissements de santé, en particulier les établissements publics. Cette réforme a eu le grand intérêt de relier les ressources affectées aux établissements, avec la lourdeur et la complexité des soins délivrés, ce que ne prenait pas en compte le système de dotation globale antérieur. Toutefois la T2A s'accompagne « d'effets pervers », comme le développement de séjours non pertinents, ou la réduction excessive de la durée de certains séjours, avec le retour à domicile de patients en situation encore instable. Elle a également développé des logiques de concurrence entre établissements, y compris entre établissements publics, dérive à laquelle la mise en place des GHT devrait répondre.

D'autres mécanismes de financement concernent des dotations pour financer des soins autres que les soins de courte durée, mais aussi des subventions pour des missions ou des activités ne pouvant être apparentées aux soins couverts par la T2A, comme les missions de service public, ou celles portant sur l'enseignement et la recherche, comme par exemple la subvention des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ³⁹. Ce type de financement concerne plus particulièrement des activités relevant du champ de la santé publique, comme la mise en œuvre d'actions de plans ou de programmes nationaux de santé publique. On doit y ajouter des financements issus du Fonds d'intervention régional (FIR) dont deux missions au moins concernent des activités relevant du champ de la santé publique (Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie et Mission 2 : Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale).

Or, le financement à l'activité prédomine largement sur les autres. Ainsi pour 2015, dans le cadre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le financement de l'activité de soins de courte durée (T2A) était de 50,5 milliards d'euros, les autres financements (soins de suites et de réadaptation, psychiatrie...) étaient de 19,8 milliards d'euros, alors que l'ensemble de la dotation MIGAC représentait 6,3 milliards d'euros⁴⁰. Pour 2015, le FIR représentait 3,2 milliards d'euros, dont 36 % pour les missions 1 et 2, soit 1,2 milliard d'euros⁴¹.

Ces éléments de cadrage financier montrent les limites du cadre hospitalier constitué par les GHT pour le développement d'activités de santé publique :

- soit ces activités sont directement reliées à des soins financés par la T2A, comme les actions relevant de la sécurité des patients. Elles sont alors encadrées par les tarifs définis chaque année, pour chaque catégorie de patients (GHM : groupes homogènes de malades) : ces activités sont donc en « concurrence » avec la production de soins elle-même, et peuvent être considérées comme des « surcoûts » par l'établissement, quel que soit leur intérêt pour la santé des patients ;
- soit ces activités sont indépendantes des soins, comme les actions de promotion de la santé : elles relèvent alors de financements externes dont le niveau est très faible (de l'ordre de 5 %) comparativement au financement des soins, ce qui peut être considéré comme dissuasif pour des établissements, surtout si leur situation financière est délicate.

³⁹ JJ Jégou. Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Rapport n° 686, Sénat 2010-2011.

⁴⁰ Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale Septembre 2016, p. 75.

⁴¹ DREES. Les dépenses de santé en 2015. Édition 2016, p. 176.

Il existe donc une opportunité de mettre en place une réelle stratégie publique permettant une plus grande lisibilité des filières publiques et, le cas échéant, des comportements gagnant/gagnant en permettant un retour sur investissements à la suite de la mise en place de consultations avancées ou des temps médicaux partagés. Cette structuration renforcée doit permettre d'augmenter les parts de marchés des établissements publics dans un régime de T2A.

Il faut noter que la ministre en charge de la santé, consciente des effets négatifs potentiels de la T2A a confié en 2015, au Dr Olivier Véran, une mission de prospective concernant de nouvelles pistes de financement des établissements de santé⁴². Le rapport de cette commission devrait être disponible prochainement.

5 GHT et santé publique : Recommandations

Sur la base des constats et de l'opportunité que représente la mise en place des GHT, le HCSP formule des recommandations pour développer l'implication des GHT dans l'amélioration de la santé de la population d'un territoire.

Tout en rappelant que les hôpitaux publics ne sont pas les seuls acteurs de la santé de la population sur un territoire, le HCSP souhaite attirer l'attention de ces structures et des tutelles sur le rôle qu'elles peuvent jouer dans cette nouvelle configuration que sont les GHT.

Pour élaborer ces recommandations, le HCSP a considéré 3 principes d'action essentiels

Principes d'action :

Principe 1 : les établissements hospitaliers regroupés en GHT sur un territoire doivent contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé.

Le HCSP souligne avec constance l'importance de la prise en compte des inégalités sociales et territoriales dans l'ensemble des mesures et des politiques ayant un effet sur la santé. Dans le cadre de la création des GHT, il sera donc nécessaire d'évaluer au niveau territorial, les besoins de santé des populations et leur évolution. Les populations concernées, bien que sensiblement variables d'un GHT à l'autre ne devraient varier qu'entre 300 000 et 500 000 personnes.

Réduire le gradient social et territorial des états de santé en agissant sur les déterminants de la santé nécessite d'orienter les SI des GHT vers l'évaluation et le suivi des besoins de la population présente sur le territoire desservi par le GHT.

Du fait de leur implantation locale dans un territoire, dans lequel réside une population limitée, les GHT peuvent être des acteurs d'une politique ambitieuse de santé publique prenant en compte les inégalités de santé.

Pour cela, les 3 conditions suivantes apparaissent comme essentielles :

- fixer des objectifs concernant la santé de la population d'un territoire ;
- partager ces objectifs avec l'ensemble des acteurs d'un territoire ;
- mettre en place des mécanismes collectifs d'intéressement à l'atteinte de ces objectifs.

⁴² Communiqué Marisol TOURAINE : <http://www.marisoltouraine.fr/2015/11/marisol-touraine-confie-a-olivier-veran-la-presidence-du-comite-charge-de-proposer-de-nouvelles-pistes-de-financement-pour-les-etablissements-de-sante/>

Principe 2 : L'implication des établissements hospitaliers regroupés en GHT dans la santé de la population d'un territoire ne peut se concevoir qu'avec les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales.

Les territoires dans lesquels sont implantés les 135 GHT sont très divers tant en superficie, taille de la population et nombre d'établissements hospitaliers parties du GHT. Toutefois, tous ces territoires se caractérisent par la présence d'acteurs multiples, institutionnels, professionnels ou associatifs qui concourent à l'amélioration de la santé de la population.

Une politique de santé publique efficace passe par la mobilisation de tous les acteurs avec des objectifs clairement identifiés, sur la base d'un diagnostic territorial de santé. Si les établissements hospitaliers constituant les GHT ne peuvent être les seuls acteurs d'une politique de santé publique, ils ne peuvent en être exclus et la réforme en cours est une opportunité de les impliquer dans une approche de la santé plus globale.

Cette réforme, visant au renforcement de la territorialisation des structures hospitalières publiques, ne produira pleinement les résultats attendus en termes de réponses aux besoins de santé de la population que si ces établissements arrivent à créer des coopérations renforcées avec tous les autres acteurs du territoire.

Principe 3 : Les GHT doivent développer l'évaluation des besoins de santé de la population et l'évaluation des actions mises en place

L'amélioration de l'état de santé d'une population nécessite la production de diagnostics territoriaux de santé. Ces diagnostics, indispensables à la mobilisation des différents acteurs sur un territoire, nécessitent la contribution des établissements et des professionnels des GHT qui s'inscrivent maintenant dans des territoires. Cette contribution ne peut se concevoir dans chaque GHT qu'avec un encadrement initial et des appuis provenant notamment des équipes des CHU (ce que permet l'organisation actuelle des GHT). C'est notamment le cas pour l'accès aux données des SI ou aux méthodes d'analyse les plus pertinentes.

L'évaluation est indispensable au pilotage d'une réforme aussi ambitieuse que celle des GHT. En effet, en changeant de logique, en mettant en place des outils de coopérations renforcées entre les établissements et en permettant l'élaboration de PMP, cette réforme doit s'accompagner du développement de l'évaluation des besoins

De ce point de vue, les GHT et notamment les DIM de territoire vont disposer de données essentielles et consolidées au niveau territorial. Si les données hospitalières ne constituent pas l'unique élément de l'évaluation de la santé d'une population, elles peuvent constituer, en les croisant avec des données de registres d'incidence, de prévalence ou de mortalité, ou avec des données d'autres enquêtes, des éléments centraux de cette évaluation.

L'évaluation doit aussi porter sur la réponse aux besoins de santé. Là encore, même partielles, les données hospitalières peuvent permettre une évaluation de la réponse apportée aux besoins de santé, notamment si elles sont reliées à d'autres données comme les données du SNIIRAM par exemple. Par ailleurs, et de façon variable selon les territoires, les personnels des structures parties des GHT sont impliqués dans des actions de promotion de la santé, de prévention ou de dépistage qui sont évaluées, et qui peuvent compléter l'évaluation de ce volet.

Enfin, l'évaluation nécessite des compétences méthodologiques qui peuvent être disponibles dans les DIM de territoire ou à défaut dans les CHU avec lesquels chaque GHT a un lien. Ces compétences peuvent et doivent être mobilisées pour développer les évaluations sur un territoire et ce pour l'ensemble du territoire, sans se limiter aux établissements hospitaliers.

En prenant en compte ces 3 principes, le HCSP a formulé les recommandations suivantes selon une logique opérationnelle (diagnostic, actions, pilotage). Certaines s'adressent aux ARS, d'autres aux établissements regroupés en GHT et les dernières aux structures en charge du pilotage national des GHT.

Recommandations à l'attention des ARS :

Le HCSP considère que les ARS doivent inciter les établissements publics regroupés en GHT à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population de leur territoire couvert par le GHT.

Pour cela le HCSP a formulé 4 recommandations.

Recommandation 1 : Piloter un diagnostic territorial de santé, partagé entre les différents acteurs hospitaliers et non hospitaliers, qui permette d'évaluer les besoins de santé de la population, incluant la prévention et la promotion de la santé, et utilisable à l'échelle territoriale du GHT.

La LMSS implique de développer l'approche territoriale de la santé des populations. Pour être pertinente, cette approche territoriale doit s'appuyer sur des éléments caractérisant l'état de santé et les besoins de santé de la population du territoire concerné .

Ce diagnostic doit être la première étape des coopérations nécessaires sur un territoire. En effet, conduit sous l'égide des ARS, il doit impliquer les différents acteurs du territoire dont les établissements de santé qui disposent de données pouvant contribuer de façon significative à ce diagnostic territorial de santé.

À ce stade, les coopérations entre les différents acteurs de la santé du territoire sont importantes. Elles concernent les établissements hospitaliers entre eux mais aussi, et de façon majeure, les établissements hospitaliers et la médecine ambulatoire au sens large.

Les regroupements territoriaux n'ont pas toujours été construits à partir des projets médicaux existants ou de parcours de soins organisés entre établissements, mais parfois sur la base d'intérêts locaux. On aurait souhaité que le découpage des territoires s'appuie sur ces coopérations existantes entre les établissements de santé pour faciliter l'analyse de l'état de santé de la population à l'aide des SIH mais également la production d'indicateurs de santé en population.

Dans la mesure où la prise en compte des inégalités sociales et territoriales relève de l'ensemble des mesures et des politiques ayant un effet sur la santé, les éléments constitutifs des diagnostics territoriaux pourront être présentés sous diverses formes territoriales afin de favoriser les coopérations entre les instances du champ social et économique, et des collectivités locales impliquées directement ou indirectement dans ces politiques.

Les CME doivent être mobilisées et jouer pleinement leur rôle dans la phase initiale d'analyse des besoins de santé de la population. Elles doivent s'appuyer sur l'analyse des données issues du SIH, mais également et plus largement, des données de santé.

Le collège médical du GHT, mais aussi la conférence territoriale de santé doivent développer des coopérations avec les acteurs de terrain autour de l'évaluation des besoins en santé des populations d'un territoire.

Recommandation 2 : Établir pour chaque territoire couvert par un GHT, un tableau de bord d'indicateurs territorialisés, partagé par les acteurs de santé du territoire.

Les principes permettant de sélectionner les indicateurs à produire

En 2014, le HCSP a proposé, de constituer un tableau de bord national fondé sur des indicateurs⁴³. Ce tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé, reposait sur 10 + 5 indicateurs. Certains d'entre eux pourraient être produits et utilisés à un échelon territorial.

Ainsi, la mortalité évitable par la prévention peut être estimée à un échelon territorial. Cependant, il s'agit d'un indicateur mesurant des effets à moyen terme. L'indicateur « temps d'attente moyen dans les services hospitaliers d'accueil des urgences » peut être produit à la condition que ces données soient recueillies par les établissements des GHT ayant cette activité. Il est nécessaire de disposer de données nationales ou régionales à titre de comparateurs. La mesure de la "réduction des disparités sociales, financières et géographiques" doit faire l'objet de réflexion de la part des acteurs du territoire. En effet, les données ne sont le plus souvent pas disponibles au plan local comme au niveau régional. C'est aussi le cas d'autres indicateurs composites qui ont été proposés. En revanche l'indice APL, évaluant l'accessibilité des soins de ville peut lui, être obtenu quel que soit le périmètre géographique. Manquent actuellement à l'échelle locale, les indicateurs relevant de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients et ceux de la coordination et de la continuité des prises en charge, pourtant nécessaires à l'évaluation des parcours et des filières de soins. Quant au dernier groupe proposé, prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents d'une part, et prévalence du tabagisme quotidien, tous deux relatifs à la qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants de santé, il n'est pas certain qu'ils puissent être produits et utilisés à une échelle territoriale malgré leur intérêt.

L'évaluation des impacts de la mise en œuvre des GHT, sur les autres composantes de l'offre de soins ou les activités extrahospitalières, doit être conduite avec des indicateurs spécifiques concernant la sécurité pour les patients fragiles comme les évolutions des soins de premier recours.

Parmi les indicateurs de santé adaptés aux spécificités des territoires de santé, il conviendra de définir des indicateurs de réduction des inégalités. Il est essentiel ainsi de recueillir des déterminants des inégalités comme les données sociales (démographie, logement, emploi et chômage, précarité, revenus et compensations). Des indicateurs de résultats comme les données de morbidité élargies aux modalités de recours aux soins, au handicap, aux comportements et facteurs de risques, et à la prévention, par groupes sociaux, doivent être recueillis pour suivre l'évolution des inégalités sur un territoire.

Les indicateurs recueillis devront aussi permettre de mettre en évidence :

- les risques d'exclusion des soins liée aux modifications de l'offre de soins (offre de soins plus complexes et rares) et à une information peu accessible ;
- Les risques de ruptures et de redondances dans les parcours de soins ;
- Le développement de la concertation entre les différents partenaires (équipes médico-soignantes, travailleurs sociaux, représentants des usagers) qui devra se faire dans des lieux et à des moments définis et avec des équipes pluridisciplinaires de premier recours, comme cela se fait déjà dans certaines expérimentations (réseau cancer, réseau maladies rénales).

⁴³ Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé.

La contribution des GHT au tableau de bord du territoire : le système d'information local

L'analyse des données médicales porte tout naturellement sur l'ensemble des données du SIH, la loi imposant de surcroît une convergence des SIH des établissements parties au GHT. Le DIM de territoire doit contribuer, dans ce cadre, à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients. Les données du SIH sont constituées des données médico-administratives de la base du PMSI mais également d'autres données du SIH comme les bases de prescriptions médicamenteuses, de résultats d'analyses de biologie, des infections associées aux soins, d'hémovigilance, de données administratives (indicateurs sociodémographiques), etc. La mise en place des GHT est une opportunité forte pour mettre en commun les différentes bases de données hospitalières à la dimension d'un territoire.

L'information médicale et/ou médico-administrative apporte un éclairage partiel des besoins de santé de la population, plus précisément sous l'angle de l'offre de soins et de son utilisation, et de l'analyse des maladies prises en charge.

L'utilisation des données du SI des établissements permet :

- la caractérisation du territoire et de sa patientèle, même si les frontières du territoire concerné sont mal définies ;
- la caractérisation de l'offre de soins actuelle dans ses dimensions capacitaires, d'autorisations d'activité, d'équipements, de type de patients pris en charge (éventail des cas), etc. ;
- l'analyse des parts de marché, notamment sur les filières retenues dans le PMP (taux de fuite sur les filières, positionnement de la concurrence, évolution dans le temps) ;
- l'analyse des parcours de patients et de la gradation des soins (recours, référence).

En dehors des données du SIH, l'accès à des bases nationales est rendu possible pour certains acteurs. La loi du 26 janvier 2016 instaure en son article 193 le système national des données de santé (SNDS). Le décret n°2016-1871 du 26 décembre 2016 décrit les modalités de gouvernance et de fonctionnement du SNDS.

Le SNDS a vocation à regrouper :

- les données de l'Assurance maladie (SNIIRAM) à partir d'avril 2017 ;
- les données des établissements de santé (base PMSI) à partir d'avril 2017 ;
- les causes médicales de décès (base du CepiDC de l'INSERM) à partir de juin 2017 ;
- les données relatives au handicap (données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : CNSA) à partir de 2018 ;
- un échantillon de données en provenance des organismes complémentaires à partir de 2019.

L'accès à ces différentes bases de données constitue une opportunité pour constituer pour chaque GHT un tableau de bord reflétant l'état de santé de la population, notamment pour les personnes qui ont recours au système de santé.

Il est ainsi possible de recueillir :

- des indicateurs démographiques : population couverte par le GHT, évolution de la population, pyramide des âges, taux de bénéficiaires des minima sociaux, indicateurs sociaux : taux de chômage, zone IRIS (îlots regroupés pour l'information statistique) avec indice de défavorisation, etc.,
- des indicateurs épidémiologiques : mortalité, mortalité prématurée, mortalité prématurée évitable dans le territoire, incidence-prévalence des principales maladies et notamment des maladies chroniques y compris les affections longue durée (ALD), comorbidités, addictions, prévalence de la dépendance, etc.

- des indicateurs de performance du système de soins : temps moyen d'attente aux urgences dans le territoire, taux de réhospitalisation, délai d'attente avant diagnostic et prise en charge appropriée des personnes atteintes de maladies chroniques, etc.
- des indicateurs de pertinence territorialisés : taux d'interventions de la cataracte, taux de prostatectomie, taux de recours à la chirurgie bariatrique, taux de passage des accidents vasculaires cérébraux (AVC) dans des unités spécialisés, taux d'hospitalisation évitable,
- des indicateurs économiques permettant d'apprécier l'offre de soins par rapport à la demande avec des comptes de la santé par territoire (cf. expérience du centre hospitalier de Niort).

Recommandation 3 : Recenser les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de façon à proposer une offre cohérente à l'ensemble de la population du territoire du GHT.

L'accès à des programmes d'ETP est inégale. Selon l'offre d'ETP existante les patients sont pris en charge dans tel ou tel établissement du GHT. En effet, construire des programmes d'ETP, les déclarer et les faire autoriser par les autorités de tutelle et enfin les faire financer demande d'engager des ressources qui ne sont souvent pas disponibles dans certains établissements. A contrario, des établissements comme les CHU ou les CHG de taille importante ont reçu un soutien logistique de la part des ARS pour développer cette activité.

Or l'ETP joue un rôle important dans la prévention tertiaire des maladies chroniques. On peut donc considérer que la réduction de l'inégalité d'accès à des programmes validés d'ETP, dispensés par des personnels formés est un objectif qui doit être fixé aux GHT.

Cette réduction de l'inégalité d'accès aux programmes d'ETP suppose de mettre en œuvre un certain nombre de mesures qui nécessite une impulsion forte des ARS puis leur soutien dans le temps.

On peut ainsi identifier la nécessité de :

- mutualiser les programmes d'ETP développés dans les établissements supports des GHT afin de les rendre disponibles dans les autres établissements ;
- prévoir la formation d'un nombre suffisant de professionnels de santé de façon à couvrir les besoins de la population d'un territoire ;
- assurer l'accès à des programmes d'ETP à tous les patients pris en charge dans le territoire. Cet accès doit être défini dans les PMP ;
- assurer la diffusion au sein du GHT (professionnels), des programmes d'ETP accessibles aux patients dans les différentes maladies ;
- mettre en place les mécanismes administratifs qui permettent à des patients pris en charge dans des établissements ne disposant pas d'accéder à des programmes d'ETP spécifiques ;
- identifier les programmes d'ETP réalisés dans le secteur extrahospitalier ;
- identifier un centre de ressources en ETP de type UTEP au sein de chaque GHT ;
- mettre en cohérence l'offre d'ETP au niveau du territoire du GHT.

L'enjeu de cette mutualisation est essentiel pour la réduction des inégalités territoriales de santé dans un territoire. Elle suppose de développer des outils administratifs, des outils techniques qui n'existent pas actuellement. Elle suppose aussi de développer la culture de la prévention tertiaire dans les maladies chroniques, culture encore inégalement diffusée.

Recommandation 4 : Impulser une offre de formation accompagnant le développement du volet santé publique des GHT et permettant le développement de la culture de santé publique et de l'approche populationnelle de la santé.

Les objectifs de formation et leurs modalités d'organisation présentés ici ne s'adressent pas exclusivement au cadre des GHT mais ont une ambition plus large. Néanmoins les problématiques des GHT soulèvent très clairement la question des compétences essentielles si l'on veut atteindre des objectifs de santé publique. Il faut noter l'hétérogénéité entre les régions ou entre les GHT dans ce domaine.

L'ambition est d'inclure les GHT dans une démarche de santé publique et de développer cette culture de santé publique. Il convient donc de développer au sein de chaque GHT une culture de santé publique et de l'approche populationnelle de la santé. Les formations possibles sont pour certaines classiques, pour d'autres plus originales. Elles peuvent selon les cas être délivrées dans un cadre universitaire ou en dehors. Il serait même souhaitable que certaines formations proposées à l'occasion de la mise en place des GHT s'inscrivent dans un cursus académique.

Le HCSP considère que les ARS devraient s'assurer d'une part que des formations abordant ces aspects sont présentes et accessibles dans leur région et d'autre part devraient inciter à ce que ces formations soient suivies.

Les formations, comme c'est le cas des recommandations générales de cette autosaisine, doivent s'adresser à chaque niveau concerné par les GHT, c'est-à-dire les ARS d'une part et les acteurs du GHT d'autre part, qu'il s'agisse des personnels médicaux et soignants ou des équipes de direction. Il convient en effet d'accompagner le changement de logique d'action que représente le fonctionnement en GHT.

Trois cibles doivent être distinguées : les directions des établissements, le corps médical, les DIM.

- ***Les directions d'établissements***

L'organisation des GHT et leur implication dans une démarche de santé publique imposent de développer ou de disposer de compétences en matière de recherche opérationnelle, d'évaluation et sans doute aussi de techniques de communication et d'information. Le HCSP souhaite que l'EHESP réfléchisse à un renforcement dans ce sens des formations dispensées aux futurs cadres hospitaliers.

De même, il serait souhaitable que des modules d'accompagnement de la mise en place des GHT permettent une mise à niveau des cadres hospitaliers dans ces domaines. Ceci pourrait être réalisé dans le cadre de la formation continue, sous forme de séminaires ou d'écoles d'été en relation avec l'EHESP et certaines universités.

Ces modules de formation pourraient aussi s'adresser aux cadres des ARS.

- ***Les membres du corps médical***

Les formations en santé publique dispensées lors des études médicales sont peu développées et généralement peu ou mal suivies. Les compétences en santé publique du corps médical sont de ce fait assez limitées.

Si l'on souhaite que le corps médical des GHT s'inscrive dans une démarche de santé publique et s'associe à une réflexion stratégique avec des soins de première ligne, il est nécessaire que ces médecins puissent bénéficier de formations légères mais indispensables dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé, et de la mise en place de démarches qualité.

Ces formations pourraient être organisées de différentes manières dans ou hors du cadre universitaire selon ces cas, avec une possible participation des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS).

Elles doivent sinon être obligatoires, au moins s'inscrire dans une démarche de formation continue recommandée et valorisée accompagnant la mise en place des GHT.

- **Les DIM**

Dans le cadre des GHT, les DIM peuvent prendre une place importante et contribuer à l'analyse des besoins de la population et à l'évolution des projets et des programmes.

Cependant, tous les responsables de DIM n'ont pas la formation requise pour étendre leurs compétences au-delà du PMSI. Une formation ou une remise à niveau en épidémiologie, statistique, informatique est certainement nécessaire pour renforcer leur implication dans le dispositif GHT.

Ces formations peuvent se faire sous forme de diplômes d'Université (DU) dans les universités et devraient être fortement recommandées, bénéficier d'incitations et s'inscrire dans un plan de formation pris en charge par les établissements du GHT.

Des DU pourraient être mis en place en E-Learning facilitant une formation à distance et à des horaires appropriés.

- **Les ARS**

Les cadres des ARS en lien avec les GHT devraient pouvoir bénéficier des formations proposées aux cadres hospitaliers. Les ARS pourraient aussi demander à des équipes universitaires de développer des modules spécifiques concernant les indicateurs, l'approche populationnelle et la recherche interventionnelle en population.

Enfin, il est important de développer des formations plus innovantes sur le fond et la forme permettant de réunir un public diversifié y compris avec des professionnels du champ ambulatoire pour aborder les problématiques des innovations organisationnelles. De telles formations permettraient de renforcer les liens qui doivent exister entre la médecine ambulatoire et les GHT.

Recommandations à l'attention des GHT

Le HCSP souhaite attirer l'attention des praticiens, soignants et dirigeants des GHT sur l'opportunité d'être des acteurs de la santé publique sur un territoire que représente pour eux la mise en place des GHT. Pour cela, le HCSP a formulé 5 recommandations à leur intention.

Recommandation 5 : Améliorer la gouvernance des GHT en associant pour chaque filière les usagers et la médecine de ville.

Afin de garantir la cohérence entre les mesures proposées, les risques pour la santé et les besoins identifiés, il convient d'instaurer une dynamique ascendante à partir de problématiques soulevées par les professionnels de soins de premier recours et les usagers.

Les usagers ne sont pas seulement représentés par les associations de patients. Il s'agit aussi des familles, des aidants, et des bénéficiaires des soins de prévention. Ils sont le plus souvent membres d'associations agréées mais il existe d'autres formes de représentation (élus, autres associations). Il serait souhaitable que dans leur convention constitutive, les établissements optent pour la mise en place d'un comité des usagers de groupement, indépendant, qui aura des missions à l'échelle du territoire complémentaires de celles des représentants internes aux instances hospitalières.

Afin d'éviter les stratégies de contournement de l'offre de soins ou que soient majorées les inégalités face à l'accès aux soins, chaque GHT devra s'assurer auprès du comité des usagers et/ou des autres instances de concertation avec les usagers (élus et représentants siégeant dans les conseils de surveillance et membres des commissions des usagers (CDU) de la logique des périmètres définis par rapport aux habitudes de déplacement des populations, des itinéraires possibles et de la disponibilité de moyens de transport. La population servie devra être largement informée des nouvelles modalités d'organisation sans que soit remis en question le libre choix des prestations (source Commission des usagers FHF, avril 2016).

La logique de parcours de soins, en concertation avec le comité des usagers, doit prendre en compte l'interface indispensable entre les soins de proximité, les soins à domicile et, selon les cas, l'intervention des établissements médicosociaux.

Compte-tenu de la diversité des besoins et de l'offre de soins proposés dans les différents territoires de GHT, le succès de ce partenariat repose sur des pratiques innovantes et souples dans leur mise en œuvre. Imposer un cadre unique de procédures serait un obstacle à la co-construction des parcours.

Recommandation 6 : Développer des prises en charge pluriprofessionnelles avec les partenaires du secteur d'hospitalisation privée et de la médecine de ville prenant en compte les inégalités sociales de santé.

Les GHT ont 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. Le but des GHT n'est pas de concentrer les moyens mais de répondre de façon efficace et efficiente à la demande. Cela implique une collaboration entre la ville et l'hôpital. La médecine générale chargée du soin de premier recours, les médecins spécialistes et les cliniques sont des offreurs de soins importants et des acteurs indispensables pour une bonne prise en charge de la santé d'une population sur un territoire.

Au sein des GHT, les établissements élaborant un projet médical doivent tenir compte de l'offre de proximité en cours de structuration, en particulier les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les groupements professionnels de santé (GPS) de territoire. Une simple cohabitation des établissements publics avec la médecine de ville sans projets partagés aboutirait à une mise en concurrence probablement néfaste pour l'offre de soins. La France est constituée d'un puzzle de territoires ayant de nombreuses particularités. Cette diversité demande une souplesse dans l'articulation de la relation ville-hôpital.

Aujourd'hui de nombreux services à la population sont basés sur une coopération ville/hôpital (permanence des soins ambulatoires (PDSA), interruption volontaire de grossesse (IVG), régulation libérale, fonctionnement des hôpitaux implantés en zone rurale, l'enseignement, les missions de recherche, les missions de gestion de la démographie médicale). Pour une meilleure efficacité, la prise en compte de la médecine libérale sur chaque territoire doit accompagner la mise en place de chaque GHT.

Actuellement centrée sur le soin, le rôle de la médecine de ville dans la santé publique, en particulier pour les médecins généralistes de premiers recours, est insuffisamment reconnu et doit être développé à travers la mise en place des GHT (effets indésirables des médicaments, déclaration obligatoire de maladie, mise en place des campagnes de dépistage, ETP, prévention des risques, veille sanitaire comme la grippe ou les gastro-entérites aiguës...)

La médecine de ville doit être prise en compte dans l'élaboration des GHT. Pour permettre cette coopération, source de synergie, la gouvernance des GHT doit inclure des acteurs libéraux dès son élaboration.

Il s'agit de :

- recenser pour chaque filière dans le territoire couvert par chaque GHT les modalités de prises en charge partagées (hôpital de proximité, etc. ainsi que les outils de coordination (réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), les centres de coordination en cancérologie (3C), centre local d'information et de coordination (CLIC), plateformes de coordination, MAIA, etc.), etc.
- élaborer dans chaque PMP un volet de prises en charge partagées par filières prenant en compte ces dispositifs et assurant le suivi.

La loi de modernisation propose aux établissements des outils permettant de mutualiser des structures ou des compétences. Parmi ces outils les pôles inter-établissements permettent une vision commune des acteurs au sein du GHT et leur implication autour d'objectifs communs.

Les différents établissements de santé constituant un GHT disposent, selon leur taille et leur fonction, de professionnels experts dans divers registres de la santé publique (praticiens des cellules de veille et vigilance, des DIM, des centres d'investigation clinique ou des cellules d'épidémiologie, etc.). Jusqu'ici, sauf lorsqu'ils accomplissent des fonctions de coordination inter-établissements comme les centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (C-Clin), leur mission est tournée vers leur établissement de rattachement.

La création des GHT permet une double évolution :

1. l'ensemble constituant le groupement est naturellement appelé à porter un regard « hors les murs » et à étudier les besoins de santé de la population du territoire (par exemple par l'analyse des disparités de flux d'accès aux soins délivrés par les établissements de santé selon les profils sociodémographiques des différents segments du territoire couvert) ;
2. il peut rationaliser l'emploi des compétences dont il dispose en mutualisant ces ressources expertes et en les mobilisant sur des programmes considérés collectivement comme prioritaires. Bien entendu, cette évolution n'a de sens que si elle est articulée avec les autres instances compétentes sur le même territoire ou à une échelle supra-territoriale (les responsables des collectivités locales et des intercommunalités concernés, les ARS et les divers opérateurs régionaux telles que les ORS, les cellules interrégionales d'épidémiologie ou CIRE, et les établissements privés).

Cette évolution vers des prises en charge pluri-professionnelles peut passer par la mutualisation de ressources existantes dans certains établissements : comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), 3C (cancérologie) et ce au bénéfice de l'ensemble de la population d'un territoire.

Les médecins territoriaux⁴⁴ sont des médecins de statut fonctionnaire généralement basés dans des villes de moyenne importance (Montreuil, Saint-Denis, La Rochelle, ...). Ils constituent un maillon du service public et l'interface entre les conseils locaux de santé et les GHT. Les villes qui ont fait le choix d'avoir un service de santé publique sont plutôt dans la lignée des programmes Villes en santé de l'OMS. Il n'y en a pas plus d'une centaine en France.

Recommandation 7 : Élargir les missions des DIM de territoire de GHT pour les impliquer dans des missions de santé publique.

Le DIM de territoire devrait être associé aux réflexions de santé publique territoriales et régionales. Il pourrait être structuré sous la forme d'un département transversal d'expertise et d'analyse autour des champs MCO, SSR, PSY et HAD, dont les missions de santé publique s'inscriraient au bénéfice du territoire et en collaboration avec les ARS.

Le rôle du DIM de territoire de chacun des GHT contribuerait ainsi à l'éclairage des besoins de santé plus particulièrement par :

- sa participation au diagnostic territorial de santé en mettant à disposition les analyses de données hospitalières, et en lien avec les ARS, ou avec des structures comme les ORS, les organismes de Sécurité sociale, etc...
- sa contribution à la mise en place et au suivi du tableau de bord du GHT composé des indicateurs de santé territorialisés,
- le suivi d'un plan d'actions de santé publique du GHT.

Le DIM de territoire pourrait être associé à la réflexion sur l'innovation en santé qui se traduit, outre l'innovation thérapeutique, et dans le contexte actuel de développement de l'ambulatoire et de la réduction capacitaire, par une évolution des prises en charge, le développement de la télémédecine

⁴⁴Les médecins territoriaux : un cadre d'emplois, des métiers différents. <http://infos.emploipublic.fr/metiers/les-secteurs-qui-recrutent/medecins-dans-la-fonction-publique/les-medecins-territoriaux-un-cadre-demplois-des-metiers-differents/apm-4038/>

et de la santé connectée, cette dernière par exemple participant à la politique de prévention à destination des populations fragiles.

Par ailleurs, le DIM de territoire pourrait participer à l'évaluation de l'impact, sur l'état de santé des populations, des projets médicaux de territoire et/ou des actions de territoire en définissant des indicateurs issus des SI (bases intra et extrahospitalières).

Le DIM de territoire a ainsi toute sa place, en tant qu'acteur de santé publique, dans l'analyse stratégique des données et dans la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients.

Les données concernant la psychiatrie

Dans le cadre de la mise en commun des DIM de GHT, une attention particulière sera portée aux données concernant la psychiatrie de façon à ce que :

- les données concernant la psychiatrie à savoir le PMSI psy (dont la partie hospitalisation est exhaustive et intègre le secteur privé dans son ensemble) mais aussi la partie psychiatrie du MCO soit enrichie des données du SNIIRAM ;
- ces données soient exploitées, que ce soit dans le contexte du DIM du GHT, des ORS ou de toute autre entité ;
- la formation des médecins DIM intègre des exploitations conjointes ;
- l'utilisation des bases de données DIM psy et SNIIRAM soit rendue possible dans les appels d'offre de recherche appliquée ;
- les caractéristiques des territoires soient prises en compte en particulier avec des indicateurs de défaveur dans la planification des ressources en santé mentale et en psychiatrie.

Des travaux scientifiques basés sur des expérimentations internationales doivent être conduits pour permettre de planifier les ressources en fonction des besoins en distinguant les niveaux de besoins, en intégrant le secteur médicosocial et les alternatives à l'hospitalisation et en permettant la réalisation effective des équilibres.

Recommandation 8 : Introduire dans chaque projet médical partagé un volet promotion de la santé et un volet prévention prenant en compte les inégalités sociales de santé.

Ces volets doivent être construits en lien avec l'ensemble des partenaires, notamment les collectivités locales par le biais du contrat local de santé, les communautés professionnelles, les associations. Ils doivent faire l'objet d'indicateurs de suivi.

L'élaboration d'un PMP doit porter sur toutes les activités. Le PMP organise une offre de soins de proximité et de recours mais aussi une offre concernant la promotion de la santé et la prévention.

Dans cette phase de territorialisation à plusieurs volets, il faut s'assurer de la compatibilité des calendriers, car, une fois défini le périmètre des territoires, les instances impliquées et en particulier les conseils territoriaux de santé, n'ont pas toujours la capacité de s'adapter à la déclinaison de ces différentes phases dans les régions.

Les soins ambulatoires se développant, il est important de prendre en compte la capacité de mobilité des personnes concernées, les pratiques de dépassements d'honoraires, les délais d'attente, la distance lieu de travail-domicile, la mise à disposition de lieux d'hébergements (hôtels pour malades) près des structures de soins, l'organisation de services à domicile et l'éligibilité des patients, en contrôlant les variations des restes-à-charge.

La mise en œuvre de ces volets « promotion de la santé » et « prévention » doit être concrétisée sous la forme d'un plan d'actions de santé publique privilégiant une approche populationnelle prenant en compte les caractéristiques sociales des populations du territoire couvert par le GHT.

Ce plan d'actions de santé publique du GHT devra faire l'objet d'un rapport annuel d'activité des actions visant à améliorer la santé de la population du territoire.

Ce plan d'actions repose sur :

- le recensement des actions de prévention primaire auxquelles participent les établissements ou des professionnels de santé du GHT (lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, les comportements à risque, etc.) ;
- les liens développés avec les acteurs locaux de la promotion de la santé et de la prévention ;
- une mutualisation des ressources au sein du GHT permettant de diffuser les actions ;
- une valorisation des actions de dépistage ou de promotion des dépistages conduites au sein du GHT ;
- une diffusion des actions de promotion des dépistages au sein des établissements du GHT.

Ce plan d'actions doit reposer sur un plan de formation développé au sein du GHT permettant de sensibiliser les professionnels à ces actions.

Recommandation 9 : Encourager l'élaboration d'actions et la définition des modalités opérationnelles de coopération pour atteindre les objectifs du projet médical partagé (PMP) au sein des GHT en ce qui concerne la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le décret constitutif des GHT précise déjà que « Le projet médical partagé (...) comprend notamment (...) les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». La formulation de tels objectifs implique nécessairement un état des lieux préalable concernant la qualité des soins et la sécurité des patients au sein des établissements parties des GHT.

Ce bilan peut s'appuyer sur de multiples sources d'information, en particulier :

- l'analyse des événements indésirables signalés survenus dans les établissements parties du GHT, en particulier les événements indésirables graves de déclaration obligatoire, et ceux déclarés dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales ;
- les résultats des dernières visites de certification ;
- ceux des différents indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (indicateurs de qualité et de sécurité des soins : IQSS) ;
- certains indicateurs issus du PMSI ou plus généralement du SIH commun aux établissements parties du GHT, lorsque ce système sera opérationnel ;
- d'éventuelles données issues des analyses de risque : visites des assureurs, cartographies des risques, si elles ont été réalisées, résultats d'audits, données de surveillance portant sur certains soins, risques identifiés dans le compte qualité, s'il a été réalisé ;
- une synthèse des conclusions des réunions de morbidité-mortalité (RMM) tenues au sein de l'établissement et des analyses faites au sein des comités de retours d'expérience (CREX) ; des données issues d'enquêtes de satisfaction, ou des motifs de plaintes...

Ce bilan ne peut se limiter à une simple compilation de données, mais doit être structuré en un diagnostic des risques au sein du GHT, prenant en compte notamment leur criticité et leur caractère potentiellement évitable ; ce diagnostic doit être partagé entre les établissements parties du GHT, ce qui implique une co-construction de ce diagnostic, et la définition d'objectifs à poursuivre.

On ne comprendrait pas que les instances d'un GHT formulent de tels objectifs, exprimant des priorités perçues en matière de qualité des soins et de sécurité des patients, et qu'elles n'y donnent pas une suite cohérente sous la forme d'actions visant chacune à atteindre ces objectifs. De telles actions, par leur multiplicité, par leur caractère souvent pluriannuel, par la diversité des professionnels qu'elles concernent, et par les obstacles prévisibles de leur mise en œuvre, impliquent un pilotage d'ensemble (gouvernance), et un suivi. Il paraît en outre inévitable que ces actions s'appuient sur une organisation commune et mobilisent des ressources spécifiques, en privilégiant des formes transversales, sous forme de plateformes communes, de dispositifs

coordonnés ou d'équipes mobiles communes, par exemple. En ce sens, c'est bien vers un programme partagé d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qu'il faut tendre, avec son pilotage, son suivi sous la forme d'un rapport annuel, et son évaluation finale, intégrés à l'échelle du GHT.

Dans ce vaste champ qui couvre la qualité des soins et de la sécurité des patients, il apparaît que les objectifs et les actions consacrés à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins revêtent un degré de priorité, compte-tenu des menaces potentielles qu'elles font peser sur les patients, mais également du fait du caractère structurant de ces initiatives sur la qualité des prises en charge dans leur ensemble.

En l'état, la structuration des PMP des GHT paraît dominée par la construction de filières de soins plus ou moins spécialisées pour la prise en charge de problèmes de santé spécifiques (comme la cancérologie) ou de patients spécifiques (comme les personnes âgées fragiles). Ces filières ont vocation à soutenir des parcours de santé cohérents. Dans ce contexte, l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients au sein des GHT implique deux orientations fortes :

- Les points de fragilité d'une filière de soins en termes de qualité des soins et de sécurité des patients sont particulièrement marqués aux interfaces des étapes élémentaires de ces parcours, c'est-à-dire aux moments où les patients sont confrontés à des équipes différentes, des organisations différentes, voire à une culture différente. C'est dire que les actions développées au sein des GHT doivent privilégier les efforts vers ces points d'interface, en insistant par exemple sur le signalement des événements indésirables qui surviennent à ce niveau, leur analyse en commun et la définition d'actions communes visant à leur prévention et l'utilisation du SIH commun pour la production d'indicateurs couvrant les principales étapes des filières de soins ; ces efforts doivent cependant intégrer les principes de respect de confidentialité et de partage d'information en vigueur dans les situations de soins, notamment lorsque différents établissements de santé sont impliqués ;
- une approche éclatée de la qualité des soins et de la sécurité des patients, filière par filière, constituerait une menace et une régression par rapport aux évolutions mises en œuvre ces dernières années dans les établissements. C'est bien d'une organisation transversale, couvrant l'ensemble des filières, orientée de façon globale vers l'ensemble des risques et intégrée à l'organisation des soins elle-même, dont les GHT ont besoin. Cette organisation d'ensemble implique nécessairement d'autres acteurs que ceux des établissements parties du GHT comme les soins de premier recours, les autres établissements de santé associés ou non au GHT, le secteur médico-social. La question de leur représentation au sein des GHT est donc posée.
- la complémentarité des offres de soins des établissements de santé parties du GHT doit favoriser le développement de procédures de « récupération » des événements indésirables associés aux soins (évitables ou non) ou des complications médicales. Lorsqu'un patient doit être transféré dans un autre service, ou un autre établissement, pour accéder à un plateau technique ou à d'autres ressources nécessaires à la prise en charge des conséquences de cet événement, de telles procédures, actuellement peu développées, devraient permettre d'améliorer le pronostic de cette prise en charge, en renforçant la continuité des soins.

Concernant la mise en œuvre la recommandation peut être complétée ainsi :

Soutenir la structuration de ces actions sous la forme d'un programme pluriannuel suivi, et dispenser les établissements d'un GHT ayant structuré un tel programme d'élaborer leur propre programme d'établissement en la matière.

Enfin, même si les arguments qui précèdent plaident fortement pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'un programme partagé d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients entre les établissements parties d'un GHT, un tel programme ne saurait constituer un dispositif supplémentaire, venant s'ajouter aux multiples procédures déjà en vigueur dans chaque établissement. C'est bien d'un mouvement d'intégration qu'il s'agit. De ce point de vue, il est proposé d'encourager ce mouvement par une mesure incitative, en abandonnant la contrainte réglementaire d'élaborer un tel programme dans chaque établissement. Dans les GHT où un programme partagé d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients serait élaboré et validé par les

instances, cette contrainte individuelle, établissement par établissement, devrait être abandonnée par voie réglementaire.

Recommandations à l'attention du pilotage national des GHT

Le HCSP a souhaité compléter son analyse en attirant l'attention des structures en charge du pilotage de la mise en œuvre des GHT sur des points qui peuvent apparaître bloquants pour développer l'implication de ces groupements dans une politique de santé publique.

Pour cela, le HCSP a formulé 4 recommandations.

La première recommandation concerne les modalités de financement des actions de prévention et de promotion de la santé.

Recommandation 10 : Permettre des transferts de moyens de l'enveloppe financière consacrée au soin vers celle consacrée à la prévention et à la promotion de la santé (fongibilité asymétrique).

Un dispositif de fongibilité asymétrique doit permettre la mobilisation de moyens pérennes dégagés par des restructurations sur le champ hospitalier, au service d'actions de prévention et de promotion de la santé, à l'image des fongibilités asymétriques existantes aujourd'hui de l'hospitalier vers le médico-social.

Ces coopérations de fongibilité, proposées le cas échéant par les GHT eux-mêmes, pourraient être proposées par les ARS et relever d'une validation nationale.

Les 3 recommandations suivantes concernent l'évaluation et l'innovation organisationnelle.

Recommandation 11 : Mettre en place une banque de données recensant des indicateurs territorialisés permettant de proposer à 3 ans un tableau de bord au sein dans chaque territoire couvert par un GHT.

Sans pour autant créer une structure de novo, il s'agit de proposer une nouvelle feuille de route aux dispositifs d'information existants. Son objectif serait d'établir une méthodologie quanti/quali permettant un diagnostic de santé au niveau de chaque GHT par notamment, une déclinaison d'un socle d'indicateurs harmonisés, standardisés et comparables entre territoires. Son but est d'évaluer pour chaque GHT les besoins de santé, de prévention et de soins des populations vivant sur son territoire. Il s'agira notamment d'identifier un corpus d'indicateurs pertinents et de les définir (définition des cas, des dénominateurs, des standardisations, etc.), sans pour autant omettre les spécificités de chaque territoire qui demanderont des approches plus ciblées. Pour élaborer cette feuille de route, la mobilisation et la coordination centralisée des structures spécialisées au niveau national et au niveau régional dans la surveillance épidémiologique telles que la DREES, la Fédération nationale des ORS (FNORS) et Santé publique France en coordination avec les ARS semblent indispensables. D'une part, de nombreuses et récentes initiatives ont vu le jour dans le but d'harmoniser ces SI, de mettre à disposition des indicateurs sur la santé de la population de façon structurée et pérenne, de favoriser leur complémentarité et d'éviter leur redondance. D'autre part, des outils soit de restitution des données (graphiques, cartes, tableaux) soit de calcul de mortalité et de morbidité à des niveaux géographiques fins sont également disponibles. Enfin, exhaustives sur les recours aux soins, les bases de données médico-administratives sont de plus en plus utilisées et performantes, elles pourront à l'avenir dans le cadre du SNDS prévu par la LMSS être appariées à de nombreuses bases de données qui permettront de pallier au moins partiellement leurs faiblesses (absence de données socioéconomiques individuelles notamment). Pour résumer, les outils nécessaires et les opérateurs existent. Une coordination entre les trois institutions mentionnées se met en place via la publication périodique du rapport sur l'état de santé de la population, elle pourrait logiquement s'étendre à la production d'indicateurs territorialisés pour les GHT.

Recommandation 12 : Évaluer les impacts des approches territorialisées des parcours de santé sur la santé de la population, notamment en termes d'inégalités sociales et territoriales.

La mise en place des GHT devra être suivie et faire l'objet d'une évaluation par des instances compétentes telles que l'IGAS, la Cour des comptes...

Les impacts en santé peuvent être considérés sous deux angles :

- la population des patients pris en charge dans les établissements du GHT,
- la population du territoire dans lequel sont situés les établissements d'un GHT.

Les modifications d'organisation auront des effets sur la santé des populations. Il convient de mettre en place des processus d'évaluation de ces impacts de façon à mettre en place un pilotage de cette réforme. De telles évaluations reposent sur des méthodologies particulières (*Health Impact Assessment : HIA*) peu diffusées mais qui pourraient être mobilisées sur une réforme aussi ambitieuse que celle concernant les GHT.

En matière de santé publique, le HCSP est disposé à apporter son expertise pour la mise en place de cette évaluation qui doit porter sur les impacts en santé d'une approche territorialisée des parcours de soins et des parcours de santé.

Recommandation 13 : Promouvoir, par des appels à projets (AAP) spécifiques, des programmes de recherche interventionnelle ciblant les nouveaux modes de prise en charge ainsi que les innovations organisationnelles au sein des GHT.

Ces programmes doivent être conçus en lien avec des équipes universitaires de recherche interventionnelle et être implantés dans les GHT. Ils peuvent concerner par exemple la télémédecine, le lien ville-hôpital, les coopérations interprofessionnelles ou les indicateurs à construire pour accompagner la mise en place des GHT.

6 GHT et santé publique : conclusions

La LMSS met en œuvre une réforme profonde de l'organisation des établissements de santé. En effet, alors que les établissements étaient mis en concurrence avec la T2A et ce dans un contexte de raréfaction des ressources médicales, les GHT marquent une évolution vers une logique de groupe, fédérant les établissements publics autour d'un établissement support. Cette évolution est positive du point de vue de la santé publique puisque la notion de territoire géographique sous-entend que l'on réponde aux besoins de la population de ce territoire.

Cette évolution constitue une opportunité pour **développer une culture de l'approche populationnelle de la santé** alors que l'approche « patientèle » est très développée depuis quelques années. L'approche populationnelle suppose d'identifier et de quantifier les besoins de santé de la population d'un territoire. Elle suppose aussi de développer des outils mettant en évidence les différences entre des populations d'un même territoire. Cette évolution est une étape importante vers la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé.

Cette évolution nécessite de reconnaître **le GHT comme un acteur contribuant à la santé de la population de son territoire**. Cette reconnaissance ne sera évidente ni pour ces établissements, ni pour les autres acteurs de santé publique de terrain. Pour les établissements, ceci nécessite de reconnaître que les soins ne sont pas les seuls contributeurs de la santé d'une population. Pour les autres acteurs ceci nécessite de considérer que des acteurs du soin peuvent développer des approches de santé publique. Pour difficile qu'elle soit pour les uns et les autres, cette évolution est une nécessité. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, les contraintes financières appliquées au système de santé et les mauvais résultats concernant les indicateurs marquant l'effet de la prévention (mortalité prématurée évitable, espérance de vie sans invalidité, etc.) sont autant de raisons pour développer rapidement une approche de santé publique.

Si les GHT sont reconnus comme contributeurs à la santé de la population et comme des acteurs d'une approche de santé publique, ils devront prendre en compte **les inégalités de santé** sociales et spatiales. Les inégalités territoriales et sociales de santé étaient peu prises en compte par les établissements publics de santé. En effet, celles-ci se constituent peu lors de la prise en charge au sein des établissements de santé. En revanche, dès lors qu'ils développeront une approche populationnelle de leurs pratiques, les établissements devront prendre en compte les inégalités d'accès aux soins dont on sait qu'elles sont importantes en France. Ainsi, la mise en place des GHT est-elle en phase avec deux objectifs majeurs de la réforme prévue dans la LMSS, **le développement de la prévention et la réduction des inégalités de santé**.

Cette évolution de l'organisation du système hospitalier public ne pourra se faire sans développer de **nombreuses coopérations avec les autres acteurs du territoire** (privé, libéral, médico-social) et sans développer des compétences particulières. Les GHT peuvent associer d'autres établissements de soins et il existe des structures territoriales permettant d'articuler les prises en charge. De la même façon, la création des DIM de territoire constitue une opportunité pour utiliser les données hospitalières sur un territoire afin de contribuer à la description de l'état de santé de la population. Ainsi, si les GHT veulent jouer le rôle que cette réforme leur permet, ils devront faire cet effort d'adaptation concernant leurs relations avec les autres acteurs du territoire et en interne par des formations adaptées.

La réforme créant les GHT permet aussi de **territorialiser des objectifs de santé** des populations. L'élaboration d'un diagnostic de santé des territoires couverts par les GHT par les différents acteurs détenteurs de données de santé et partagés par tous peut être l'occasion, sur des objectifs communs, d'amélioration et de réduction des inégalités. La territorialisation des objectifs de santé doit permettre le développement d'une coresponsabilité de la santé de la population par les différents acteurs dont les acteurs hospitaliers. Elle nécessite aussi de mettre en place des systèmes d'**intéressements collectifs** comme il en existe dans d'autres pays ayant mis en place des réformes de ce type.

La réforme de l'organisation de l'hospitalisation publique voulue par la LMSS de janvier 2016 constitue donc un tournant qui permet d'entrevoir la prise en compte de priorités de santé publique par les acteurs hospitaliers. Elle rend aussi possible, pour ces acteurs du soin, une évolution vers la prévention voire la promotion de la santé. Le HCSP a souhaité contribuer, par ses recommandations adressées tant aux ARS qu'aux acteurs eux-mêmes que sont les GHT, qu'aux responsables du pilotage national de cette réforme, à cette évolution qu'il juge souhaitable sans en méconnaître les difficultés.

Le HCSP évaluera dans les prochaines années cette évolution comme les impacts sur la santé des populations qu'aura eu ce changement majeur de logique d'organisation avec la mise en place des GHT.

7 Documents consultés

Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire. Rapport de fin de mission. Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_misison_hmdefmodifsddefv150316.pdf

Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016.

Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Pierre A. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Questions d'économie de la santé Irdes n° 219. Juin 2016.

Franc C., Pierre A. Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps High Out-Of-Pocket Payments: Beneficiaries' Profiles and Persistence Over Time Questions d'économie de la santé Irdes n° 217. Avril 2016.

Perronnin M. Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. Out-of-Pocket Spending for Ambulatory and Hospital Care after Reimbursement by the French Public Health Insurance: Unequally Distributed Financial Burden. Questions d'économie de la santé Irdes n° 218. Mai 2016.

Note de réponse à la saisine de la Mme la ministre de la santé concernant les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé 3 février 2014. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hcspn20140203_repmindomaineactionprioritsns.pdf

Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé 2 mai 2014. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=422>

Politique de sécurité des patients. Rapport HCSP 2011.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=225>

Elaborer un projet médical partagé de GHT - Fiches repères. Guide ANAP (2016) Disponible sur : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Cooperation_des_etablissements/projet_medical_partage_de_GHT/Elaborer_un_projet_medical_partage_de_GHT.pdf

PAERPA : les outils utiles à la démarche territoriale. ANAP (2016) Disponible sur : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/paerpa-les-outils-utiles-a-la-demarche-territoriale/>

Approche territoriale : Filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé. ANAP (2015). Disponible sur : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/approche-territoriale-filieres-de-soins-enquete-sur-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-dans-3-territoires-de-sante/>

GHT fiche de présentation. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>

GHT : Plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT à destination des établissements parties. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_plan_accompagnement_mise_oeuvre_ght.pdf

GHT : Guide méthodologique. Stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information convergent d'un GHT. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_systeme_information_convergent.pdf

GHT : Associations et partenariats avec le privé. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_gh_t_associations_partenariats_priv_e_12_points_cles.pdf

GHT vade-mecum : les fondements, la création des GHT, les mutualisations, le fonctionnement. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gh_t_vademecum.pdf

8 Annexes

Annexe 1 - Composition du groupe de travail

Nom		Structure
François Boué	PQ CS-MC	
Franck Chauvin	Vice-président du HCSP	
Pierre Chauvin	PQ CS-PEPS	
Geneviève Chêne	expert extérieur	ITMO Santé publique Aviesan
Annette Colonnier	SG-HCSP	
Pierre Czernichow	PQ CS-SP	
Emmanuel Debost	PQ CS-MT	
Liana Euller-Ziegler	PQ CS-MC	
Véronique Gilleron	expert extérieur	CHU Bordeaux
Bruno Grandbastien	PQ CS-SP	
Virginie Halley des Fontaines	PQ CS-PEPS	
Philippe Hartemann	PQ CS-RE	
Viviane Kovess Masfety	PQ CS-ESP	
Olivier Lacoste	expert extérieur	ORS Nord-Pas-de-Calais
Régine Lefait-Robin	SG-HCSP	
Véronique Lucas-Gabrielli	expert extérieur	IRDES
Marc Maisonnay	expert extérieur	ARS Auvergne Rhône-Alpes
Philippe Michel	PQ CS-SP	
Ann Pariente-Khayat	SG-HCSP	
Nicolas Portolan	expert extérieur	ARS Nouvelle Aquitaine
François Puisieux	PQ CS-MT	
Roger Salamon	président HCSP	
Nathalie Van Der Mee-Marquet	PQ CS-MT	
Denis Zmirou-Navier	PQ CS-RE	

PQ : personnalité qualifiée

CS-MC : commission spécialisée « Maladies chroniques »

CS-PEPS : commission spécialisée « Prévention, éducation et promotion de la santé »

CS-ESP : commission spécialisée « Évaluation, stratégie et prospective »

CS-RE : commission spécialisée « Risques liés à l'environnement »

CS-MT : commission spécialisée « Maladies transmissibles »

Annexe 2 - Liste des personnes auditionnées

Structure	Nom	Fonction	Date de l'audition
CH Côte Basque	Frédéric Martineau	Auteur du rapport Martineau/Hubert de février 2016 sur les groupements hospitaliers de territoire réalisé sur mission de la Ministre en charge de la santé en novembre 2014.	8/11/2016
Direction générale de l'Offre de soins (DGOS)	Clémence Mainpin, accompagnée par Sihame Sellali et Charlotte Libert-Albanel (Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP)	Chargée de mission GHT à la DGOS	8/11/2016
ANAP	Sophie Martinon Elsa Ptakhine	Directrice générale Responsable du projet « Organisation territoriale des établissements de santé »	8/11.2016
DGS	Benoit Vallet	Directeur général	30/11/2016
Conférence Nationale des Présidents de CME des Centres hospitaliers spécialisés	Christian Müller	Président de la Conférence	30/11/2016
Collectif interassociatif sur la santé (CISS)°	Claude Rambaud	Secrétaire générale	7/12/2016
Conférence nationale de santé (CRSA Bretagne)	Bernard Gaillard		7/12/2016

Association « Élus, santé publique et territoires »	Laurent El Ghozi	Président	7/12/2016
CNAMTS	Luc Barret Geneviève Motyka	Médecin conseil national, adjoint au directeur général, délégué aux affaires médicales	5/1/2017
Centre hospitalier de Niort	Bruno Faulconnier Gaëlle Le Bayon Philippe Volard Jean-Claude Moisdon	Directeur du centre hospitalier Adjointe de direction en charge du GHT des Deux- Sèvres Président de la CME du Centre Hospitalier de Niort et Président du GHT 79 Professeur à l'École des Mines	5/1/2017
Direction de la sécurité sociale	Thomas Fatome	Contribution écrite	12/1/2017
Centre hospitalier d'Orthez	Frédéric Pigny	Directeur du centre hospitalier	12/1/2017
Conférence nationale des Présidents de CME de CH	Thierry Godeau	Président de CME du centre hospitalier de La Rochelle, Président de la Conférence nationale des Présidents de CME de CH	17/1/2017
Association des directeurs d'hôpitaux (ADH)	Frédéric Boiron Morgane Le Gall	Président de l'ADH, Directeur général du CHU de Saint-Étienne Responsable Communication et Affaires générales de l'ADH	26/1/2017
Direction générale de l'offre de soins (DGOS) - Bureau R5 : Évaluation, modèles et méthodes	Adeline Townsend Adrien Dozol Alexandre Fauconnier	adjointe au chef de bureau médecin de santé publique interne de santé publique	26/1/2017

Annexe 3 – Trame d’entretien

Trame d’entretien pour l’audition dans le cadre du groupe de travail

« Groupements hospitaliers de territoire et santé publique »

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) travaille actuellement sur la base d’une autosaisine sur « Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique ».

Un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé est de développer l’approche territoriale de la santé des populations. Les agences régionales de santé (ARS) ont ainsi pour mission d’élaborer des projets régionaux de santé aux objectifs ambitieux comme la réduction des inégalités de santé ou l’amélioration de l’accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, ou 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. Ce GT va produire des recommandations opérationnelles d’ici à la fin décembre 2016 pour permettre aux ARS d’engager dans les GHT une démarche d’amélioration de la santé de la population d’un territoire au delà de l’augmentation de la performance des soins. Les premières conclusions de ce GT devraient être présentées lors du séminaire du HCSP en décembre 2016.

Un groupe multidisciplinaire composé notamment d’experts membres ou non du HCSP, de représentants des ARS, d’un conseiller en géographie de la santé, est mis en place pour répondre à cette autosaisine.

Date de l’audition, nom et qualité de la personne auditionnée :

-
- 1) Présentation de la personne auditionnée et du rôle de sa structure dans les GHT
 - 2) Comment, à votre avis, les GHT peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé, à favoriser l’accès à la prévention et aux soins y compris pour les populations démunies et à améliorer la santé de la population à l’échelle d’un territoire ? Quels sont les obstacles et les atouts que vous percevez à ce sujet ? Les participants d’un GHT sont-ils d’après vous pertinents/suffisants pour une telle démarche ? Avez-vous des exemples pour illustrer vos propos ?
 - 3) Dans quelle mesure les projets médicaux de territoires peuvent-ils porter une composante de santé publique d’après vous ?
 - 4) Quelles sont dans votre analyse, ou votre expérience, les autres instances répondant à des objectifs proches et susceptibles d’être en synergie ou en concurrence avec les GHT ?
 - 5) Y-a-t-il à votre avis des conditions nécessaires préalables à une meilleure prise en compte de la santé publique et au développement d’actions de santé publique au sein d’un GHT ?
 - 6) Comment percevez-vous l’articulation d’un GHT avec l’ARS pour les questions qui relèvent du champ de la santé publique ?
 - 7) Comment percevez-vous l’articulation d’un GHT avec les soins de premier recours (en particulier les maisons de santé) pour les questions qui relèvent du champ de la santé publique ?
 - 8) Quels sont à votre avis les autres enjeux des GHT dans l’appui aux politiques publiques orientées vers la santé des populations ? Avez-vous identifié des besoins particuliers liés à la spécificité des territoires ?