

## GHT

# Pour le meilleur... ou pour le pire ?

Si les initiateurs des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en attendent le meilleur, pour l'heure, ceux-ci posent davantage de questions qu'ils n'apportent de réponse à un système de santé bien mal en point.

TEXTE : FRANÇOISE VLAEMÏNCK - ILLUSTRATIONS : TOAD

**T**out neufs, les GHT font déjà beaucoup parler d'eux. « En 21 ans de carrière, j'ai connu presque autant de réformes hospitalières. Alors celle des GHT, à laquelle je ne comprends d'ailleurs pas grand chose, s'ajoute à la liste, plaisante Étienne <sup>(1)</sup>, infirmier dans les Bouches-du-Rhône. Plus sérieusement, chaque nouvelle loi nous est vendue comme une promesse de mieux pour les soignants et les patients, comme pour notre système de santé. Mais, au final, ce que je vois au quotidien, c'est une dégradation des conditions de travail et une détérioration dans la prise en charge ; sans parler de celles et ceux qui n'accèdent pas ou difficilement à des consultations ou à des soins. Alors pourquoi cette réforme serait-elle plus efficace que les autres ? Bref, j'attends déjà la prochaine... »

De son côté, Odile, cadre de santé en banlieue parisienne, se désespère. « C'est absolument incroyable. À chaque fois, le diagnostic est plutôt bon, mais le traitement totalement à côté de la plaque. Et je crois que les GHT ne dérogeront pas à cette règle. Ainsi, on nous avait assuré que la T2A était la solution idéale et on s'aperçoit que le résultat est absolument catastrophique ! D'ailleurs, si on soignait les patients comme les gouvernements soignent la santé depuis plus de vingt ans, on nous interditi-

rait d'exercer ! » Et la cadre de poursuivre : « Au mieux, les GHT permettront de résoudre un peu le problème de la démographie médicale et faciliteront peut-être certains parcours patient ; au pire, on se perdra un peu plus dans ce qui m'apparaît déjà comme une usine à gaz imaginée par des gestionnaires, à des années-lumière des réalités du terrain et des difficultés que nous vivons, nous, les soignants et particulièrement les infirmières et les aides-soignantes dans nos services. »

Plus tempérée, Véronique, qui travaille dans un Ehpad de l'Aisne, estime qu'« il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain », même si, comme Odile, elle regrette que la réforme – qu'elle dit ne connaître que dans les « très très grandes lignes » –, « vienne du haut et provoque des tas d'incertitudes en bas, notamment en termes d'organisation du travail au sein des services ». Et ce, même si elle admet que les GHT ne sont absolument pas un sujet de conversation. « Ce type de réforme, ce n'est jamais tout blanc ou tout noir. Elle peut donc améliorer certains aspects de notre système de santé. Il ne faut pas être immobiliste par principe. En revanche, à un moment où on doit prendre en charge de plus en plus de personnes âgées dépendantes et de malades chroniques, il me semble que le médico-social reste le parent pauvre des GHT au

1- Les soignants interrogés ont souhaité garder l'anonymat.

★ P. 23  
INTERVIEW  
« L'OBJECTIF N'EST  
PAS DE FAIRE  
RUSTINE »

★ P. 25  
PSYCHIATRIE  
IDENTITÉS  
NIÉES

★ P. 26  
PATIENTS  
LES OUBLIÉS



## LOI DE SANTÉ Les GHT mis à flot

*seul profit du médical. Et ça, c'est vraiment peu cohérent. Et puis, quel sera notre rôle demain ? Rien n'est très clair quand même », s'interroge Véronique.*

### Mutualiser, économiser

Comme chaque année, le 1<sup>er</sup> juillet apporte son lot de réformes. 2016 n'échappe pas à la règle. Côté santé, on note l'extension du tiers payant chez le médecin ou l'accès à la contraception facilité... Mais la plus importante est peut-être celle qui touche les quelque 850 établissements de santé du secteur public qui se devaient, sous l'égide des agences régionales de santé et des délégations régionales de la Fédération hospitalière de France, de rejoindre obligatoirement au plus tard à cette date, un groupement hospitalier de territoire, sauf dérogation (*lire encadré ci-contre*).

Créés dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé, entrée en vigueur le 26 janvier dernier, les GHT, qui s'inscrivent dans la stratégie nationale de santé définie en 2013 par le gouvernement, ont pris corps via un décret publié le 29 avril suivant. Ils

Au 1<sup>er</sup> juillet, 135 groupements hospitaliers de territoire ont été créés regroupant en leur sein quelque 850 établissements de santé et psychiatriques – certains étant uniquement dédiés à la psychiatrie et à la santé mentale. Quelques établissements ont cependant obtenu une dérogation à l'obligation d'adhésion à un GHT, quand d'autres bénéficient d'un

décal supplémentaire pour décider s'ils rejoindront ou non un GHT. Rappelons que les établissements qui ne respecteraient pas l'obligation d'adhésion seront privés de la dotation couvrant leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Avec de 2 à 20 établissements par groupement, les GHT se sont majoritairement constitués dans le périmètre d'un même département, tandis

que quelques-uns se sont constitués en inter-région. Chaque GHT a désormais jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2017 pour présenter un projet médical partagé et un projet de soins partagé à son ARS. Un dispositif d'appui vient d'être lancé par la Fédération hospitalière de France (FHF) pour accompagner l'élaboration des projets médicaux. Pour l'heure, rien ne semble prévu pour les paramédicaux...

## TOUT SAVOIR SUR LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

### > Établissement support

L'établissement support (ES) du GHT est désigné par les conseils de surveillance des établissements membres du groupement. Il doit assurer :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune du système d'information hospitalier, avec en particulier la mise en place d'un dossier patient qui pourra être partagé au sein du GHT ;
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- la fonction achat ;
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicales et des places de formation continue et de développement personnel continu des employés.

Si l'ES est un CHRU, il coordonnera aussi, pour

tous les GHT de la région, les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, de gestion de la démographie médicale et celle de l'offre de référence et de recours.

### > Projet médical partagé et projet de soins partagé

Élaboré par chaque GHT, le projet médical partagé (PMP) est « le cœur battant » du groupement, car il en fixe la stratégie médicale. Il comprend notamment des objectifs médicaux, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée : prise en charge par un établissement de proximité, de référence et de recours. Le PMP va donc définir toutes les filières interhospitalières

de prise en charge des patients. Le projet de soins partagé (PSP) se construit avec le PMP pour « coller » aux filières de soins mises en place dans les établissements. Pour les équipes paramédicales, il pourra s'agir de créer des protocoles de coopération ou souscrire à ceux déjà existants, ou de mettre en place de nouveaux protocoles de soin et de prise en charge pour répondre au développement de l'ambulatoire.

### > Membre, associé ou partenaire au GHT

Il existe trois niveaux de participation à un GHT pour les établissements.

- Le premier regroupe les membres (ou parties) qui doivent obligatoirement y adhérer : ce sont les

établissements publics de santé, y compris, et sauf dérogation, les établissements psychiatriques. Les établissements publics médico-sociaux ont aussi la possibilité de devenir membre d'un groupement.

- Le second niveau concerne les établissements dits « associés ». Pour certains, telle l'HAD, cette association est obligatoire ; pour d'autres, elle est possible, comme les établissements psychiatriques à condition qu'ils soient membres d'une communauté psychiatrique de territoire et d'un autre GHT.

- Dernière catégorie : les établissements privés qui peuvent devenir partenaires à condition que leur PMP s'articule avec le GHT qu'ils veulent rejoindre.

► remplacent *de facto* les CHT (communautés hospitalières de territoire) issues, elles, de la loi Bachelot de 2009 et dont la constitution était en revanche facultative – seules 45 avaient été créées depuis. Principaux objectifs de ces futurs mastodontes de la santé : mutualiser et économiser à grande échelle, mais également, lutter contre une démographie médicale en berne et les déserts qui vont avec, grâce à la mise sur pied d'un projet médical partagé portant sur toutes les activités. Ils permettront de mettre en place une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, à travers notamment des établissements de proximité, de recours et de référence. Ainsi, 135 GHT, chacun rattaché à un établissement support (voir encadré ci-dessus), ont vu le jour cet été. Les plus petits couvriront des bassins de vie de 300 000 habitants ; les plus gros, deux millions voire plus. Dans un contexte économique plus que tendu pour la plupart des hôpitaux du public, les GHT sont pour les uns « le bras armé » et pour les autres, « un cheval de Troie » d'un plan d'économie de masse engagé par le gouvernement.

### Renforcer le service public

Une réalité qui s'est déjà vérifiée depuis l'annonce par la ministre de la Santé au printemps dernier et qui doit se traduire, d'ici à 2017, par 3 milliards d'économie, la suppression de 22 000 postes et la disparition de près

de 16 000 lits, alors que les hôpitaux publics cumulent une dette qui flirte avec les 30 milliards d'euros. Pour Marisol Touraine, qui a porté la loi de santé, les GHT sont « une innovation majeure qui permettra le renforcement du service public hospitalier. Elle traduit la volonté de donner à tous les Français le même accès aux soins délivrés par l'hôpital, partout sur notre territoire ». De leurs côtés, Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, et Frédéric Martineau, président sortant de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) des centres hospitaliers, qui ont conduit une mission sur les GHT et rédigé le rapport intermédiaire en mai 2015 <sup>(2)</sup>, à la demande de la ministre, estiment que « la coopération entre établissements publics de santé doit leur permettre de soigner mieux et à moindre coût [...] ». Et de poursuivre : « Il nous paraît incontournable d'outiller nos hôpitaux de dispositifs permettant de passer d'une stratégie concurrentielle à une véritable stratégie de groupe. Il en va de la pérennité de notre système d'hospitalisation publique. » Une (r)évolution qui ne va pas sans heurts, d'autant que nombre de soignants et patients estiment être peu au fait des tenants et aboutissants de la réforme. Par ailleurs, craignant une perte d'identité, le secteur psychiatrique grince des dents à l'idée d'intégrer des structures polyvalentes. Afin d'accompagner cette réforme d'ampleur, le ministère de la Santé a débloqué 10 millions d'euros sur cinq ans et mis en place un ►

2- social-sante.gouv.fr



## INTERVIEW

GHT  
POUR LE MEILLEUR... OU POUR LE PIRE ?

### CLÉMENCE MAINPIN

DIPLÔMÉE DE L'ÉCOLE DES HAUTES  
ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE (EHESP),  
CHEFFE DE PROJET MINISTÉRIEL  
SUR LES GHT À LA DGOS

# « L'objectif n'est pas de faire rustine »

Directrice d'hôpital, Clémence Mainpin a été nommée, en avril dernier, cheffe de projet ministériel sur les GHT à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Un dossier qu'elle connaît dans ses moindres replis.

**L'INFIRMIÈRE MAGAZINE :**  
Pouvez-vous nous présenter l'équipe projet et tracer les grandes lignes de votre mission ?

**CLÉMENCE MAINPIN :** L'équipe est pluriprofessionnelle et reflète toutes les dimensions de l'hôpital : le médical avec le D<sup>r</sup> Patrick Jourdain, le paramédical, avec Brigitte Scherb, ancienne coordinatrice générale des soins des hôpitaux universitaires Paris-centre, et l'administratif avec Stéphanie Saulnier, juriste. Notre mission consiste notamment à coordonner l'action des pouvoirs publics, qu'il s'agisse de la DGOS, de ses opérateurs et partenaires, telles l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, la HAS, l'EHESP... qui concourent à la mise en œuvre des GHT. Nous sommes aussi en lien avec le comité national de suivi du GHT et travaillons avec les ARS, qui, elles-mêmes, collaborent avec les délégations régionales de Fédération hospitalière de France afin, entre autres, de construire des outils d'accompagnement, former et assister localement les acteurs qui vont être responsables de la mise en œuvre des GHT. À la DGOS, nous sommes conscients que l'un des principaux enjeux est de convaincre les professionnels que le GHT est leur outil de travail. Nous finalisons d'ailleurs un plan d'information et de communication pour essayer « de descendre d'un cran » dans les organigrammes afin que les GHT ne soient ni perçus ni vécus comme l'expression de décisions prises par un directoire.

**L'I.M. :** Comment les instances représentatives des infirmières ont-elles été associées à la création des GHT ?

**C.M. :** Lors de l'élaboration de la loi et des textes réglementaires, la profession infirmière a été associée au niveau national via les organisations professionnelles et syndicales. Elles l'ont également été au niveau de leur établissement puisque les projets constitutifs de GHT ont été présentés en comité technique d'établissement où les IDE sont représentées par leurs organisations syndicales et devant la commission paramédicale. Par ailleurs, les paramédicaux vont être associés à la gouvernance des GHT à deux titres : d'une part, tous vont devoir mettre en place une instance paramédicale (la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de groupement, CSIRMT), qui sera ensuite déclinée dans chaque établissement. D'autre part, un des présidents de la CSIRMT fera partie du comité stratégique du GHT. Il sera, avec les autres présidents de commissions, à la manœuvre de tous les documents de cadrage qui vont organiser, structurer la vie et le fonctionnement du GHT.

**L'I.M. :** Quelle va être la place des infirmières dans la construction du projet de soins partagé (PSP) ?

**C.M. :** Elle sera essentielle, car ce sont les paramédicaux qui doivent l'élaborer et personne d'autre. Je précise que le PSP est obligatoire, et devra, comme le projet médical partagé, être finalisé au plus tard le

1<sup>er</sup> juillet 2017. Chaque PSP sera le fruit des travaux des équipes paramédicales concernées. Ainsi, tout professionnel paramédical aura son mot à dire sur les aspects qui intéressent sa profession, son exercice et ses pratiques qui vont se mettre en œuvre à l'échelle du GHT. Seront concernés, par exemple, l'harmonisation des protocoles de prise en charge, l'organisation graduée des prises en charge, mais aussi, le développement de la télémédecine ou celui de l'ambulatoire, ou encore la déclinaison des protocoles de coopération.

**L'I.M. :** Nombre d'IDE craignent de devoir « tourner » au sein de leur GHT. Leur inquiétude est-elle fondée ?

**C.M. :** L'objectif des GHT n'est pas de déplacer des personnels pour faire rustine sur des pénuries de compétences. Les GHT n'ont pas non plus vocation à porter des réorganisations massives sorties de nulle part. Tout changement dans les organisations et les pratiques ne pourra être que le résultat du projet médico-soignant partagé. Ainsi, dans certains GHT, l'évolution des organisations pourra se limiter à une convergence des protocoles de prises en charge ; dans d'autres, des équipes médicales voire paramédicales communes au groupement pourront être créées, mais cela ne se décide pas *a priori*. Ce sera la déclinaison de ce que les acteurs auront décidé de faire ensemble. ✨

PROPOS RECUEILLIS PAR F.V.

## TÉMOIGNAGE

LISA CANN

PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION  
NATIONALE DES ÉTUDIANTS  
EN SOINS INFIRMIERS (FNESI)

DR

« On craint une dégradation  
des conditions d'apprentissage »

**Les GHT ont pour mission de coordonner la formation initiale paramédicale. Cette disposition vous semble-t-elle satisfaisante ?**

Pas du tout. La Fnési s'y est d'ailleurs opposée, mais c'est fait. Dont acte. Cependant, le décret ne dit quasiment rien sur les modalités de mise en œuvre, ni ne précise ce que recouvre la mission de coordination ! Bref, pour l'instant, nous n'avons aucune information et sommes dans l'expectative. D'ailleurs, les établissements sont dans le même cas que nous. Par ailleurs, je pense que les GHT vont avoir beaucoup de choses à faire avant de s'occuper de la formation...

**Selon vous, qu'aurait-il fallu imaginer alors ?**

D'une part, il aurait sans doute été plus logique que les GHT aient un rôle dans la gestion de potentiel des stages avec une approche plus cohérente des places et les lieux de stage, ce qui éviterait ainsi les guerres entre les Ifsi. Et, d'autre part, qu'on développe une réflexion sur l'implantation des Ifsi,

notamment pour ceux situés dans des zones où les stages sont rares. Cette situation est problématique pour les étudiants qui ont des difficultés à trouver des stages intéressants, surtout quand il y en a peu, et qu'ils doivent parfois parcourir 100 km par jour pour rejoindre un lieu de stage.

**Craignez-vous la fermeture de certains Ifsi avec l'avènement des GHT ?**

Non, puisque ce sont les régions qui financent la formation initiale, et par conséquent décident de l'ouverture ou de la fermeture des instituts. En revanche, avec la mise en place des GHT, on craint davantage une mutualisation à outrance qui conduirait à une dégradation des conditions d'apprentissage et de l'offre pédagogique. Concrètement, ça peut se traduire par la suppression de postes de formateurs via la mutualisation de postes entre les instituts, mais aussi le recours excessif au numérique sans reprise des cours avec des enseignants. ✱

- comité de suivi. De son côté, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) s'est dotée d'une chefferie de projet, notamment pour coordonner les acteurs institutionnels chargés d'aider les établissements dans la mise en mouvement des groupements et d'évaluer leur performance au regard des objectifs fixés (lire interview p. 23).

### Attendre et voir...

Qu'est-ce qui va changer pour les soignants avec la mise en place des GHT ? Dans un premier temps, pas grand-chose d'après le Dr Thierry Gombeaud, à la fois praticien hospitalier, médecin de ville et médecin dans un centre municipal de santé : « Pour l'instant, les GHT, drivés par

leur établissement support, ne vont traiter que de questions administratives et logistiques. » Pour Jérémie Sécher, président du Syndicat des managers publics de santé (SMPS), « il est difficile de répondre à cette question aujourd'hui, mais il est assez logique d'imaginer que la mise en œuvre des GHT va affecter une partie des organisations soignantes, ne serait-ce qu'au travers des évolutions d'activités qui sont prévues dans le projet médical partagé et le projet de soins partagé ». Et d'ajouter : « Le problème, c'est qu'au départ, le GHT devait être délimité en fonction du projet médical partagé ; or, aujourd'hui, on voit que les GHT sont constitués avant même que les projets médicaux et de soins soient finalisés... »

Directrice des soins du centre hospitalier de Cadillac (33), et présidente de la commission des soins, Colette Scerri ne sait pas trop ce qui va se passer dans les prochains mois. Membre d'une CHT, son établissement a rejoint un GHT. « Pour nous, c'est un changement d'appellation. Le projet médical de la CHT sera la base du futur projet médico-soignant du GHT. Mais pour l'instant, il est un peu tôt pour savoir quels vont être les impacts, notamment en termes de formation pour le personnel infirmier. Nous allons travailler sur les pratiques avancées puisque l'on va pouvoir bâtir des formations à plusieurs établissements. Ça pourrait être intéressant pour des infirmières qui exercent en première ligne en centre médico-psychologique ou en addictologie, dans la mesure où les infirmières de pratiques avancées peuvent être une réponse à la démographie médicale et alors même que les protocoles de coopération sont très lourds à monter », explique la directrice. Pour le Gic-Repasi, qui représente les infirmières de pratiques avancées (IPA), « il ne faut pas s'emballer et vendre du rêve, car si le contour des GHT est désormais défini, rien n'existe encore pour les IPA, puisque le décret qui doit leur donner corps n'est toujours pas paru. Certes, les GHT vont organiser des parcours par filières de soins, et si cela réclame de la coordination par une IPA, il pourrait peut-être y avoir des opportunités. Mais nous ne sommes pas assez avancés pour l'affirmer. Aujourd'hui, le contour qui se dessine autour des IPA est davantage celui d'une praticienne que d'une clinicienne spécialisée, cela ne va donc pas trop coller avec de la coordination... » Du côté des blocs, on s'attend à des restructurations, mais « il faudra attendre pour que cela se précise. On peut imaginer que les contraintes médicales vont être repensées entre des établissements qui possèdent de gros plateaux techniques et d'autres plus modestes. De la même façon, le virage ambulatoire contenu dans la réforme pourra entraîner des blocs à se spécialiser dans cette prise en charge, mais il est difficile de tout mesurer aujourd'hui », estime Brigitte Ludwig, présidente de l'Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (Unaibode). Bref, comme souvent, les réformes de cette nature posent plus de questions qu'elles n'apportent de réponses. Les GHT n'échapperont pas à la règle... ✱

## PSYCHIATRIE

# Identités niées

Craignant de faire les frais des GHT, la filière psychiatrique plaide pour la reconnaissance de sa spécificité. Quelques établissements ont déjà obtenu une dérogation, mais jusqu'à quand ?

**L**e GHT a été pensé pour les établissements MCO <sup>(1)</sup>, pas pour ceux de psychiatrie. D'ailleurs, lorsque la loi a été discutée, rien n'était prévu pour préserver leur spécificité, comme l'ont rapidement pointé les professionnels du secteur et les syndicats de psychiatres. Du coup, le gouvernement a dû insérer dans la loi un article permettant la création de communautés psychiatriques de territoire, mais le dispositif ne permet pas de déroger au GHT», regrette le D<sup>r</sup> Noël Pommepuy, pédopsychiatre à Ville-Evrard (93). Le praticien représentait son établissement lors de la conférence de santé de territoire de la Seine-Saint-Denis qui s'est tenue à Bobigny en juin dernier, et a soutenu, à cette occasion, la demande de dérogation de l'établissement de ne pas rejoindre un GHT, comme le permet la loi. À travers l'Hexagone, une vingtaine d'établissements de la filière ont aussi initié cette démarche. De fait, les professionnels de santé mentale voient d'un très mauvais œil l'agrégation de leur établissement à un groupement arguant notamment que cette réforme risque de désorganiser fortement l'offre de soins du secteur pourtant déjà territorialisée depuis les années 60. « La prise en charge s'effectue plutôt par pathologie. Ainsi, les patients qui ont, par exemple, des épisodes dépressifs ou des troubles de la personnalité vont vers les CHU et nos établissements accueillent les patients psychotiques ou ceux atteints de pathologies lourdes. Il faut absolument conserver cette complémentarité », plaide le D<sup>r</sup> Pommepuy. D'autre part, les établissements psychiatriques craignent de voir leur dotation budgétaire et leur personnel « captés » par les MCO.

Une inquiétude partagée par des associations de patients, comme la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy). Comme l'explique Claude Finkelstein, sa présidente : « Si on oblige

les établissements psychiatriques à "se marier" avec des gros hôpitaux généraux, on risque d'être confrontés à une utilisation détournée des moyens parce qu'en psychiatrie, où on n'achète pas de PET Scan. En effet, il est difficile de tracer combien "coûte" un patient, aussi ne voit-on pas toujours très bien à quoi servent les moyens. Or, tous les hôpitaux ont une trésorerie dans le rouge et vont naturellement chercher de l'argent là où il y en a, considérant qu'ils en ont davantage besoin. » Rappelons que le secteur psychiatrique perçoit toujours une dotation budgétaire globale tandis que les établissements MCO sont soumis au régime de la tarification à l'acte (la T2A). Idem s'agissant de la mobilité des personnels. « Je suis administratrice dans un hôpital et lorsqu'il manque des infirmières dans des services de soins, on les prend en psychiatrie avec les dérives qu'on connaît, entre autres, la contentation et d'autres formes de maltraitance, car il n'y a plus assez de personnel pour prendre en charge les patients », relate la présidente.

### Perte d'autonomie

De son côté, la Coordination nationale infirmière (CNI) dénonce, dans un communiqué du 26 juin dernier, le désossage de la filière des services de psychiatrie et des établissements spécialisés qui, avec la mise en place des GHT, « vont perdre leur autonomie ». « Quels moyens seront attribués pour maintenir l'existence du secteur, améliorer les prises en charge intra et extrahospitalières, et répondre aux besoins de prévention ? », interroge ainsi le collectif psychiatrie de la CNI.

« Nous sommes conscients que la démographie médicale est un réel problème. Mais nous pensons que le meilleur moyen d'attirer de jeunes médecins dans la carrière sanitaire est qu'ils puissent exercer dans un établissement où la dimension psychiatrique est revendiquée et pas diluée dans l'activité polyvalente des GHT », poursuit le D<sup>r</sup> Pommepuy. Crainte encore pour la formation initiale et permanente des infirmières qui fait partie, avec d'autres services support, du package mutualisé au sein des groupements. « Nous sommes totalement contre, poursuit le médecin. On a déjà une perte de la qualité de formation d'une manière générale, je pense notamment à des aspects comme la relation thérapeutique en psychiatrie qui n'est plus enseignée, et qui sont un de facteurs de la survenue de la violence dans les unités de soins avec de jeunes professionnels qui n'ont pas acquis cette culture et n'ont pas non plus bénéficié de la transmission des savoirs entre générations. » À la veille du 1<sup>er</sup> juillet, une dizaine d'établissements de santé spécialisés en psychiatrie ont obtenu une dérogation d'adhésion à un GHT et quelques-uns se sont alliés autour de GHT psychiatriques. Mais, pour l'heure, personne ne sait si ces dérogations sont provisoires ou définitives. « En somme, conclut le Dr Pommepuy, il ne faut pas s'endormir, car à terme, on ne sait pas à quelle sauce on va être mangés. » ✪

## PATIENTS

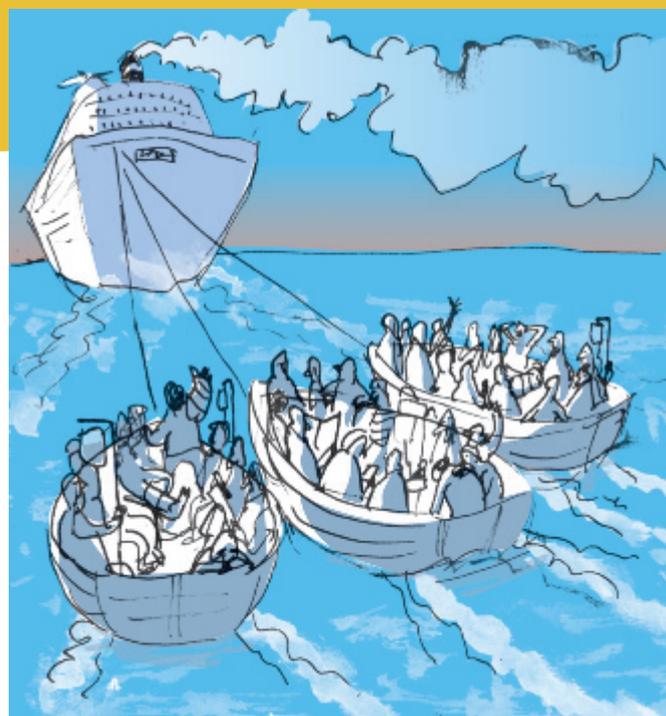
## Les oubliés

Directement concernées par la mise en place des GHT, les associations de patients et d'usagers regrettent de ne pas avoir été impliquées dans la nouvelle donne hospitalière.

**L**es agences régionales de santé ont fait comme Charles Pasqua en son temps avec la carte électorale... Elles ont pris des ciseaux et, seules dans leur coin, ont découpé les territoires pour assembler des hôpitaux les uns aux autres, sans aucune concertation avec les associations de patients», s'irrite Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif de la santé (Ciss). Pourtant concernés au premier chef par la nouvelle organisation de l'offre de soins, patients et usagers semblent donc les grands oubliés des tours de table et négociations, alors même que la création des filières de soins que les GHT portent va structurellement modifier les modalités de prise en charge. « Il n'y a qu'à lire le modèle de convention constitutive rédigé par le ministère de la Santé pour se rendre compte qu'il existe un problème d'équation participative dans leur élaboration. Ainsi, le document détaille sur trois pages la composition et les missions de la commission médicale d'établissement alors qu'il consacre seulement deux lignes à la commission des usagers. Commission dont on ne sait toujours pas qui va la composer et quel sera son rôle ! Quant au projet médical partagé, avec qui va-t-il l'être ? Pas avec les bénéficiaires finaux en tout cas, puisqu'il ne sera même pas présenté aux conférences régionales de santé et de l'autonomie<sup>(1)</sup>. Bref, à nos yeux, les GHT sont le symbole de l'entre-soi hospitalier », juge le secrétaire général délégué du Ciss.

### Quid de la démocratie en santé ?

Une absence de dialogue qui « se traduit par une gouvernance des GHT en pelure d'oignon. La première couche est constituée par la direction du GHT et la commission médicale d'établissement qui détiennent le pouvoir de décision ; puis d'une seconde, constituée par les élus locaux mais qui, eux, ne participent pas aux décisions, et enfin par une troisième, où l'on trouve les associations de patients et les organisations syndicales qui restent très éloignées de toutes des discussions et réflexions et, par conséquent, absolument pas associées au processus décisionnel et au fonctionnement du groupement. De



fait, les GHT sonnent un net recul de la démocratie en santé », estime Pierre Laporte, vice-président chargé de la solidarité du conseil départemental de Seine-Saint-Denis et qui a animé en juin dernier une conférence de santé de territoire dédiée aux GHT. Un constat partagé par Claude Finkelstein, présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy) : « Le ministère de la Santé ne nous a conviés à aucune rencontre ou discussion autour de la création des GHT. Les seuls travaux auxquels nous avons été associés ont eu lieu dans le cadre informel de réunions auxquelles participent les familles, les usagers, les professionnels avec les directeurs d'hôpitaux de la Fédération hospitalière de France (FHF), alors que cette réforme est faite au nom des patients ! »

Mais les GHT n'ont pas que des détracteurs dans le milieu associatif. Vice-présidente de La Ligue contre le cancer, Claudine Bergoignan-Esper estime que la réforme « est favorable aux patients puisque les GHT ont notamment pour objectif de traiter les inégalités de l'offre de soins entre les régions et l'inégal accès aux soins pour la population. En tant qu'association de patients, nous ne pouvons donc que souscrire à cette démarche ». Cependant pour la Ligue, il n'y a pas de chèque en blanc : « Une évaluation et un bilan du nouveau dispositif seront nécessaires afin de mettre en regard les objectifs initiaux et les résultats obtenus. »

Autre point soulevé par les associations : la diminution de la liberté d'aller et venir des usagers dans le système de soins au profit de la logique de filières déployée avec les GHT. « On a beau nous dire le contraire, la réalité plaide pour nous, poursuit Christian Saout. Par exemple, si vous habitez à Brioude et que l'hôpital est rattaché au Puy-en-Velay, l'hôpital de référence ne sera pas Clermont-Ferrand mais Saint-Étienne. Conséquence, au lieu d'une heure, il en faudra deux pour se rendre à une consultation ! Nous sommes très circonspects, avec la crainte, au fond, que le GHT, qui pourrait être un outil de mutualisation de moyens, soit celui de la restructuration et, qu'à terme, ferme des établissements. » ★

1- Créée en 2009 par la loi HPST, la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) est une instance de démocratie sanitaire consultative qui concourt par ses avis à la politique régionale de la santé.