

## Vive l'interdépendance! Brisons les frontières invisibles, osons le territoire!

*Long life to interdependence! Let's break invisible  
frontiers, let's dare the territory!*



### Frédéric Boiron

Directeur général du CHU  
de Saint-Étienne, préfigurateur  
du groupement hospitalier  
de territoire (GHT)  
Loire (20 établissements).  
Président de l'Association  
nationale des directrices  
et directeurs d'hôpital (ADH).

**I**l faut voir notre monde tel qu'il est : ouvert, changeant, rapide. Les innovations médicales se gèrent à l'échelle planétaire, la recherche clinique est multisite, les concepts de management se discutent à l'international, les jeunes médecins se forment à l'étranger et les jeunes directeurs aussi. Les usagers sont mobiles et exigeants, se renseignant en un clic sur les thérapeutiques, voire sur les praticiens... La "planète santé" est un village dans lequel tout est de plus en plus interconnecté.

Ce grand mouvement d'ouverture n'a pas que des avantages, mais, quoi qu'on en pense, c'est la réalité d'aujourd'hui. Alors, faudrait-il que tout hôpital reste juché sur son Aventin "géographiquement autonome", étanche aux transformations de la société qu'il sert ? **On ne fait rien seul dans le monde de la santé.** L'hôpital lui-même est le lieu des coopérations et des interactions entre professionnels. Nul médecin, nul dirigeant, nul cadre ne l'ignore : chaque professionnel de santé est en réalité membre d'une chaîne de prise en charge, dont les maillons se densifient toujours plus.

Dans cette vision, **la nouvelle frontière des générations montantes, c'est le territoire.** La récente loi de modernisation de notre système de santé introduit un changement majeur avec la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cet instrument de stratégie de groupe, fondé d'abord sur un projet médical, offre une opportunité exceptionnelle pour consolider un tissu hospitalier public médicalement efficace et économiquement pertinent. Pensons à nos cadets, lançons-nous dans ces réformes sans hésitation ni complexe!

La loi de santé rend obligatoire pour tout hôpital d'adhérer à un GHT. C'est un élément important de cette réforme : depuis plus de 20 ans, on parle beaucoup de coopération organisée entre hôpitaux publics, mais, bien souvent, la pratique est restée en retrait : nous savions que le diable se nichait dans les détails, l'expérience a montré qu'il se cachait aussi très bien dans les cloisons... Combien de territoires ont pu se fragiliser à force de concurrences inutiles, exacerbées par la tarification à l'activité (T2A) ? Dans ce contexte, le GHT peut permettre de réduire les cloisonnements. On pourra mal vivre l'obligation de se fédérer dans un groupement, mais, à la vérité, beaucoup de responsables mesurent la nécessité, parfois vitale, de s'entendre entre hôpitaux publics – et plus personne ne souhaite exercer

totallement seul. **Nous sommes interdépendants de nos collègues, de nos confrères, de nos réseaux de coopération. Tant mieux!**

Vive l'interdépendance, on est plus forts et plus intelligents à plusieurs que seul.

Pour que les choses se passent bien, le GHT doit procéder d'une logique territoriale, sur un périmètre pertinent et variable pouvant comprendre plusieurs bassins de proximité. Il serait dangereux de définir une "taille standard" des GHT, car cela risquerait de technocratiser la démarche. Bien sûr, il ne faut construire ni trop petit, ni trop grand. Mais la France hospitalière est extraordinairement riche, et les situations sont très variées : laissons des marges aux acteurs. Localement, deux indicateurs simples peuvent aider : les flux de patientèle, d'une part, le volontariat des acteurs, d'autre part. On doit s'efforcer de privilégier les découpages fondés sur un accord des établissements concernés, à charge pour eux d'en trouver les termes. À défaut d'accord local, c'est naturellement l'autorité sanitaire qui devra arbitrer.

Un point important : les GHT ne sont pas des personnes morales. Ils ne seront donc pas employeurs, ne passeront pas de marchés, ne posséderont pas de patrimoine. Le GHT, en soi, n'est pas une pyramide, c'est un concept de nature fédérale qui oblige à se coordonner, mais n'efface pas les institutions locales. La formule retenue, pour permettre les arbitrages, est celle de la délégation de certaines compétences, par les établissements membres, à l'établissement support du GHT : chaque groupement est doté d'un établissement support qui exerce pour le compte des autres ces compétences ou qui en définit l'organisation. Il s'agit notamment de la fonction achats, du département d'information médicale territorial, du système d'information, des plans de formation, des écoles paramédicales, des équipes médicales ou pôles interétablissements, de l'organisation de l'imagerie, de la biologie et de la pharmacie. La loi demande que le projet médical de groupement définisse les filières de prise en charge, donc la complémentarité entre les services du groupement. Mais le GHT est également doté d'instances qui donnent au système un caractère participatif : un collège médical (ou une commission médicale de groupement) représentant les commissions médicales d'établissements (CME) des membres ; un comité stratégique, sorte de "directoire" du groupement représentant les gouvernances des membres et présidé par le directeur de l'établissement support ; un comité des usagers (ou une commission des usagers de groupement) ; une commission des soins de groupement ; un comité territorial des élus locaux ; une conférence territoriale de dialogue social. Ces instances ne remplacent pas celles des établissements membres, qui continuent de fonctionner, mais peuvent leur déléguer des compétences.

On voit que l'édifice est vaste : c'est la nature même d'une coopération de type fédéral entre des établissements qui conservent des attributions réelles. Il faudra sans doute un peu de temps pour trouver les équilibres et les habitudes

de fonctionnement. Mais la République fédérale d'Allemagne, par exemple, y parvient avec succès à l'échelle d'un État : les hospitaliers français sauront eux aussi construire un modèle efficace.

**Dans tous les cas, la coopération territoriale entre acteurs du soin est aussi nécessaire aux usagers qu'aux professions de santé.**

C'est une condition déterminante au maintien d'un service public de qualité et de proximité, pour entretenir un réseau satisfaisant de lieux de formation, d'exercice et d'innovation dans l'ensemble du pays. C'est un enjeu crucial pour faire face au défi croissant du financement des besoins.

C'est une opportunité pour consolider les liens entre professionnels de ville, réseaux de spécialistes et établissements de santé.

**Mais il faut le faire en promouvant les valeurs humanistes sans lesquelles tout cela n'aurait pas de sens.** Le monde est complexe, "marchand", souvent trop individualiste. Face à cela, l'une des valeurs les plus fortes de notre système reste **la solidarité**, dont l'hôpital public est un remarquable témoignage. Avec ses imperfections, sans doute, l'hôpital a su développer sa performance et **faire tomber une grande partie de ses cloisonnements internes.** **Il saura briser les "frontières territoriales invisibles"** qui, trop souvent encore, handicapent son organisation partenariale au service des patients et des professionnels.

Les GHT réussiront s'ils sont conçus près du terrain, par des professionnels qui se respectent et partagent les priorités d'un projet médical réfléchi en commun. Ils réussiront s'ils se montrent ouverts aux acteurs de ville, du médico-social, aux représentants des usagers, aux réalités locales. C'est difficile, nul ne sait combien de temps cela prendra. Mais c'est **une formidable occasion de consolider les coopérations médicales, paramédicales, sociales, afin de mieux structurer l'offre proposée aux usagers, de mieux l'adapter aux besoins, de réduire aussi l'isolement de certains territoires ou de certains professionnels.**

*L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

Osons le territoire!

### AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction-révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), partenariat avec le GRIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses) et lien privilégié avec le CRI (Club Rhumatismes et Inflammation),
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publiédactionnels en marge des articles scientifiques.