

Les groupements hospitaliers de territoire : outil de la réforme de l'offre globale de santé et du modèle social français

Frédéric Rauch

La Loi Touraine s'est dotée d'un outil pour avancer plus vite encore dans la réforme de l'offre de santé sur les territoires : les groupements hospitaliers de territoire. Outil d'économies sur la dépense de la Sécurité sociale (690 millions pour 2016 au titre de la dépense hospitalière), la nature des GHT, de leur fonctionnement administratif et financier, va aussi profondément modifier la structuration de l'offre hospitalière et participer d'une réduction de l'offre sur les territoires.

1. Intervention de M^{me} la ministre Touraine lors de la discussion au sénat des amendements à l'article 27 du projet de loi.

2. Éléments tirés de l'article 27 du projet de loi portant sur la création des GHT.

La loi HPST les avait formulés dans leur principe, la loi santé promulguée le 26 janvier dernier leur donne vie. Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) deviennent une nouvelle formule de « coopération » des établissements de santé publics sur les territoires. Comme l'a souligné Marisol Touraine lors du débat parlementaire¹, « l'instauration des GHT est une mesure non pas "grand public", mais structurante en termes médical et territorial. Il s'agit de réorganiser nos hôpitaux, de leur donner les moyens de faire face aux défis en matière de santé auxquels sont confrontés nos territoires, en développant des projets médicaux par territoire auxquels les communautés médicales adhèrent. » Associé au principe du parcours de santé du patient, ce ne serait donc plus le patient qui devra s'adapter au système de prise en charge, mais l'inverse.

Pourtant, ce qui s'apparente à une recherche d'optimisation de la réponse aux besoins des populations sur les territoires constitue, en première instance, une recherche d'optimisation comptable de la dépense

sociale de santé et, en seconde instance, une nouvelle offensive contre l'ensemble de notre système de santé qui dépasse le cadre de l'offre de soins hospitaliers tout en passant par elle.

Des GHT pour faire des économies

Au plan sanitaire, les GHT ont pour objet défini par la loi de « mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient »². Au nom de la « recherche d'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité », ils assurent la « rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ». Dans chaque groupement, « les établissements élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi qu'un accès à une offre de référence et de recours ».

Les GHT incarneraient donc une réforme organisationnelle visant une efficacité dans l'offre de soins hospitaliers sur nos territoires. Mieux organiser l'offre globale d'un territoire, pour mieux répondre aux problématiques et à la gradation de la prise en charge des malades. Le discours est tentant, mais loin d'être convaincant. Pour deux raisons notamment.

D'abord, parce que les GHT sont régressifs par rapport aux dispositifs antérieurs de coopération entre établissements, telles les Communautés hospitalières de territoire (CHT) de la loi HPST. Si ces dernières ne sont pas la panacée, elles ont malgré tout parfois permis d'alimenter la réflexion sur la construction de filières coordonnées du parcours-patient et de légitimer certains établissements ou services hospitaliers sur les territoires. Ce qui ne semble pas être le cas des GHT, dans la mesure où le point de départ de leur construction n'est pas les besoins de santé des populations.

En effet, si les GHT et CHT proposent une réorganisation de l'offre hospitalière sur un territoire calibrée

Au final, tout concourt à penser que cette structuration de l'offre sanitaire en GHT est un outil de gestion comptable supplémentaire permettant d'assurer la remontée budgétaire des ressources des établissements publics vers les « établissements supports » définis par les ARS sur un territoire donné à des fins de contrôle et d'économies budgétaires.

par un projet médical partagé, là où les CHT revendiquaient un volontariat dans la coopération inter-établissements assis sur un projet médical commun des établissements construit à partir des besoins du territoire, les GHT deviennent obligatoires pour les hôpitaux publics, leur projet médical devient unique et est élaboré par l'Agence régionale de santé, sans précision aucune sur le niveau territorial d'élaboration du projet (bassin de vie, département, région). En outre, dans les CHT, c'est le projet médical commun qui justifiait la convention de groupement des établissements. Ce n'est plus le cas avec les GHT, la convention entre les établissements du groupe et le projet médical unique sont déconnectés. D'une certaine manière, le projet de groupement liant les établissements prime sur le projet médical, dans la mesure où celui-ci a une « durée de vie cible » inférieure à la convention constitutive du groupement. En bref, la philosophie de « coopération » entre établissements au bénéfice du territoire des GHT est très différente de celle initialement inscrite dans les CHT.

En réalité, cette déconnexion projet médical/groupement conforte l'idée que ce qui prime dans « la mise en commun des fonctions et des activités », c'est l'économie attendue sur la dépense budgétaire des établissements par cette mutualisation et non l'intérêt du patient. Que personne ne puisse s'opposer à une rationalisation de l'activité lorsqu'elle améliore l'efficacité de la prise en charge est une idée juste. Mais lorsque son objectif assumé consiste à réaliser 400 millions d'économies en 3 ans sur la dépense hospitalière par la mutualisation de fonctions transversales au sein d'un « établissement support », *via* la convention constitutive du groupement, il en va tout autrement. La gestion de l'information médicale du territoire, la fonction achat, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicales du groupement, des plans de formation continue et professionnelle continue des personnels du groupement, certaines activités administratives et logistiques, les activités de biologie, d'imagerie médicale et de pharmacie hospitalières, toutes ces fonctions seraient mises en commun, permettant de faire des économies d'échelle sur les coûts de fonctionnement. Pacte de responsabilité oblige!

Or cette concentration obligatoire des moyens va créer des usines à gaz (quel système unique d'information médical pour les établissements du groupement, par exemple?) dont le coût de fonctionnement est largement sous-estimé. Mais surtout, elle va alimenter la suppression des emplois dans le secteur public. Rappelons que le 4 février 2015, M^{me} la ministre annonçait 3 milliards d'économies supplémentaires sur les dépenses hospitalières d'ici à 2017, et invitait les hôpitaux à maîtriser leur masse salariale et leurs coûts de fonctionnement. De sorte

que, dans un contexte de sous-financement hospitalier (ONDAM hospitalier à 1,75 % pour 2016) et de recherche d'économies (690 millions d'euros d'économies sur les établissements inscrites dans la LFSS 2016), cet appel à la maîtrise de la masse salariale se traduira par 22 000 postes supprimés dans la Fonction publique hospitalière d'ici à 2017. Et par le truchement de la T2A, la suppression des postes se traduira inmanquablement par une baisse de l'activité des établissements et donc une baisse programmée et supplémentaire de leurs ressources de fonctionnement. Ce qui pour les usagers ne sera pas sans effets: réduction de personnels stabilisés sur site, allongement des délais d'accès aux services de soins, suppression à terme des structures de proximité... Et quand bien même la loi invoque la mobilité inter-sites des personnels de santé pour compenser, au-delà même l'impact sur les conditions d'exercice des praticiens, celle-ci sera incapable de répondre efficacement à la réalité des besoins de la population faute de personnels en nombre suffisant. L'ensemble de l'offre sanitaire étant concerné (MCO, SSR, médico-social, psychiatrie), c'est donc au final toute l'offre publique qui sera impactée.

Des GHT pour reconfigurer l'offre de santé sur les territoires

Au final, tout concourt à penser que cette structuration de l'offre sanitaire en GHT est un outil de gestion comptable supplémentaire permettant d'assurer la remontée budgétaire des ressources des établissements publics vers les « établissements supports » définis par les ARS sur un territoire donné à des fins de contrôle et d'économies budgétaires.

En effet, bien que la loi mette en place des groupements hospitaliers et non des fusions d'établissements sur un territoire, elle ouvre la voie à une mutualisation budgétaire et des trésoreries des établissements de chaque groupement, ce que ne manque pas d'appuyer le rapport final de la mission GHT piloté par J. Hubert et F. Martineau [février 2016] préconisant les orientations des décrets d'applications de la loi. Dans sa préconisation n° 10, ce rapport insiste pour « mettre en place une solidarité budgétaire et de trésorerie [entre établissements du groupe. Cette solidarité étant] l'une des conditions de réussite pour instaurer une stratégie de groupe ». Elle viendrait alors contre-balancer la tendance supposée des établissements à maintenir des activités redondantes dans la mesure où, par la T2A, leur santé financière dépend directement de l'activité réalisée dans chaque structure.

Ainsi est avancée la mise en place d'un budget annexe dans la comptabilité de l'établissement support qui reprendrait les

mouvements de dépenses et de recettes des activités mutualisées. Les charges de ce budget annexe de l'établissement support comprendraient l'ensemble des charges d'exploitation correspondant au périmètre des fonctions mutualisées (le reste restant dans la comptabilité des établissements du groupe). Quant aux produits, ils répondraient à une clé de répartition définie par voie réglementaire (les services du ministère étant à l'œuvre) selon 4 critères : produits d'exploitation, poids du bilan, effectifs, nombre de séjours/journées. En bref, les établissements du groupe conservant dans leurs charges les coûts les plus élevés et l'établissement support bénéficiant dans ses produits des rentrées les plus importantes. Par ailleurs, dans ce schéma, l'établissement support deviendrait le maître d'ouvrage pour l'investissement dans le champ des activités mutualisées. Enfin, serait introduite une solidarité de trésorerie entre établissements fonctionnant sur le modèle du *cash pooling* des groupes privés qui consiste à remonter les soldes des comptes bancaires des filiales d'un groupe vers le compte centralisateur de la maison mère. La trésorerie du GHT étant alors pilotée par l'établissement support. Qui, en pratique, compte tenu de la politique de rationnement budgétaire des établissements, en aura besoin pour fonctionner. Les établissements de proximité, ainsi filialisés, perdraient leur autonomie financière dans leur gestion quotidienne au profit de l'établissement support. En fin de compte, le GHT permettrait alors d'assurer le glissement définitif du concept « d'hôpital public répondant à un besoin de santé » à celui « d'hôpital entreprise soucieux de sa rentabilité et répondant à un besoin de santé en fonction d'elle ». On retrouve d'ailleurs ici l'état d'esprit et la philosophie qui ont piloté les dispositions législatives de la loi Macron concernant l'hôpital public, à savoir lui ouvrir la possibilité de développer à l'international sa compétitivité en allant conquérir des marchés sur la base de ses compétences reconnues...

Mais si ces évolutions préconisées confirment le passage au second plan des besoins de santé des territoires dans les objectifs de prise en charge hospitalière, ils dessinent aussi une orientation particulière dans cette prise en charge. Car ces choix s'inscrivent aussi dans le cadre particulier d'un affaiblissement considérable de l'accès aux soins sur les territoires. Comme le souligne le SMG, « l'accès aux soins primaires n'est plus assuré sur tout le territoire national, tout comme la continuité et la permanence des soins, [...] Comment dès lors construire une filière de soins cohérente [...] revendiquée par les GHT], si les soins primaires deviennent défectueux? »³

Pour répondre à cette question, il convient de se référer une fois de plus à la loi qui conforte le développement des groupements de coopération sanitaire (GCS) entre public et privé, en même temps qu'elle pousse au développement de l'hospitalisation ambulatoire. Or en affaiblissant la présence de structures hospitalières publiques sur les territoires à l'aide des GHT, le gouvernement encourage l'implantation et l'encrage des structures privées, déjà facilités par le recours grandissant à l'ambulatoire (70 % de la chirurgie ambulatoire est déjà réalisée dans le privé). De sorte que rien n'interdit aujourd'hui d'imaginer que dans un processus lent mais structurant d'une

mutualisation progressive des services hospitaliers sur un territoire au sein des GHT, avec la dilution des structures publiques de proximité, les « établissements supports » puissent être amenés à remplir le rôle de structure de niveau 2 dans la prise en charge socialisée de santé. Le niveau 1 relevant des structures privées et le niveau 3 des CHU. Chacun ayant sa propre mission dans la prise en charge.

Un schéma qui est loin d'être une vue de l'esprit si on l'adosse à la stratégie nationale de santé (SNS), dont l'ambition de « refonder en profondeur notre système de santé » repose sur un axe central visant à « offrir une solution de proximité pour tous les Français, permettant de répondre aux trois enjeux des soins courants, des maladies graves avec geste technique et des maladies chroniques et handicaps », qui passent par « mieux prendre en charge en ville pour éviter les hospitalisations inutiles ». Or, si les ambitions de la SNS sont louables dans leur esprit, il reste que, dans un contexte d'austérité budgétaire, le GHT vient à point nommé pour contribuer à la réduction des coûts tout en recherchant une adaptation de l'offre de soins aux rationnements physique et matériel de l'offre (pénurie de médecins et soignants) en même temps que pour développer une prise en charge adaptée aux évolutions des pathologies (développement des maladies chroniques par exemple) et des attentes des malades (prise en charge à domicile de personnes âgées...)...

Enfin, et cela doit être noté, cette stratégie de développement des GHT accompagne parfaitement aussi les orientations des différentes réformes des collectivités territoriales dont la caractéristique est, au-delà des économies budgétaires, la recherche d'une organisation spatiale du territoire adaptée aux besoins de rentabilité financière du capital international organisée autour des pôles métropolitains. Les directeurs généraux des ARS étant conçus comme les représentants de l'État dans les régions sur les questions sanitaires, avec les GHT ils auront les moyens de le démontrer en réorganisant spatialement l'offre de santé hospitalière de manière adéquate à la re-spatialisation des territoires induite par la réforme des collectivités. En contribuant à organiser l'offre publique hospitalière et de santé sur le territoire régional sur le mode du désert médical ou bien sur celui de la concentration de l'offre, les GHT pourraient alors participer activement à la réorganisation territoriale des services publics, des populations et des territoires, au service de la rentabilité du capital international mais au détriment des besoins actuels de la population.

En guise de conclusion

Il est incontestable que ces GHT constituent des instruments de réduction de l'offre publique hospitalière sur les territoires à des fins d'économie budgétaire et des vecteurs de valorisation d'une emprise du secteur privé sur l'offre de soins.

Mais il est aussi notable que cette structuration à trois étages de l'offre de santé sur le territoire soit en adéquation avec les orientations définies pour la prise en charge socialisée des dépenses de santé (obligatoire public, complémentaire obligatoire collective, sur-complémentaire privée). Elle s'inscrit en effet dans

3. Soins primaires étant entendu au sens anglo-saxon du terme : le meilleur soin.

une démarche de prise en charge différenciée selon le principe « petits soins »/« gros soins » conforme avec la nature de la prise en charge selon qu'elle est privée ou publique.

En vérité, présentés comme des outils de modernisation de notre système de santé visant l'égalité d'accès aux soins de tous, ces GHT vont les renforcer, à la fois, en confortant la désertification sanitaire et en ouvrant la porte aux acteurs privés de santé.

Or chacun sait aujourd'hui les raisons pour lesquelles l'offre de santé hospitalière n'assure plus aussi effica-

cement qu'auparavant ses missions de service public : une insuffisance de financement des établissements, notamment par la Sécurité sociale, elle-même en manque de recettes pour cause de chômage de masse, et une insuffisance de professionnels de santé en exercice, pour cause de *numerus clausus* excessif. Deux raisons principales auxquelles la loi santé, ni les GHT ne répondent. ■■

Fiche Sociale

Sur la proposition de RSA jeune du rapport Sirugue

I- Le cadre

Le rapport Sirugue, remis au Premier ministre le 18 avril dernier, a pour objet de « rationaliser » les 10 minima sociaux actuels, c'est-à-dire de les réduire à un, deux ou trois dispositifs maximum assurant un socle de couverture sociale unique minimal de lutte contre la pauvreté. Cette couverture commune minimale, qui n'est pas un revenu d'existence, serait versée aux individus en tenant compte des revenus du ménage et serait dégressive en fonction des revenus gagnés par ailleurs.

Dans ce cadre de mise en œuvre progressive, et après la création de la prime d'activité qui a fusionné le « RSA activité » et la prime pour l'emploi [Sirugue, LF 2014], le rapport préconise d'ouvrir le droit au RSA aux jeunes de 18 à 24 ans à compter du 1^{er} janvier 2017. Aujourd'hui, ces derniers n'en bénéficient pas, sauf conditions très spécifiques : être parent, avoir travaillé 2 ans à temps plein, être conjoint d'un plus de 25 ans qui y a droit.

II- Le dispositif RSA jeune proposé

L'objectif déclaré : lutter contre la pauvreté des jeunes

Le taux de pauvreté des 18-29 ans était de 18,6 % en 2013, tandis que celui de la population était de 12,3 %. Avec le RSA jeune, le gouvernement veut montrer qu'il se préoccupe de la jeunesse, malgré le contexte du projet de loi El Khomri, en lâchant quelques concessions.

Le dispositif : cibler les jeunes exclus mais pas tous les jeunes

Actuellement seulement 176 000 jeunes de moins de 25 ans bénéficient du RSA parce que répondant aux critères spécifiques. Le rapport veut faire sauter ces critères restrictifs pour le bénéfice du RSA pour les moins de 25 ans.

Néanmoins, l'extension aux moins de 25 ans du RSA serait subordonnée à deux conditions :

- que le jeune ne soit pas étudiant ;
- qu'il ne soit pas rattaché au foyer fiscal de ses parents.

Le RSA jeune ne serait donc pas ouvert à tous les jeunes.

Le financement : 6,6 milliards d'euros pour un RSA 18-25 ans (soit 1/3 du coût annuel du CICE !)

Le coût de la mesure a été estimé par la Direction du Trésor à un maximum de 6,6 milliards d'euros annuels (l'estimation était de 3,8 milliards d'euros en 2012).