

[S'abonner \(/abonnement.html\)](/abonnement.html)[🛒 \(/boutique.html\)](/boutique.html)[Retour](#)

L'infirmière n° 054 du 01/03/2025

GHT : QU'ONT-ILS CHANGÉ POUR LES INFIRMIÈRES ?



ACTUALITÉS

POLITIQUE TERRITORIALE

Auteur(s) : Adrien Renaud (/recherche/article.html?query=%22Adrien%20Renaud%22&revues%5B%5D=INF&sortby=relevance)

Depuis huit ans, les groupements hospitaliers de territoires (GHT) occupent une place centrale dans les discussions qui se déroulent au sein des directions d'établissement. Mais leurs implications concrètes restent souvent obscures pour les infirmières sur le terrain. Tentative d'éclaircissement.

De la T2A (pour « tarification à l'activité ») à la loi HPST (pour « Hôpital, patients, santé, territoires »), les milieux hospitaliers sont habitués à se livrer à des débats passionnés autour d'acronymes inintelligibles pour le reste de la population. Mais rares sont les sigles qui auront fait couler autant d'encre que les « GHT », qui contraignent, depuis huit ans, les établissements d'un même territoire à se regrouper autour de « projets médico-soignants ». Reste que si les bureaux administratifs semblent préoccupés par ce sujet au premier chef, il peut paraître lointain vu des salles de soins. Un éloignement qui, si l'on regarde les choses de façon détaillée, pourrait bien n'être qu'une illusion d'optique.

Mais d'abord, remontons à la source. Les GHT ont été rendus obligatoires au 1^{er} juillet 2016 par la loi dite « de modernisation de notre système de santé », plus connue sous le nom de « loi Touraine ». L'objectif affiché était de mieux organiser la gradation de l'offre de soins au sein des différents territoires : *via* la constitution de « filières de soins territorialisées », promettait le ministère de la Santé, il s'agissait « d'offrir les meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit ». Désormais, toujours selon l'avenue Duquesne, le pays compte 136 GHT aux profils plus que divers : ils rassemblent de deux à vingt établissements, et couvrent des territoires allant de 100 000 à 2,5 millions d'habitants.

Grande hétérogénéité

En plus d'afficher une grande diversité dans leur physionomie extérieure, ils sont également « *très hétérogènes en termes de dynamique, de vie de territoire* », précise Laurence Laignel, présidente de l'Association française des directeurs de soins (AFDS). Par définition, leur degré de maturité dépend de chaque territoire, ce qui explique, selon celle qui est aussi directrice des soins du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers, pourquoi ils ne sont pas vécus de la même manière par tous les professionnels. « *Si vous demandez ce que représente le GHT à une infirmière qui travaille sur deux établissements qui sont en direction commune, elle en aura une idée très concrète* », assure-t-elle, tandis que ce ne sera pas le cas pour une infirmière travaillant dans un établissement où le processus est moins avancé. Une analyse que partage le D^r Frédéric Martineau, corédacteur en 2015 avec Élisabeth Hubert, alors directrice générale du CHU de Grenoble, d'un rapport qui avait préfiguré la création des GHT. « *On peut, à l'heure actuelle, objectiver une disparité dans la mise en place des GHT* », constate ce radiologue, chef du pôle « imagerie » au centre hospitalier de la côte basque. Celui-ci estime notamment qu'en termes de positionnement et de dimensionnement, certains GHT sont « *adaptés à la population et aux flux* », tandis que d'autres sont « *trop gros, trop petits, ou encore mal situés* ». Mais selon lui, les GHT font désormais partie du paysage, et ne sont pas près d'en sortir. « *Tout le monde s'est mis en mode GHT* », constate le radiologue.

Le « mode GHT » en pratique

Mais que signifie, concrètement, ce « mode GHT » qui semble devenu la nouvelle norme hospitalière ? Comme souvent, la réponse à cette question dépend fortement de la personne à qui elle est posée. Pour Delphine Lichty, par exemple, infirmière à Neufchâtel-en-Bray (Seine-Maritime), dont l'hôpital de proximité a été intégré dans un GHT comprenant notamment le CHU de Rouen, la grande crainte est celle de la mutualisation des moyens humains.

« On voit que plus les choses avancent, plus on va vers cela, s'inquiète-t-elle. On nous fait signer des avenants sur la mutualisation des services administratifs, de la logistique. Il est difficile de penser mutualiser massivement ce qui concerne les soins, mais on a peur qu'un jour, on nous demande d'aller travailler ailleurs, pas forcément au CHU, mais dans un autre établissement sur le territoire. »

Une vision que contestent en chœur Frédéric Martineau et Laurence Laignel. « On ne peut pas dire à une infirmière qu'elle va être obligée d'aller travailler ici ou là-bas, cela doit vraiment se faire sur la base du volontariat, avec de la pédagogie », assure le premier. « L'idée que les GHT avaient pour objectif de mutualiser des services et de fermer des lits est un élément de langage qu'on a beaucoup entendu au début de leur mise en œuvre, observe la seconde. Elle est infondée, car chaque service travaille sur le périmètre qui est le sien, dans une volonté de gradation des soins. » Elle note ainsi que si certains paramédicaux aux compétences particulières (plaies et cicatrisation, douleur, etc.) en viennent à partager leur temps de travail, c'est toujours dans le cadre d'un projet mûrement réfléchi en équipe.

Mais pour la présidente de l'AFDS, les craintes liées à la mutualisation des moyens trouvent leur origine dans une confusion en partie compréhensible : les GHT sont bien conçus, au moins en partie, pour faire des économies. À ceci près, assure-t-elle, qu'il ne s'agit pas d'économies au détriment du personnel soignant. « Les GHT permettent de faire des économies de masse, par exemple sur les achats, avance la directrice des soins angevine. Quand on décide d'acheter ensemble un logiciel de gestion des lits, par exemple, cela a du sens parce qu'on a un poids qui permet une meilleure négociation à l'achat et surtout, cela permet de fluidifier les parcours patients car on saura mieux partager nos disponibilités sur nos filières de prise en charge. »

Des impacts pour les soignants... et les patients

Et si les questions d'économies d'échelle sur les achats de logiciels peuvent paraître quelque peu éloignées des préoccupations des soignants de terrain, les GHT ont souvent bien plus de conséquences sur le quotidien infirmier qu'on ne pourrait le croire. « Cela engendre de nombreuses transformations, positives comme négatives, par exemple sur la question des formations », illustre Christophe Mesnier, président de la Coordination nationale infirmière (CNI). « Auparavant, dans les petits établissements, on pouvait assez facilement obtenir de petites formations, simplement en discutant avec la direction des ressources humaines ou la cadre supérieure, avance le leader syndical. Désormais, avec la mutualisation de ces questions au niveau des GHT, les soignants doivent présenter des dossiers conséquents, des lettres de motivations, il faut que les demandes soient validées par des commissions, tout s'est beaucoup alourdi... » Mais la mutualisation peut aussi, reconnaît Christophe Mesnier, offrir aux soignants qui souhaitent partir en formation davantage d'opportunités.

Par ailleurs, la mise en place des GHT constitue parfois un facteur d'amélioration de l'offre de soins du point de vue du patient, souligne Delphine Lichty, à Neufchâtel-en-Bray. Dans ce territoire rural, le GHT a permis « d'avoir plus de consultations externes » grâce auxquelles des spécialistes de l'établissement support, le CHU de Rouen, viennent effectuer des journées à l'hôpital de proximité. « Pour les patients, c'est un vrai bonheur, cela permet de ne pas avoir tous les soins centralisés au sein du même établissement », note l'infirmière, et cela leur évite, notamment, de longs trajets vers Rouen. De même, se souvient-elle, « lorsque notre service de médecine a été en difficulté, celui de médecine interne du CHU est venu en renfort, ce qui a permis de rouvrir le service ».

Favoriser les connexions

Autre aspect important : les GHT favorisent les connexions entre les professionnels exerçant sur un même territoire. C'est ainsi que, pour ne citer que quelques exemples, le GHT des hôpitaux de Provence, autour de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, a mis sur pied un « club IPA » pour développer un réseau d'infirmières en pratique avancée (IPA) à l'échelle du groupement. L'un des objectifs affichés, selon une « fiche-action » présentée lors de la première journée des GHT organisée à Lille l'automne dernier, était de contribuer à « intégrer le patient dans un parcours de soins coordonné au sein du GHT et d'optimiser sa prise en charge ». Concrètement, cela passe, entre autres, par des réunions rassemblant les IPA du GHT, à un rythme prévisionnel de trois rencontres par an.

On peut, dans le même ordre d'idées et sans quitter le Midi, noter que la direction des soins du CHU de Nîmes a organisé, en novembre dernier, à l'échelle du GHT « Cévennes Gard Camargue », un congrès territorial des cadres de santé. « C'est une journée organisée au plus près du terrain, dont le programme a été élaboré avec l'ensemble des cadres du GHT et qui a rassemblé environ 240 personnes », relate Benjamin Julian-Michel, cadre supérieur de santé au sein de la direction des soins du CHU de Nîmes. La thématique abordée, « L'innovation managériale des cadres de santé en action », a, selon lui, permis à chacun de retourner dans son unité avec des leviers d'action. Et le résultat a été jugé plutôt satisfaisant : une nouvelle journée est prévue en 2026.

Un nouveau chapitre pour les GHT... pour quoi faire ?

Reste que le grand mouvement de regroupement et de transformation lancé en 2016 avec les GHT n'a pas encore tout à fait abouti, et que la plupart des décideurs impliqués dans cette réforme souhaitent qu'elle se poursuive, en y apportant quelques aménagements. C'est ainsi que Geneviève Darrieussecq, alors ministre de la Santé, avait, au mois de novembre dernier, clôturé à Lille les premières journées nationales des GHT en indiquant croire « vraiment en [leur] utilité », tout en souhaitant l'écriture d'un « nouveau chapitre », ainsi que le rapportent nos confrères de l'agence APMnews. L'un des axes principaux de ce nouveau chapitre devant, selon elle, être le développement des « directions communes » entre établissements d'un même groupement.

Car il faut bien comprendre que si certains GHT ont fusionné leurs équipes de direction, ce n'est pas le cas de tous, ce qui pose des

problèmes de cohérence et de superposition des couches administratives comme le font remarquer certains observateurs. « *Il faut vraiment qu'on parvienne à briser les murs entre les établissements, souhaite Frédéric Martineau. On doit pouvoir parvenir à une entité juridique par GHT, dans une totale intégration.* » Un objectif qui, concède le radiologue basque, « *prendra du temps, car il ne s'agit pas, bien sûr, de renverser la table* ».

En dehors des questions d'intégration plus poussée, le « nouveau chapitre » souhaité par l'ex-ministre de la Santé, Geneviève Darrieussecq, doit davantage mettre l'accent sur la partie « soignante » du fameux « projet médicosoignant » censé être au fondement même de tout GHT. Tel est du moins le souhait de Laurence Laignel. Car il faut savoir que chaque GHT doit élaborer un document unique qui définit, pour chacune de ses filières, l'organisation de manière graduée, sur l'ensemble du territoire, de l'offre de soins en la déclinant par établissement, par modalité de prise en charge, etc. « *La plupart des filières sont organisées par des médecins, et on y intègre quelques paramédicaux*, observe la présidente de l'AFDS. *On comprend bien que pour pas mal de filières, les enjeux sont d'abord médicaux, mais la réflexion paramédicale, qui est essentielle, est malheureusement trop souvent remise à plus tard.* »

Déficit de notoriété

Reste que pour beaucoup, les GHT doivent encore, et peut-être avant tout, travailler à améliorer leur notoriété auprès du personnel soignant. « *Il y a probablement un déficit de mise en lumière des actions portées par les GHT. Certaines journées professionnelles, par exemple, sont organisées par les GHT, sans pour autant mettre cette dimension territoriale en avant.* », constate par exemple, à Nîmes, Benjamin Julian-Michel. « *Il faut montrer ce qu'apportent les GHT à la mission de santé à laquelle nous participons tous* », confirme Laurence Laignel, qui estime que ceux-ci peuvent contribuer à ce qui constitue souvent l'enjeu principal pour la profession infirmière : l'attractivité du métier. « *Aujourd'hui, une infirmière qui travaille dans un hôpital de proximité et qui veut devenir cadre, par exemple, peut se voir empêchée d'entrer dans le parcours parce que son établissement est trop petit*, note la présidente de l'AFDS. *Or, les GHT rendent possible la mise en place de parcours professionnalisants en vue d'une évolution.* »

Une réforme qui ne fait pas (tout à fait) l'unanimité chez les dirigeants

Présentée lors des premières journées nationales des GHT en novembre dernier, à Lille, une enquête sur le bilan que l'on peut tirer de cette expérience a été réalisée auprès de 139 dirigeants hospitaliers : directeurs, adjoints, présidents de commissions médicales d'établissement (CME) ou de groupement (CMG). Si, rapporte l'agence APMnews, les répondants sont 40 % à ne pas avoir le sentiment que les GHT ont réduit les inégalités d'accès aux soins sur leur territoire, ils sont en revanche 60 % à exprimer un avis positif sur la construction de filières, de parcours ou de temps médicaux partagés permise par les GHT. Une majorité (54 %) trouve par ailleurs le cadrage juridique des GHT insuffisant, et souhaite davantage d'obligations de rationaliser l'offre de soins. De plus, 49 % trouvent la gouvernance des GHT non fonctionnelle, critiquant en particulier la lourdeur des réunions. Interrogés sur les principaux freins qu'ils identifient à la réalisation des projets médicosoignants des GHT, les répondants citent en priorité la démographie médicale (70 %), la faible culture de groupe (41 %) et l'éloignement géographique (34 %). « *Je crois que nous n'avons pas encore tous fait la bascule vers une pensée commune qui nous inspire réellement ensemble dans une communauté de destin* », a résumé, en présentant l'étude à Lille, le D^r Jean-Marie Woehl, président de la CMG du GHT Centre Alsace et vice-président de la conférence des présidents de CME et de CMG (source APMnews). **A. R.**

Articles de la même rubrique d'un même numéro

- **FEMME DE SANTÉ** : « NOUS PROPOSONS UN ESPACE DE PAROLE AUX SOIGNANTS » (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/nous-proposons-un-espace-de-parole-aux-soignants-INF05402201.html>)
- **EXPÉRIMENTATION ARTICLE 51** : UN NOUVEAU PROTOCOLE « DOULEUR » INCLUANT LES INFIRMIÈRES (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/un-nouveau-protocole-douleur-incluant-les-infirmieres-INF05402001.html>)
- **DÉCLARATION DE PARIS** : DON D'ORGANES : 26 PROPOSITIONS SUR LA TABLE (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/don-d-organes-26-propositions-sur-la-table-INF05401801.html>)
- **MISSION POLYHANDICAP** : « CERTAINS SOIGNANTS PRÉFÈRENT NE PAS SOIGNER LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PLUTÔT QUE DE "MAL FAIRE" » (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/certains-soignants-preferent-ne-pas-soigner-les-personnes-en-situation-de-handicap-plutot-que-de-mal-faire-INF05401601.html>)
- **PRÉVENTION ET SOUTIEN** : « LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS N'EST PAS UN SIGNE D'INCOMPÉTENCE, MAIS PLUTÔT L'INDICE D'UN TRÈS GRAND INVESTISSEMENT » (<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-054/la-souffrance-des-soignants-n-est-pas-un-signe-d-incompetence-mais-plutot-l-indice-d-un-tres-grand-investissement-INF05401201.html>)