



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

réflexion

Des territoires pour la santé, du concept à la réalité des GHT



■ Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont un symbole de l'histoire de la politique de santé depuis l'Ancien Régime ■ D'où viennent-ils, que sont-ils et quelles sont les perspectives qu'ils offrent ? ■ Ils semblent être le témoin contemporain de la volonté très ancienne d'offrir aux patients des soins de qualité dans le respect des dépenses publiques ■ Pour cela, ils méritent d'être soutenus.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – groupement hospitalier de territoire ; progrès ; qualité ; santé publique ; virage ambulatoire

EMMANUEL VIGNERON
Professeur de géographie
et d'aménagement

Nouvelle Fabrique des
Territoires, voie romaine,
30120 Bréau-et-Salagosse,
France

From the concept to the reality of territory hospital groups. Territory hospital groups are a symbol of the history of health policy since the Ancien Régime. Where do they come from, what are they and what perspectives do they offer? They seem to be the modern representative of the long-standing desire to offer patients high quality care within the boundaries of public finances. For that very reason, they deserve to be supported.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – development of ambulatory care; progress; public health; quality; territory hospital group

A l'heure où les groupements hospitaliers de territoire (GHT) occupent tous les esprits, mais où sont passés l'engouement initial et la marche forcée de leur première année, ils pourraient bien connaître le sort funeste de nombreux dispositifs similaires, en s'engluant dans des préoccupations beaucoup trop terre à terre. Il n'est alors pas inutile d'en souligner la nécessité, l'origine et les conditions de progrès pour aujourd'hui et pour demain¹.

UNE IDÉE ANCIENNE

L'idée d'un renforcement de l'organisation territoriale de la santé est ancienne et trouve sa source à la fois dans l'état sanitaire et social du pays constaté depuis des siècles, dans l'évolution des besoins et dans les réflexions philosophiques qui ont conduit au régime républicain et à sa mise en œuvre par une administration

dont la place dans le pays s'est grandement accrue au cours des deux derniers siècles.

Les insupportables inégalités de santé

■ **La conscience s'est forgée de longue date en haut lieu de la situation effroyable de la santé et des conditions sanitaires** dans bien des parties de la France et notamment du fossé sanitaire séparant la campagne des villes tant sur le plan de l'état de santé que sur celui de l'offre et, plus tardivement, sur les différences d'attitudes vis-à-vis de la santé et de la consommation médicale.

La prise en compte du problème est ancienne datant au moins de la Révolution française. Au tout début du troisième rapport du Comité de la mendicité remis à l'Assemblée le 21 janvier 1791, François Alexandre Frédéric de La Rochefoucauld-Liancourt avertit les députés : « *Quel que soit*

[le parti] *que vous vous déterminerez vous n'aurez encore rien fait pour les campagnes, qui, dans presque toutes les parties du royaume, ne reçoivent aucun secours.* » [1]

Cent ans plus tard, Henri Monod et Lucien Dreyfus-Brisac constatant l'état de la santé dans les campagnes déclarent que « *l'assistance hospitalière est à peu près cantonnée dans les agglomérations d'une certaine importance ; tout est à faire pour assurer l'accès d'un hôpital à l'indigent des communes rurales, malade ou blessé, qui en a un impérieux besoin* » [2].

■ **Le fossé entre espaces urbains et zones rurales se maintient.** S'il s'est réduit dans la deuxième moitié du xx^e siècle, il s'est accusé à partir du début du xxi^e siècle. Pour ne prendre qu'un exemple, la carte de la mortalité prématurée, c'est-à-dire des décès qui surviennent avant 65 ans, montre bien l'existence de profondes inégalités dont la répartition territoriale est tout

Adresse e-mail :
Emmanuel.Vigneron@nft.fr
(E. Vigneron).

NOTE

¹Cet article reprend en partie la conférence d'ouverture prononcée aux 15^{es} Journées nationales d'étude des directeurs des soins organisé par l'Association française des directeurs des soins (AFDS) à Deauville du 20 au 22 septembre 2017.

²Tout d'abord, il faut citer l'Édit de Fontainebleau du 19 décembre 1543 pris par François 1^{er} qui confie au pouvoir civil la surveillance et l'administration des hôpitaux aux dépens du clergé afin de faire cesser un désordre sans rapport avec les besoins du pays. Un autre texte très important pris à la fin du règne des Valois est l'Ordonnance de Moulins prise par Charles IX en février 1566 qui invente la notion de domicile de secours et attribue aux hôpitaux des villes et des bourgs la charge de soigner les habitants du territoire environnant confiant ainsi à l'hôpital ce qu'aujourd'hui nous nommons sa responsabilité territoriale ou populationnelle. Pour l'Ancien Régime, il faut encore citer l'Édit de Saint-Germain-en-Laye en juin 1662 qui porte « *qu'il sera établi un hôpital dans chaque ville et bourg du royaume* » ce qui signe l'acte de naissance de l'idée de maillage territorial complet et d'égalité d'accès aux soins pour tous les habitants du pays.

³Le mot "sacré" est très employé par les révolutionnaires. Nous avons aujourd'hui du mal à imaginer combien la religiosité envahissait alors toute la société. Qui se souvient, par exemple, que le 15 avril 1793 au début de la discussion sur la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, Maximilien Robespierre déclarait : « *La discussion de la Constitution qui doit fixer le bonheur du peuple est un acte religieux qui doit faire taire toutes les passions.* »

sauf aléatoire [3,4] (figure 1). Ainsi, il existe un "T" de la surmortalité dont la branche verticale s'enfonce en diagonale à partir de la Meuse dans le Massif central et ressurgit dans l'Ariège. La branche horizontale, déformée, courbe, va de la Bretagne à la Lorraine en s'accusant dans le Nord. Ailleurs, c'est ce que nous pouvons appeler le "U" de la bonne santé. Il part si l'on veut de Normandie, s'étale dans le centre-ouest suit les côtes atlantiques, passe par les midis, pyrénéen comme méditerranéen, remonte par les Alpes jusqu'en Alsace. Isolé mais très distinct un îlot de sous-mortalité est formé par l'Île-de-France. Des fractures plus locales se dessinent. Nous voyons très nettement, par exemple, des auréoles de surmortalité aux limites des départements bourguignons. C'est que nous sommes loin des villes et notamment des préfectures souvent situées au centre du département. Un gradient de mortalité unit le centre à la périphérie. L'opposition ville-campagne se lit bien comme la position intermédiaire des différents degrés de banlieue et du péri-urbain. Localement, de nouvelles oppositions se creusent. Les plus graves, les plus violemment contrastées sont entre les cœurs de ville et les périphéries aisées, d'une part, et les banlieues ou quartiers défavorisés des grandes villes. Partout à travers la France, ce dispositif pernicieux, qui menace la cohésion des territoires, est retrouvé. Quoi de plus saisissant que de constater, par exemple, qu'à dix minutes du RER le risque de mourir pour un individu moyen, à âge et sexe égal varie presque du simple au double entre les quartiers qui entourent les stations de Port-Royal ou bien du Luxembourg et les communes du nord de Paris,

passé la gare du Nord... (figure 2).

Il est évident que de telles disparités obligent à des politiques ciblées, différenciées. Un ministre de la Santé qui fut aussi directeur d'agence régionale de santé (ARS) parlait de "cousu main". C'est cela que doit être l'aménagement sanitaire du territoire. Nous évoquons de notre côté "l'artisanat de luxe", pensant aux brodeurs et aux passementiers des plus grands couturiers.

Le virage ambulatoire

Sur le plan médical, une exigence nouvelle et très puissante s'impose

progressivement. Elle est la conséquence de ce que nous pouvons appeler la deuxième transition épidémiologique. La première avait consisté en un remplacement des causes de mortalité infectieuses et parasitaires, survenant souvent par épidémies, par une mortalité davantage liée aux maladies chroniques et dégénératives (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux [AVC], cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, maladie d'Alzheimer, de Parkinson...).

En France, elle s'est étendue sur près d'un siècle entre la

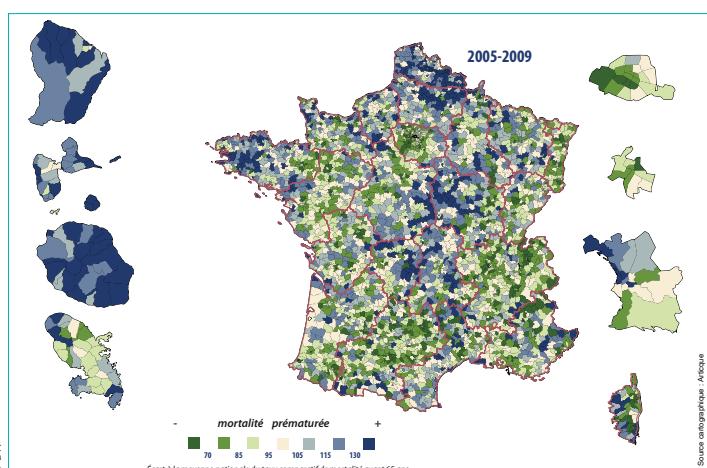


Figure 1. Carte de la mortalité prématurée dans les cantons de France (2005-2009) [4].

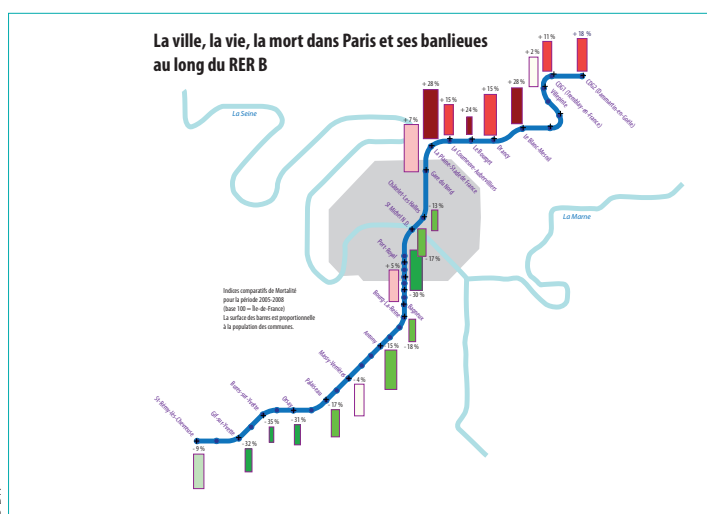


Figure 2. Fractures locales concernant le gradient de mortalité [4].

fin du XIX^e siècle et celle du XX^e. L'amélioration spectaculaire des taux de survie dans beaucoup de ces maladies a changé le statut du malade. Il est passé du stade de patient en phase aiguë ou momentanée à celui d'usager régulier du système de santé dont la maladie est contrôlée, stabilisée. Le patient est un citoyen qui vit dans un territoire et non plus seulement un malade quelque peu déshumanisé, alité dans un hôpital. Pour lui, le traitement s'inscrit dans un parcours de soins et de santé dont il subit fâcheusement les ruptures, les répétitions, les erreurs.

■ **Le virage ambulatoire conduit donc nécessairement à l'intégration du territoire** dans la relation médecin-malade. À dire vrai, la première branche de la médecine à s'être emparée de cette notion de territoire fut la psychiatrie. Pour la même raison : la maladie mentale est souvent chronique. Et pour autant que la pathologie soit contrôlée, il n'y a pas de raison d'empêcher le malade d'avoir une vie la plus normale possible. Mieux même, cette vie semblable à celle des autres est un facteur favorable au malade comme il l'est aussi du reste au bien portant. C'est vrai de la maladie mentale, du cancer et de très nombreuses maladies. La réhabilitation, la réinsertion font partie du traitement au même titre que la cure médicale. Elles se déroulent dans les lieux de vie et de travail de la personne.

Une pensée solidaire

■ **Pour des raisons variées, la puissance publique**, pensant que c'était là son devoir de défenseur de l'intérêt général, a longtemps cherché à organiser les hôpitaux du pays en un tout aussi harmonieusement disposé que possible afin de répondre au plus près des besoins et

s'intégrant dans un dispositif gradué et spécialisé permettant d'offrir les soins de la plus haute qualité. Les standards n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui au Moyen Âge ou pendant le règne de Louis XV. C'est parce que les connaissances non plus n'étaient pas les mêmes.

■ Mais l'objectif, les principes ont été posés de longue date.

De très nombreux textes tentent d'y remédier. Il est possible de les faire remonter [5] à un cartulaire de Charlemagne qui commande que soit établi dans tous les couvents et monastères de l'Empire un accueil des pèlerins, des pauvres et des malades [5].

À travers les siècles, parmi de nombreux actes royaux, quelques-uns méritent d'être ici mentionnés qui font très largement écho aux questions d'aujourd'hui². Ces textes néanmoins demeurent sans effet véritable et il faut attendre les Encyclopédistes et la Révolution pour que soient dénoncés l'anarchie et le scandale de l'offre hospitalière.

■ **Cette critique devait conduire, aux termes de nombreux rapports et études**, à ce que Maximilien Robespierre déclare le 15 avril 1793, transmettant son projet de Constitution au cours de la séance de la Convention : « *Les secours indispensables à celui qui manque du nécessaire sont une dette de celui qui possède le superflu. Il appartient à la loi de déterminer la manière dont cette dette doit être acquittée.* » Il inventait ainsi le principe républicain de la solidarité.

Après discussion, le texte devait devenir, le 24 avril : « *Les secours publics sont une dette sacrée³. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.* » Car, entre-temps, l'idée était venue,

exprimée notamment par son frère cadet, que les secours ne devaient pas s'adresser qu'aux pauvres puisque le but de la Révolution était qu'il n'y en ait plus. « *Les secours publics sont une dette sacrée.* » L'idée est à l'origine de la notion de solidarité et de manière concrète de péréquation, organisée par une main unique mue par l'intérêt général, c'est-à-dire, celle de l'État. L'idée en français moderne s'énonce ainsi au 9^e alinéa du préambule de la Constitution de 1946 toujours en vigueur. « *La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.* » [6]

LES GHT ANNONCÉS

■ **Il existe une autre raison encore au renforcement de la territorialisation des politiques de santé** et donc, entre autres, à l'éclosion des GHT : la décentralisation a progressé en France dans tous les domaines et le secteur sanitaire a fini par se sentir concerné. L'idée de subsidiarité a partout fait son chemin. Ceci est en grande partie le fruit du progrès de l'éducation qui assure le bon niveau des élites locales beaucoup plus nombreuses aujourd'hui. C'est aussi lié à l'enracinement de la République qui n'a plus à se sentir menacée par des forces centripètes issues de l'Ancien Régime. C'est aussi de manière plus prosaïque lié à l'incurie financière de l'État qui a tendance à renvoyer sur les niveaux inférieurs la charge des dépenses.

■ **Dans le même registre négatif**, nous pouvons évoquer l'idée qu'il existerait une ancienne volonté administrative de régner et, pour cela, de diviser pour mieux le faire en inventant ses propres cadres pour éviter d'être confrontée à des collectivités déjà

RÉFÉRENCES

- [1] Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante (1790-1791). Paris : Bloch C, Tuetey A (eds); 1911. p. 362.
- [2] Conseil supérieur de l'Assistance publique. Assistance médicale dans les campagnes. Rapports de M. H. Monod et du Dr Dreyfus-Brisac. 1888;22. p. 39. [http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5469985m.r](http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5469985m.rhttp://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5469985m.r)
- [3] Vigneron E. Géographie de la santé en France. Paris : PUF; 1999.
- [4] Vigneron E. Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2011. p. 103-20.
- [5] Vigneron E. L'hôpital et le territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent. Paris : SPH/Techniques hospitalières; 2017.
- [6] Constitution de 1946, IV^e République. <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html>
- [7] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 107. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/article_107
- [8] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=idhttps://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

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

bien constituées. Rien ne serait plus faux alors que de présenter les GHT comme une nouveauté, voire comme une "innovation" ou pour parler comme aujourd'hui comme une "disruption".

■ **Les GHT plongent loin leurs racines** [5] et entendre « *le coup d'envoi aux GHT est donné, c'est une innovation majeure* » fait pour le moins sourire même si c'est une ministre qui dit cela. En effet, selon l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé, « *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire* » [7].

De même, nous pouvons évoquer notamment l'article 22 de la loi dite "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) de 2009 : « *Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémedecine.* » [8]

Tous ces textes partagent le même objectif. Renforcer l'approche territoriale pour mieux organiser le système de santé dans le double souci de mieux dépenser et d'assurer plus de qualité.

SOUTENIR LES GHT

■ **Les GHT poursuivent une finalité ancienne** d'intérêt général et de solidarité – but qui est en propre celui assigné à l'État – destiné à assurer à tous l'accès à des soins de qualité par la mise en place d'un système hospitalier gradué évitant les gaspillages et les pertes de chance nés d'un saupoudrage, du reste aujourd'hui illusoire, de ressources rares et chères.

■ **Pour ces raisons, les GHT méritent d'être soutenus** ; ce qui suppose d'en corriger les défauts. Le premier de ces défauts est que ces GHT ne sont pas toujours bien constitués. Pour être le support d'une prise en charge graduée de qualité et de la mise en place de filières efficaces de soins, il convient que leur réunion ne couvre pas un territoire artificiel mais, au contraire, qu'ils respectent les territoires vécus par les patients et par les soignants. Il faut rechercher un équilibre entre la taille d'un GHT, pour qu'il soit possible de le parcourir efficacement, et la population qu'il dessert afin qu'il soit suffisamment peuplé pour être viable et permettre d'offrir une gamme assez complète des soins. Le principe d'exceptions géographiques – d'autant qu'elles sont en nombre limité – doit être admis compte tenu de ce que sont les inégalités de peuplement et la géographie physique de la France.

■ **Le deuxième défaut des GHT** est de n'être que la réunion d'établissements publics. La santé y est donc amputée de tout ce qui la compose : structures privées, médecins libéraux, associations et services sociaux et médicosociaux, mais aussi équipements sportifs, services éducatifs, culturels, de l'environnement. Si le GHT parvenait vraiment à mettre en œuvre un projet médical qui soit un projet territorial de santé, alors nous pouvons faire le pari que la santé s'améliorerait et que les inégalités s'estomperaient.

■ **Le troisième défaut n'est pas propre aux GHT**, mais constitue une menace. Il s'agit de l'absence de continuité dans la volonté politique. C'est pour pallier ce risque que nous

avons cherché à montrer que les GHT n'étaient pas une idée à la mode, une disruption, mais qu'au contraire ils s'inscrivaient dans une longue quête de qualité des soins. L'animation, le suivi, l'évaluation sont les meilleurs antidotes à l'oubli. Il faut ainsi évaluer les GHT, les suivre et rendre publics les résultats de leur évaluation.

■ **Le quatrième défaut est celui du confinement** dans lequel demeurent les GHT. Ils sont inconnus de ceux pour qui ils sont faits et qui doivent en user : nous n'apprenons pas – à l'école pas plus qu'ailleurs – à bien user du système de santé. On n'y entend que fort peu de messages de prévention, la gradation des soins est un concept inconnu du plus grand nombre... un effort important de pédagogie de l'organisation sanitaire et de ses coûts mériterait d'être entrepris.

CONCLUSION

Si les défauts que nous venons d'évoquer étaient levés, nous pourrions supposer que les GHT exerceraient un effet d'entraînement positif sur les autres dispositions territoriales prévues par la loi de janvier 2016 [7] et notamment sur la formation des communautés professionnelles territoriales de santé qui permettraient, face aux problèmes de la démographie médicale, de consolider les bases de notre système de santé en les reliant davantage à leur superstructure. Ainsi les GHT pourraient-ils atteindre ce but qui les rattache à une histoire ancienne, mais encore très déterminante. Indubitablement, les GHT s'inscrivent dans ce mouvement et, pour cela, ils méritent d'être soutenus. ■