

Groupe de travail
« GHT et ex-Hôpitaux Locaux »
le 10/12/2014
Relevé de conclusions

Participants :

Dr Pascal GENDRY, Médecin généraliste, Président de l'AGHL (association des généralistes des ex HL)

Dominique COLAS, Directeur d'ex HL, Président de l'ANCHL

Aline CHIZALET, Directrice adjointe d'ex HL

Dr David PINEY, Pharmacien, Président CME CH Lunéville

Léo CAZIN, Doctorant à l'école des mines

Florence MARTEL, René CAILLET, Annabelle MALNOU, Pôle organisation sanitaire et médico-sociale de la FHF

Manuela KLAPOUSZCZAK, EDH auprès du Chef de Cabinet FHF

Excusés : Véronique ANATOLE, Philippe COUTURIER, Marie-Michelle JOANNIS, Patrice BARBEROUSSE, Bernard NUYTEN, Denis VALZER

Objectif du GT fixé par le CA de la FHF : élaborer un cahier des charges pour permettre au ex-HL de s'insérer au sein des GHT.

Rappel du contexte : les hôpitaux locaux ont perdu leur statut avec la loi HPST en 2009.

Nombre d'HL : 362 ex-HL en 2004, 318 en 2011, environ 300 en 2013 ; beaucoup d'établissements ont été transformés en EHPAD (env. 160 sur 300).

Le PLFSS 2015 crée la catégorie des hôpitaux de proximité : le périmètre de cette catégorie est ambigu, elle regroupe les établissements hospitaliers qui ont un service de médecine et éventuellement des urgences. Les établissements n'ayant pas de médecine en sont donc exclus.

Sont inclus dans la catégorie des hôpitaux de proximité : certains ex-HL et certains CH qui font moins de 1.090 séjours par an.

Nombre d'ex-HL avec services de médecine : 252 en 2004, 214 en 2011, 156 en 2013. Développement de l'exercice mixte des médecins au sein des ex-HL.

20% des ex-HL sont impliqués dans une MSP, 60% dans un contrat local de santé. Coopération la + répandue : ex-HL et EHPAD.

Ex-HL travaillent exclusivement auprès de population de proximité, principalement sur de la gériatrie.

Dominique Colas indique qu'il remettra au groupe de travail un ensemble de documents relatifs à la description et à l'analyse de ces établissements.

Discussion :

Une question-clé : Quelle place pour les ex-HL dans les GHT qui sont très hospitalo-centrés, alors que les ex-HL sont davantage orientés vers la ville ?

Chaque participant se présente et décrit les projets de coopération dans lesquels leurs établissements sont intégrés.

Les représentants des « ex-hôpitaux locaux » font état de leurs difficultés à coopérer sur les territoires. En effet, leurs établissements **ne sont pas toujours considérés comme des acteurs à part entière**. Les coopérations sont **souvent imposées** (par les ARS notamment) et ne reposent pas suffisamment sur de réel projet de santé publique.

Par ailleurs, la participation à la **gouvernance**, autant dans la dynamique de création de la coopération que dans son fonctionnement, devrait être adaptée pour garantir l'expression de tous les acteurs (1 voix par établissement n'est pas toujours possible, mais réfléchir à la mise en œuvre de collèges par type

d'établissement).

L'ANHL rappelle son souhait de garder la faculté pour les ex-HL de s'inscrire dans les GHT, sans obligation. Importance que le cahier des charges respecte le fonctionnement et les spécificités de chaque type de structure.

L'objectif de 200 GHT conduira à une évolution des hôpitaux vers le médico-social et vers moins d'hospitalo-centrisme, notamment en raison du vieillissement de la population.

La FHF soutient l'obligation d'adhésion aux GHT, notamment en raison de l'échec des CHT qui n'ont pas eu l'effet structurant qu'elles auraient dû avoir. La FHF défend également la personnalité morale des GHT pour qu'elles puissent porter ses projets.

Pour le Dr Pinay, ces difficultés ne sont pas propres aux ex HL mais concernent l'ensemble des établissements qui coopèrent ou qui devront coopérer.

Dominique Colas insiste sur les spécificités des « ex HL » qui ont disparu des radars statistiques depuis la loi HPST, qui les a banalisés en les intégrant au droit commun des établissements publics de santé :

- rôle de proximité
- intervention des MG libéraux
- importance de l'activité de gériatrie (même si la patientèle évolue en lien avec les nouvelles approches territoriales : plus jeune et DMS qui diminue)
- financement en DAF

Dominique Colas souligne que les GHT doivent également intégrer les ESMS, les établissements privés et la médecine de ville.

Recommandations pour une coopération réussie :

1-un principe de base : le RESPECT, c'est à dire une vraie concertation : il faut reconnaître les spécificités des ex HL.

Il doit y avoir une réflexion sur les raisons de constitution du GHT : Le GHT ne doit pas être ni une approche de fusion, ni une AP régionale.

2- une gouvernance équilibrée , de la création au fonctionnement de la coopération : le principe un établissement une voix est un idéal ; on peut trouver une solution intermédiaire avec un fonctionnement par collègue.

3- le GHT doit d'abord reposer sur un projet médical concerté et gradué qui repose sur des études de santé publique, de flux de population fondées sur des données objectivées (et pas sur la défense de l'emploi à tout crin), on doit répondre à la question de l'accès aux soins

Il faut répondre à la question des déserts médicaux , mailler le territoire.

Ce projet doit traduire concrètement le rôle et la place des hôpitaux de proximité, à la fois dans son rôle sanitaire et dans sa mission de soins de premier recours.

4- la notion de subsidiarité est fondamentale : ce qui est possible de faire on le fait au plus près. La projet médical du GHT doit porter une offre graduée, dans une logique de parcours et de filière.

Il faut distinguer filière médicale (qui implique l'organisation d'un Plateau technique) des parcours de soins de la PA et son environnement.

La qualité du projet nécessite un suivi du corps médical. Question de temps disponible des libéraux ?

5 - en ce qui concerne les mutualisations, il est primordial que les choix ne soient pas faits au détriment des ex HL : on observe trop souvent des refacturations de prestation avec intégration des coûts de structures, ce qui est insupportable pour les établissements de proximité et pour les ex HL mais aussi pour les établissements médico sociaux. il faut tout faire pour que ceux ci ne deviennent la variable d'ajustement des difficultés des « gros » centres hospitaliers.

La prochaine réunion du groupe de travail est fixée au 28 janvier 2015 de 14h30 à 16h30