

Bonjour,

Merci René de cette note très intéressante, en m'excusant de ne pas t'avoir adressé en amont une contribution.

Mais nous sommes d'accord sur l'essentiel, c'est à dire la nécessité impérieuse de constituer des GHT avec tous les hôpitaux publics, du plus petit au plus gros, tout en respectant les différences de leurs contributions à l'offre de soins.

C'est le cas des ex-HL dont nous discutons dans ce groupe, mais aussi des « hôpitaux de proximité » non ex-HL, des CHS, des CRF et des centres gériatriques (à qui une autorisation d'USLD confère un statut d'EPS).

Quelques remarques, suite à cette note et au PV de la dernière réunion:

- Je souscris au principe d'organisation « en réseau », moins pyramidal qu'une organisation intégrée (ce qui implique que le GHT n'a pas la personnalité morale). Par contre, il convient de veiller au mode de gouvernance de ce réseau, ceci d'autant plus que certains GHT pourront regrouper de nombreux établissements. Je pense que la Direction commune, que promeuvent les ARS, peut avoir du sens (par exemple pour piloter la restructuration de plusieurs CH MCO), mais qu'elle trouve ses limites lorsque le nombre d'établissements s'accroît, ainsi que leur diversité. De même, dans les organes de gouvernance, il faut trouver un équilibre entre une représentation effective de tous, et la nécessité d'être efficaces.
- Le GHT repose d'abord sur un projet médical, ce qui implique de bien identifier au préalable les spécificités des établissements membres. A cet égard, les ex-HL et Hôpitaux de proximité doivent pouvoir mettre en avant les liens évidents qu'ils ont avec la médecine libérale et le premier recours et leur implication dans le médico-social. Ils doivent également pouvoir développer un rôle de "tête de pont » des hôpitaux MCO (lien avec le second recours, consultations avancées..) et de relais de proximité du court séjour spécialisé (lits de médecine et de SSR, voire d'HAD). *C'est ce que nous avons essayé de faire tant en Franche-Comté qu'en Bourgogne dans le cadre des COTER. A noter également que dans les deux régions, nous travaillons également dans le cadre de ces COTER avec les ex-HL qui ont été fusionnés avec d'autres CH (HL Mouthe avec CHI Haute-Comté, HL d'Alise Ste Reine et Vitteaux, avec CH Haute Côte d'Or, HL d'Arnay le Duc et de Seurre avec CH de Beaune). L'adhésion des Directions Générales de ces groupements d'hôpitaux à cette démarche démontrant leur stratégie visant à maintenir le rôle des CH de proximité.*
- Sur les mutualisations, notamment de fonctions support, je suis en accord avec les propositions. Compte tenu de la situation financière, il importe de multiplier les « économies d'échelle », mais dans une approche raisonnée et concertée ce qui est rappelé avec les principes de suppléance, de subsidiarité et d'économicité.

- Dernier point, il faudra arriver à cerner mieux le concept d'hôpital de proximité. Je pense pour ma part que doivent rentrer dans cette catégorie les ex-HL, qu'ils aient ou non conservé une activité de médecine, si leur projet médical exprime bien leur activité de premiers recours (le cas échéant coordonné avec une maison de santé) mais aussi tous les CH sans plateau technique MCO, dont on pourrait penser qu'ils devraient avoir notamment la possibilité d'accorder aux médecins libéraux de leur zone d'attraction le même statut que dans les ex-HL.

Amitiés à demain

Denis VALZER
Délégué interrégional



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

BOURGOGNE C.H.U. 1, Bd Jeanne d'Arc BP 77908 21079 DIJON Tel. 03.80.29.59.24
FRANCHE-COMTE C.H.U. 2, Place St Jacques 25030 BESANCON Tel. 03.81.21.82.52
Mail : denis.valzer.fhf-bfc@chu-dijon.fr www.fhf.fr