



SYSTÈME DE SANTE, GHT ET ÉQUIPES DE DIABÉTOLOGIE

Dr Thierry GODEAU – Président de la CME
Service Endocrinologie-Diabétologie
Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis

POURQUOI DES GHT ?

➤ UN DOUBLE CONSTAT

➤ UN ENVIRONNEMENT CONTRAINT :

- la démographie médicale
- Les contraintes tarifaires

➤ DES COOPÉRATIONS PUBLIQUES QUI NE SE METTENT PAS OU PEU EN PLACE :

- Aucun GCS-ES
- A peine 50 CHT

BILAN DES CHT

- **Peu de CHT « vivantes »**
- **En général, consiste à gérer la désertification médicale sans réel projet médical**
- **Succès variables, dépendant de la bonne volonté des acteurs**
- **Rien n'incite ou motive, ni ne contraint les récalcitrants**



GHT : QUE DIT LA LOI ?

PRINCIPES GENERAUX DES GHT

- **Obligatoires pour tous les établissements publics de santé +++ au 1^{er} juillet 2016**
- **Objectif : permettre aux établissements de santé de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient.**
- **Pas de GHT de spécialité (exceptions en psy) et association à un CHU**
- **Partenariat possible avec établissements médico-sociaux voir privés.**
- **Pas de personnalité morale**
- **Les CHT existantes sont transformées en GHT (sauf désaccord ARS)**
- **En théorie, le périmètre des GHT est une volonté des acteurs**



LE CIMENT DU GHT : LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ

- **Le projet médical partagé est un préalable à la constitution du GHT**
- **Garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité**
- **Mettre en place une gradation des soins hospitaliers et développer des stratégies médicales et soignantes de territoire**
- **Possibilité de constitution d'équipes médicales de territoire voire de pôles inter-établissements**

UN ÉTABLISSEMENT SUPPORT

Désigné par les conseils de surveillance ou par défaut par l'ARS et qui assure pour le compte des autres :

- Un système d'information convergent
- DIM de territoire
- Fonction achats
- Coordination des instituts et écoles paramédicales
- Plans de formation continue et DPC
- Possibilité de gestion de fonctions administratives, logistiques et médico-techniques et des pôles inter-établissements
- Organisation en commun biologie et radiologie

CHAQUE GHT EST ASSOCIÉE À UN CHU

Le CHU coordonne au bénéfice des CHT :

- Enseignement et formation initiale des professionnels médicaux
- Missions de recherche
- La gestion de la démographie médicale
- Missions de références et recours



LE GHT EST FORMALISÉ PAR UNE CONVENTION CONSTITUTIVE

■ Contenu de la convention :

- ✓ Le projet médical partagé
- ✓ Délégations ou transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements
- ✓ Organisations des activités
- ✓ Répartition des emplois médicaux
- ✓ Modalités de constitution des équipes médicales communes voire des pôles inter-établissements.
- ✓ La désignation de l'établissement support
- ✓ La composition du comité stratégique
- ✓ Le rôle du comité territorial des élus
- ✓ L'articulation entre les CME pour l'élaboration du projet médical partagé
- ✓ Le cas échéant, la mise en place d'instances communes.

LA GOUVERNANCE

- **UN COMITÉ STRATÉGIQUE : Directeurs, Présidents de CME, directeurs des soins.**
 - Se prononce sur la mise en œuvre de la convention et le projet médical partagé.

- **UN COMITÉ TERRITORIAL DES ÉLUS (ÉLUS DE CHAQUE CONSEIL DE SURVEILLANCE)**
 - Évalue les actions mises en œuvre pour garantir l'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire.

- **PAS D'OBLIGATION D'INSTANCES COMMUNES (MAIS POSSIBILITÉ)**

- **DÉCRETS D'APPLICATIONS EN COURS (QUELLE GOUVERNANCE MÉDICO-ADMINISTRATIVE ?)**

LES QUESTIONS NON RÉGLÉES (DÉCRETS EN COURS)

- **La gouvernance opérationnelle :**
 - Directeur établissement support = Directeur GHT ?
 - Prérogatives du responsable stratégie médicale ?
 - Modalités de décisions ?
- **Règles de la convention constitutive**
- **La PUI**
- **La question des ressources humaines = PH GHT**
- **Publication postes, ...**
- **Caractère opérationnel des pôles (très intégratifs...)?**
- **La gestion des filières ?**



COMMENT REUSSIR LES GHT ?

LE PROJET MEDICAL PARTAGÉ EST LE PRÉALABLE

- **Il vise à mieux répondre aux besoins de santé dans un contexte de démographie médicale difficile et correspondants à des flux réels de patients**
- **Il doit mettre en œuvre une offre de soins graduée complémentaire essayant de respecter au mieux la proximité (et conforme au PRS)**
- **Mais en restant réaliste face à la réalité de la démographie médicale**
- **Elaborer un projet médical partagé :**
 - à partir d'un état des lieux territorial
 - correspondant à des bassins de population « naturels »
 - qui porte sur **toutes** les spécialités
 - qui doit s'interroger sur les manques et redondances
 - stratégies d'équipes médicales communes voire de pôles inter-hospitaliers
- **Il ne doit surtout pas se limiter à des échanges médicaux visant à combler la désertification, ni être la compilation du projet de chaque établissement...**

LES ENJEUX DE L'INCITATION MÉDICALE

- **Les jeunes médecins veulent travailler dans des équipes structurées de taille suffisamment dimensionnées (sur-spécialités, PDS)**
- **Les médecins doivent trouver des avantages professionnels à la coopération (extension potentiel recrutement, accès plateau technique)**
- **Nécessité de GHT de taille « humaine » (< 1 heure de route, nombre limité d'établissements)**
- **Nécessités de recrutements concertés et complémentaires sur le territoire (DAM commune ?, « coaptation » territoriale?)**
- **Faciliter le travail médical au quotidien : nécessaire évolution vers un « environnement de travail » commun**
- **Incitation financière à revoir**

DÉVELOPPER UNE CULTURE COMMUNE

- **Avoir une culture GHT avec des équipes médicales de territoire voire des pôles inter-hospitaliers.**
- **Mais aussi :**
 - Protocoles de soins communs (projet de soins GHT)
 - Politique qualité commune (sous commissions communes ?)
 - Politique formation continue commune
 - Systèmes d'informations communs ou au moins communicants (à terme uniques...?)
 - Dossier médical accessible à tous sur le territoire

Le principe est que le patient puisse être soigné de la même manière quel que soit son lieu de prise en charge

GHT ET EFFICIENCE ECONOMIQUE

- **Politique d'achat commune**
- **Fonctions supports et logistiques si possible mutualisées**
- **Mutualisation à discuter des plateaux médico-techniques**
- **A discuter selon contexte : réflexion territoriale sur les capacité d'hospitalisation.**
- **La PDS : pénibilité, repos de sécurité, optimisation des plateaux techniques**

Mais tout cela n'a de sens que dans un contexte de projet médical partagé.

LA MUTUALISATION ADMINISTRATIVE

- **Equipes médicales communes mais :**
 - logique de mutualisation logistique, achats, qualité, systèmes d'informations, recrutements médicaux.
- **Il y a donc une logique à mutualiser les directions respectives**
- **Finances ?**
- **Et finalement, si toutes les directions fonctionnelles sont mutualisées...**
- **Logique de direction commune ?**

COMMENT IMAGINER LA DIABETOLOGIE SUR UN TERRITOIRE?

**Essayer d'être imaginatif face à la démographie médicale,
les attentes des jeunes praticiens et l'évolution de la spécialité**

CE QUE L'ÉQUIPE TERRITORIALE NE DOIT PAS ÊTRE

- **PU nomades multiservices - multisites**
- **Intervention sur lieux trop éloignés**
- **Continuité des soins multisites**
- **Astreintes multisites**
- **Les jeunes PH ne veulent plus ni travailler en petites équipes, ni d'exercice trop polyvalent**



UNE EQUIPE TERRITORIALE COMMUNE

- Intérêt professionnel nécessaire
- Attractivité :
 - Accès plateau technique spécialisé (éducation, pompes capteurs, recherche clinique, etc..) pour tous les PH du territoire
 - Extension du recrutement (consultations avancées)
 - Activité recentrée sur la spécialité
- Equipe médicale plus étoffée (surspécialités, diminution PDS..) par « regroupements » et temps médical partagé.
- Harmonisation des protocoles de soins
- Prise en charge identique quel que soit le site

QUEL TYPE D'ORGANISATION HOSPITALIERE

- **Pas de modèle unique, adapter au territoire (taille, types de CH..) : se fixer un projet mis en œuvre progressivement**
- **Avoir pour objectif une gradation des soins pertinente, efficiente, adaptée à l'activité et aux effectifs (progressivité).**
- **Service(s) spécialisé(s) de recours (semaine, pompes, éducation, etc..)**
- **HDJ sur un ou plusieurs sites**
- **Unités soins « courants » (selon activité et taille équipe médicale) de proximité**
- **Et/ou équipes mobiles d'avis spécialisés (\pm multisites): Baisse DMS**
- **Consultations avancées (\pm multisites) :augmentation potentiel recrutement hospitalier « spécialisé » et programmé**
- **Télémédecine ?**

CONCLUSION

- **Les GHT sont une réponse médicale en premier lieu**
- **Les GHT doivent permettre aux établissements publics de mieux répondre aux besoins de santé dans un contexte démographique financier voire concurrentiel contraint.**
- **Laisser la liberté aux acteurs (mais « encadrée ») de s'organiser et de rester dans une logique de filières de soins correspondants aux bassins « naturels » de population.**

CONCLUSION (SUITE)

- **Des GHT mastodontes aux territoires pléthoriques n'auront aucun sens : ce ne sont pas des « AP » régionales**
- **Prendre son destin en main et ne pas laisser l'initiative aux autres (ARS...) : implication médicale ++++**
- **Outre la qualité de la réorganisation de l'offre de soins, la réussite dépendra de l'intérêt que les médecins y trouveront.**



ET SI LES GHT ÉTAIENT LE PRÉFIGURATEUR DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE DEMAIN ?