

## **V1 de la Note sur les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT),**

**et l'animation territoriale de la FEHAP, sanitaire, sociale et médico-sociale, en date du 22 juin 2016**

**Validée par le Conseil d'Administration de la FEHAP du 6 Juillet 2016**

**Objet :** Décret 524 du 27 avril 2016 sur les GHT, en application de l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2017.

**Documents techniques :** Note technique FEHAP sur le décret, précédemment en ligne.

Le calendrier législatif et réglementaire de constitution des GHT se présente ainsi :

- Périmètre objectifs médicaux du projet médical partagé des GHT établi pour le 1<sup>er</sup> juillet 2016,
- Définition des « filières du GHT » réalisée pour le 1<sup>er</sup> janvier 2017, et finalisation du projet médical partagé dans toutes ses composantes pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

**D'un point de vue strictement juridique**, le GHT ne poserait pas de difficultés puisque les composantes sanitaires, sociales et médico-sociales privées non lucratives sont dans une relation facultative avec chacun des GHT, soit en position de « partenaire » sous la forme d'une convention, soit « associés », parce que de statut ESPIC.

Seule l'HAD, très majoritairement privée non lucrative est placée, de par la loi, dans une obligation systématique pour le GHT de participation à son « projet médical partagé », mais cela n'en fait pas pour autant une « partie » ou un « membre » du GHT

**D'un point de vue stratégique**, il en va différemment, vu le poids occupé par le secteur sanitaire et médico-social personnes âgées du secteur public (du moins pour la composante maison de retraite), d'une part, mais aussi du fait de la focalisation des Agences Régionales de Santé sur la constitution des GHT.

Le risque est en effet que GHT et territoires deviennent peu ou prou synonymes dans l'esprit du régulateur ARS, ou encore que la sommation des « projets médicaux partagés des GHT » devienne l'équivalent du prochain Projet Régional de Santé. Jamais en effet le tropisme pro-public du régulateur national ou régional, déjà très élevé, n'a été aussi fort.

De ce fait, la FEHAP s'inscrit dans une double démarche vis-à-vis de son réseau d'adhérents :

- 1) **Prévention des risques pour nos adhérents :** Note technique et lettre type d'intention partenariale avec un GHT ont été élaborées, diffusées et mises en ligne, pour permettre aux adhérents de soupeser attentivement les termes des engagements qu'ils prennent. Par ailleurs et dans le cadre de son RV du 19 mai avec la nouvelle DGOS, Anne-Marie de Saxce, le DG de la FEHAP a pu obtenir le retrait d'une disposition relative à un étrange GCS établissement de santé dans le projet d'ordonnance sur les GCS, GCS-ES « *new look* » dans lequel les membres auraient déversé l'ensemble de leurs autorisations...

- 2) **Constitution de collégialités de dialogue stratégique avec les GHT** : Pour la FEHAP, la relation singulière ou isolée d'un adhérent avec un GHT, GHT qui est lui-même un assemblage de plusieurs établissements publics souvent chacun de grande taille, à l'aune des établissements et services de la FEHAP, serait une erreur ou un risque avéré de vassalisation ou de satellisation. L'établissement ou le service (HAD) privé non lucratif risque alors d'être placé en position de seul véritable consensus des membres publics du GHT, mais à son détriment, dans une situation de plus petit dénominateur commun, alors que les relations obligées entre membres publics du GHT, de par la Loi, peuvent être très conflictuelles dans certains territoires.

Face aux GHT en constitution, aucun adhérent de la FEHAP ne peut s'estimer d'assez grande taille pour évacuer ces risques d'un revers de main. Les groupes nationaux ou régionaux de la FEHAP affichent sur le papier des capacités significatives, certes, mais souvent dans une réalité de morcellement territorial qui expose aussi leurs différentes « ramifications ». C'est dans ce contexte également que les dirigeants de la Croix-Rouge française nous ont fait part de leur intérêt pour ces démarches de réflexion collégiale en lien avec la FEHAP, dans tous les territoires où un dialogue collégial du privé non lucratif avec le GHT est nécessaire.

Dans ce contexte, le DG de la FEHAP a préconisé de très longue date, avant même l'adoption définitive de l'article 27 de la LMSS devenu l'article 107, une stratégie de « dialogue collégial avec le GHT », dans lequel chaque délégué régional ou départemental selon les cas s'assure qu'en présence de chaque GHT, il y ait un « **réfèrent FEHAP-GHT sanitaire, social et médico-social** », peu important son métier sanitaire, social et médico-social, connu de ses collègues FEHAP et en capacité :

- a. de fédérer ses collègues de ces différentes activités, dans une vision à 360 ° des besoins des usagers et du territoire, pour une « check-list » puis une organisation des discussions avec le GHT,
- b. de faire des retours réguliers vers le délégué régional et le chargé de mission FEHAP de l'actualité des discussions avec le GHT, voire mobiliser le siège de la FEHAP en cas de distorsion de l'équilibre des discussions,
- c. d'établir et d'entretenir le dialogue avec les contreponds potentiels d'un GHT qui deviendrait trop envahissant ou de culture monopolistique, à savoir notamment les associations d'usagers, les élus locaux, et également la médecine de ville comme les centres et réseaux de santé, dans la dimension transversale du premier recours en correspondance à la fois des champs sanitaire, social et médico-social ;
- d. de permettre au pôle santé-social du siège national de la FEHAP, sur la base de la transmission des comptes-rendus de réunion significatifs, ou des signalements visés supra, d'organiser une « observation des bonnes et mauvaises pratiques des GHT », permettant chaque fois que nécessaire une communication publique du Président ou du Directeur Général.

Paris, le 6 juillet 2016.