

Chapitre XI

L'avenir des hôpitaux locaux

PRESENTATION

Aux côtés des centres hospitaliers généraux, près de 320 petits établissements publics de santé, anciennement dénommés hôpitaux locaux, assurent une prise en charge sanitaire de proximité.

Ces hôpitaux, qui représentent pas moins du tiers des établissements de santé publics, ne comptent que 13 000 lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'unités de soins de longue durée (USLD) et gèrent en parallèle 46 000 places médico-sociales, essentiellement en tant qu'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De très petite taille, ils disposent en moyenne de 14 lits en médecine, 23 lits en SSR et 36 lits en USLD ainsi que d'une capacité de 145 lits d'EHPAD³⁶⁹. Ils assurent 3 % de l'activité publique en médecine et 15 % en SSR pour un financement à ce titre d'environ 690 M€ en 2011. Leur poids dans les soins de soins de longue durée est plus élevé, mais reste modeste.

Ces établissements ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire et n'assurent pas tous les mêmes activités. Ils ont cependant en commun de ne pas posséder de plateau technique, ce qui les différencie des petits centres hospitaliers, dès lors en particulier qu'ils ne peuvent notamment exercer d'accouchements ou d'activités chirurgicales. Leur fonctionnement repose, majoritairement, sur l'intervention de médecins libéraux agréés, ce qui là aussi les singularise fortement par rapport aux autres établissements publics dont le corps médical est formé pour l'essentiel de praticiens hospitaliers.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) les a soumis au droit commun des établissements publics de santé³⁷⁰. Avant qu'il ne devienne de ce fait impossible de les individualiser au sein de la catégorie plus large des hôpitaux de proximité, la Cour a examiné leur positionnement dans l'offre

369. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A)*.

370. Jusque-là ils constituaient une catégorie particulière au sein des établissements publics de santé.

de soins³⁷¹, dans la continuité de ses précédents travaux sur les problématiques d'accessibilité aux soins³⁷².

La Cour a constaté l'ampleur des mutations qu'a connues ce type d'établissement sous l'effet conjugué des reconfigurations régionales de l'offre de soins, des difficultés de recrutement de praticiens libéraux ou du projet de réforme du financement de leurs activités (I). La préservation de leurs atouts, comme le caractère mixte de leur prise en charge, sanitaire et médico-sociale, et le support qu'ils peuvent constituer pour l'exercice des médecins libéraux dans des territoires en risque de désertification médicale, suppose dorénavant que soit mise en place une politique cohérente à leur égard (II).

I - Une offre de proximité au fonctionnement original mais fragile

Les anciens hôpitaux locaux sont très inégalement répartis sur le territoire. Près de 27 % des départements n'ont pas d'hôpital local ou n'en comptent qu'un seul. Au sein d'une même région, les disparités d'implantation sont très fortes :

- la Lorraine compte ainsi 14 établissements de ce type dont 11 dans les Vosges (aucun dans la Meuse, un en Moselle, deux en Meurthe et Moselle) ;
- la Bourgogne en compte 18 dont 9 en Saône-et-Loire et 7 en Côte d'Or ;
- en Rhône-Alpes (45 anciens hôpitaux locaux), trois départements concentrent 60 % des établissements : l'Ardèche (12), le Rhône (8) et la Loire (7).

Originellement dénommés hôpitaux ruraux, près de 63 % d'entre eux sont implantés dans des bassins de vie à dominante rurale, dont un quart en zones de montagne.

371. Trois régions ont été plus particulièrement examinées : la Bourgogne, la Lorraine et Rhône-Alpes ainsi que les hôpitaux locaux de Condrieu, Seurre, Tournon sur Rhône, Villeneuve sur Yonne et la maison de santé pluridisciplinaire de Cluny.

372. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre V : la répartition territoriale des médecins libéraux, La Documentation française, septembre 2011, p. 147-171, disponible sur www.ccomptes.fr.

Les activités prises en charge peuvent varier aussi d'une région à l'autre. Ainsi aucun de ceux de la région Alsace ne dispose de lits de médecine.

Ces établissements ont cependant pour spécificité d'accueillir majoritairement une population âgée dont l'hospitalisation est rendue moins traumatisante par l'intervention de généralistes libéraux pour assurer l'ensemble de la séquence de soins. Ils ont été confrontés au fil des années à d'importantes restructurations qui posent la question de l'avenir de ce modèle original.

A – Une prise en charge de patients âgés par des praticiens libéraux

Afin de comparer l'activité des anciens hôpitaux locaux à celle d'autres établissements publics de santé sur les mêmes types de prises en charge, l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) a réalisé pour le compte de la Cour une extraction de données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettant d'apprécier leur positionnement tant en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO -) qu'en SSR³⁷³.

1 – En médecine, des patients âgés souvent hospitalisés pour des soins palliatifs

Le mode d'entrée habituel dans les hôpitaux locaux est l'orientation par le médecin traitant. Le transfert en provenance de services hospitaliers plus importants et souvent plus éloignés du domicile et de l'entourage familial est également fréquent.

L'âge des patients accueillis est notablement plus élevé, en moyenne, que celui de ceux reçus dans les services de médecine des autres centres hospitaliers, à l'exception de ceux de courts séjours gériatriques. L'âge moyen des personnes hospitalisées y est en effet supérieur à 77 ans. La place des 81-90 ans est même prépondérante : ils représentent à eux seuls 44,6 % des séjours.

373. En médecine, les anciens hôpitaux locaux ont été comparés aux services de médecine des centres hospitaliers répartis en différentes classes en fonction du nombre de séjours ainsi qu'aux services ayant obtenu une reconnaissance « court séjour gériatrique ». En soins de suite et de réadaptation, ils ont été comparés aux autres établissements publics ainsi qu'aux établissements privés lucratifs et non lucratifs.

La durée moyenne de séjour (hors soins palliatifs) est trois fois plus longue dans les anciens hôpitaux locaux, même par comparaison avec les centres hospitaliers de petite taille.

Tableau n° 70 : durée moyenne de séjour hors soins palliatifs

Catégorie d'établissement	Nb de jours
Courts séjours gériatriques	8,43
Anciens hôpitaux locaux	13,76
CH <=5500 RSA*	5,6
CH de 5501 à 10000 RSA	4,47
CH de 10001 à 16000 RSA	4,18
CH >16000 RSA	4,11
Ensemble	4,48

*RSA : résumé de sortie anonyme

Source : ATIH à partir du PMSI 2011

Le mélange d'activités de médecine et de soins de suite peut constituer un premier élément d'explication. Le poids, important, des transferts en SSR s'explique par l'organisation de ces hôpitaux qui assurent fréquemment les deux activités (ou qui, lorsqu'ils se sont spécialisés en médecine, ont souvent noué des liens étroits avec des établissements de moyen séjour à proximité).

La sévérité des cas traités est souvent évoquée mais reste pour l'instant assez peu documentée et mériterait d'être analysée plus précisément. L'importance du taux des décès au sein des anciens hôpitaux locaux les situe cependant en très net décalage avec les autres structures hospitalières. Ce taux (11 % des séjours contre 6 % dans les courts séjours gériatriques et 4 % dans les plus petits des centres hospitaliers) s'explique en grande partie par la fréquence des séjours pour soins palliatifs dans ces établissements.

Près d'un patient sur deux est toutefois en mesure de retourner à son domicile (individuel ou collectif) après son hospitalisation, résultat qu'il convient d'apprécier en tenant compte de l'âge moyen des personnes hospitalisées.

2 – En soins de suite et de réadaptation, une patientèle encore plus âgée et dépendante³⁷⁴

Les anciens hôpitaux locaux ont accueilli 6 % des patients hospitalisés en SSR en 2011. Il s'agit d'un recrutement très local, la quasi-totalité des personnes prises en charge étant originaires de la région d'implantation de l'établissement.

Comme pour l'activité de médecine, l'âge moyen des patients y est plus élevé qu'ailleurs (78,8 ans contre 67,8 ans). Les personnes de plus de 80 ans en constituent 56 % de la patientèle contre un peu moins d'un tiers dans les autres structures.

Les caractéristiques médicales des patients sont très liées à l'âge. C'est ainsi qu'une majorité a besoin d'une assistance pour l'habillage (63 %), pour le déplacement (53 %) et la moitié pour la continence. Le score de dépendance physique moyen³⁷⁵ est le plus élevé des différentes catégories d'établissements (9,76).

À la différence de ce qui est constaté en médecine, la durée moyenne de séjour en services de soins et de rééducation en hospitalisation complète (qui représente l'activité quasi exclusive de SSR de ces établissements) est analogue, voire légèrement plus basse, à la moyenne constatée dans les autres structures et avoisine les 30 jours. Cela s'explique par le type d'activité réalisée, plus polyvalente que dans d'autres établissements et orientée essentiellement vers le traitement des affections courantes de l'appareil locomoteur et des polyopathologies des personnes âgées.

Le retour des patients à leur domicile représente 69 % des sorties, soit un peu moins que dans les autres catégories d'établissements (75 %). Les transferts vers des services de court séjour y sont en revanche plus

374. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur www.ccomptes.fr.

375. La dépendance est appréciée au regard de six événements de la vie quotidienne : quatre pour la dépendance physique (l'habillage, le déplacement, l'alimentation, la continence) et deux pour la dépendance cognitive (le comportement et la relation). Pour chacun de ces événements, la mesure de la dépendance est caractérisée par quatre scores possibles selon l'importance de la charge en soins : 1 = indépendance complète, 2 = supervision ou arrangement, 3 = assistance partielle, 4 = assistance totale. L'échelle des scores s'étale de 4 (patient non dépendant) à 16 (patient très dépendant) pour la dépendance physique et de 2 à 8 pour la dépendance cognitive.

nombreux. Le taux des décès (5 %) est pratiquement équivalent à celui des autres établissements publics de santé (4 %).

3 – Une place prépondérante donnée à la médecine libérale

Il s'agit de la principale caractéristique de ces établissements. L'hôpital rural puis local s'est traditionnellement appuyé pour la prise en soins sur les médecins libéraux. Si ces derniers ne sont désormais plus les seuls praticiens à intervenir, ils restent cependant le socle du fonctionnement médical de ces établissements.

Les médecins généralistes qui participent au fonctionnement d'un hôpital local exercent dans la commune de l'établissement ou dans les cantons voisins. Ainsi, pour une grande partie des patients, le suivi médical pendant l'hospitalisation est directement assuré par leur médecin traitant.

Leur rémunération est réglementée et reste fondée sur le tarif d'une consultation (lettre-clef « C »). Le tableau ci-après récapitule les différentes rémunérations ou honoraires qu'ils sont susceptibles de percevoir à ce titre, étant précisé que le montant en est minoré d'une redevance de 10 % au bénéfice de l'établissement.

Tableau n° 71 : mode de rémunération des praticiens libéraux dans les anciens hôpitaux locaux

Types de prise en charge	Mode de rémunération
Médecine	Au maximum 1 C par jour et par patient pendant 14 jours puis ensuite 4 C par semaine
SSR	3 C par semaine et par patient
USLD	2 C par mois et par patient
Actions de formation	5 C par ½ journée dans la limite de 10 ½ journées par an et par médecin
Coordination ³⁷⁶	Rémunération fixée par contrat avec le directeur d'établissement
Astreintes	1 C par demi-journée, 2 C par journée + 2 C par nuit les samedis après-midi, dimanches et fériés (dédommagement non cumulable avec celui des gardes de ville)

Source : Cour des comptes

Ce mode de rémunération n'est pas toujours adapté aux pathologies prises en charge (ainsi par exemple des patients en soins palliatifs au-delà de 14 jours) et ne prend pas en compte la participation des médecins à différentes instances ou commissions que le passage des

376. Rôle du médecin coordonnateur des activités médicales, de l'organisation de la continuité des soins de jour et de nuit et de l'évaluation des soins.

hôpitaux locaux au statut de droit commun des établissements publics de santé a multipliées. Une part de forfaitisation contribuerait à maintenir l'implication des médecins libéraux dans le bon fonctionnement de ces établissements dans le contexte d'une démographie médicale déclinante qui les oblige déjà à recourir de plus en plus à des médecins salariés.

Les textes ont en effet progressivement autorisé aussi l'intervention de praticiens hospitaliers salariés dans les anciens hôpitaux locaux. En 2010, ces derniers comptaient 685 postes équivalents temps plein de médecins salariés³⁷⁷ et faisaient intervenir 2 128 médecins libéraux. Mais en raison de modes de suivi différents et à défaut de comptabilisation du temps médical effectué dans les établissements, il n'est pas possible de comparer ce nombre de praticiens salariés (calculé en ETP) à celui des libéraux (décompté en effectifs).

La plupart du temps, les praticiens salariés sont employés pour des quotités extrêmement réduites mais ils sont présents dans presque tous les établissements. Ils interviennent essentiellement dans les unités d'hébergement des personnes âgées, puis dans les SSR, mais relativement peu dans les services de médecine.

Dans quelques régions, en Rhône Alpes notamment, le recrutement de praticiens hospitaliers a été privilégié. Certains établissements n'y fonctionnent d'ailleurs que selon ce mode.

L'association de médecins salariés est diversement appréciée par les praticiens libéraux qui exercent au sein des établissements. Certains apparaissent hostiles à un fonctionnement mixte craignant qu'une présence accrue de salariés ne les cantonne à des tâches secondaires, moins intéressantes, et à pallier les manques lors de la permanence des soins. Dans l'un des établissements examinés par la Cour qui comprend 15 lits de médecine et 15 lits de SSR, les soins sont assurés par quatre médecins libéraux pour un temps d'intervention total, permanence des soins comprise, évalué à un ETP environ. Un ETP salarié ne pourrait pas assurer à lui seul la même charge ainsi que la même amplitude horaire tout au long de l'année. Dans ce contexte, un tel recrutement, à activité constante, bouleverserait profondément le projet médical de l'établissement et le rôle des médecins libéraux.

S'agissant des effectifs non médicaux, les infirmiers sont proportionnellement moins nombreux dans les anciens hôpitaux locaux que dans le reste des établissements publics (13 % des personnels non médicaux contre 28 %). En revanche, la part des personnels moins

377. Statistique annuelle des établissements (SAE) 2010.

qualifiés, aides-soignants et agents de services hospitaliers, y est plus élevée, respectivement 36 % et 25 % contre 25 % et 11 %.

B – Une recomposition largement entamée

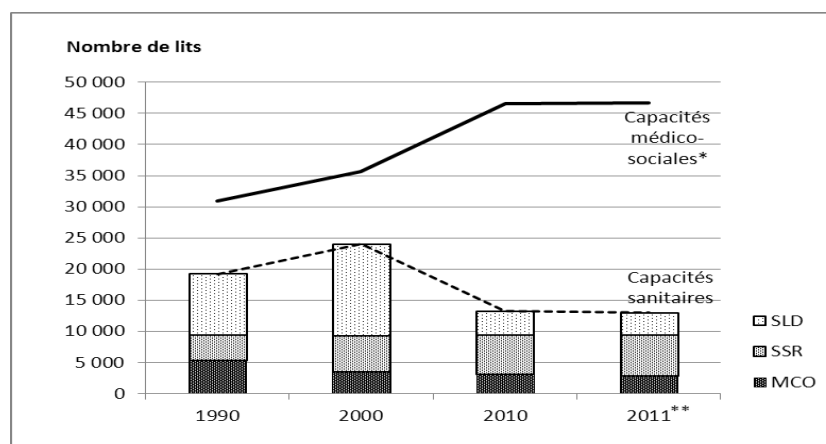
1 – Une importante transformation des activités depuis vingt ans

Les anciens hôpitaux locaux se sont profondément restructurés depuis 20 ans.

En passant de 319 à 367 établissements, leur nombre avait connu une croissance importante entre 1990 et 2000 en raison, notamment, du choix de petits centres hospitaliers d'opter pour le statut d'hôpital local. Ce mouvement a cessé au début des années 2000 et leur effectif a décru pour revenir, en 2011, à 319³⁷⁸ établissements.

Le graphique ci-dessous montre de quelle façon leurs capacités ont évolué entre 1990 et 2011.

Graphique n° 15 : évolution des capacités des anciens hôpitaux locaux



Champ : France métropolitaine ; SLD : soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation, MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

* définition retenu par Eurostat (« Nursing beds »), c'est à dire un champ un peu plus large que les seuls EHPAD.

**Y compris les 40 établissements classés comme hôpitaux locaux en 2010 et comme centres hospitaliers en 2011.

Source : DREES document statistique n°154 « Les hôpitaux publics en 1990 » et SAE 2000, 2010, 2011.

378. Y compris 40 établissements classés comme hôpitaux locaux en 2010 et comme centres hospitaliers en 2011.

Sur une période de 20 ans, les capacités des hôpitaux locaux (sanitaires et médico-sociales confondues) ont connu une augmentation globale de 19 %, indépendamment des mouvements contrastés qui ont affecté le nombre même d'établissements. Cette croissance s'est accompagnée d'une profonde recomposition des activités : les places en médico-social ont progressé de 51% sur la période quand les lits d'hospitalisation diminuaient de 32 %.

Jusqu'en 2000, les capacités sanitaires ont continué à croître, tirées par le développement des activités de soins de suite et de rééducation et des soins de longue durée pour personnes âgées, les lits de médecine ayant alors déjà amorcé un mouvement de repli. Sur les dix dernières années, les lits et places en soins de suite et de réadaptation ont augmenté de 15 % au détriment de ceux de médecine qui ont décliné de 20 %. Mais l'évolution la plus forte a concerné les lits de long séjour, du fait en particulier de leur répartition entre soins de longue durée à caractère sanitaire³⁷⁹ et hébergement de personnes âgées dépendantes de nature médico-sociale. Les trois quarts des capacités des hôpitaux locaux en long séjour ont disparu. Leur offre en soins de longue durée représente maintenant 12 % de celle de l'ensemble des établissements publics et ils perçoivent à ce titre moins de 10 % de la dotation annuelle globale versées aux établissements de santé.

2 – Une accélération récente sous l'effet du projet de réforme du financement

La situation financière des hôpitaux locaux est globalement positive. En 2010, selon l'analyse des comptes financiers réalisée par l'ATIH, 237 des 285 hôpitaux locaux examinés étaient excédentaires (pour un excédent total de 21,5 M€) et 48 déficitaires (à hauteur, globalement, de 6,2 M€). Les résultats 2011 font cependant apparaître une dégradation. Si la catégorie reste globalement excédentaire (à hauteur de 34,4 M€), le nombre d'hôpitaux déficitaires (62) a progressé.

Ces résultats pourraient évoluer fortement avec le basculement du financement traditionnel de ces établissements par dotation globale (DAF) vers une tarification à l'activité (T2A), conséquence de la suppression de la catégorie des hôpitaux locaux par la loi HPST.

379. L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu le recentrage des USLD par répartition des capacités d'accueil et des crédits entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social en fonction de la lourdeur des cas traités et l'importance des soins dispensés aux patients.

Les anciens hôpitaux locaux devaient passer à un financement à la T2A dès le 1er janvier 2010 pour leur activité de médecine. Cette réforme a été reportée à trois reprises et devrait intervenir en principe en 2015³⁸⁰. Le secteur des soins de suite et de réadaptation devrait quant à lui basculer en T2A en 2016 comme pour l'ensemble des établissements exerçant cette activité.

a) Une fragilisation très forte

Les simulations de recettes attendues au titre de la T2A à activité constante réalisées par les agences régionales de santé (ARS) comme par l'ATIH mettent en lumière que seule une minorité d'établissements maintiendraient leur niveau de recettes.

Ainsi, en Bourgogne, sur les neuf hôpitaux locaux pour lesquels la simulation a pu être faite, un seul percevrait la même recette en T2A qu'en dotation annuelle de financement. Tous les autres seraient perdants, dans des proportions variables (entre -8 et -61 %). La même simulation sur l'activité SSR³⁸¹ faisait ressortir deux établissements en sur-dotation par rapport aux recettes T2A : les deux établissements en question se trouvaient ainsi perdants dans les deux activités (médecine et SSR).

En Lorraine également, les travaux de simulation réalisés par l'ARS ont montré le décalage entre le financement attendu au titre de la T2A (5,1 M€) et la dotation perçue à l'heure actuelle (8,5 M€) au titre de l'activité de médecine. Sur les 11 anciens hôpitaux locaux ayant une activité de médecine, un seul serait gagnant avec le passage à la T2A, les dix autres apparaissant surdotés (le plus concerné ne percevrait que 28 % de sa dotation actuelle après basculement en T2A).

Différents facteurs expliquent cette incidence très forte d'un changement de mode de financement pour ces établissements :

- l'éventail des cas traités dans les anciens hôpitaux locaux est moins large que dans les autres établissements : l'analyse de la classification de leur activité dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information fait ressortir qu'ils n'ont recours en moyenne

380. La loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) 2010 a repoussé l'échéance au 1^{er} janvier 2012, puis celle pour 2012 au 1^{er} mars 2013. Enfin, la LFSS pour 2013 a fixé une nouvelle échéance au 1er mars 2015.

381. À partir du modèle transitoire de valorisation de l'activité (IVA). Le modèle définitif est en cours de construction. Les résultats réels pourraient donc varier dans un sens plus favorable à ces établissements si notamment la lourdeur des prises en charge ou les contraintes inhérentes aux missions spécifiques exercées par certains d'entre eux étaient bien prises en compte dans l'outil de tarification.

qu'à 10 % des catégories d'activités envisageables³⁸². Les séjours pour soins palliatifs sont les plus nombreux. L'activité de ces établissements est moins rémunératrice que dans les autres centres hospitaliers ;

- la durée moyenne de séjour y reste, en médecine, en très net décalage avec celle des autres établissements publics. Sa maîtrise et sa réduction est complexe pour des établissements qui sont dans une position de dépendance vis-à-vis des structures d'aval. En outre, le retour à domicile est plus difficile à organiser pour les personnes âgées et nécessite souvent la mise en place d'évaluations et d'aides supplémentaires. Des marges de progrès existent certes puisque certaines structures présentent des durées de séjour similaires à la moyenne des autres centres hospitaliers, mais la réduction de la durée moyenne de séjour ne peut suffire à régler la difficulté du financement en cas de passage à la T2A ;

- le faible nombre de séjours et la taille critique des unités jouent un rôle important : selon l'ATIH, 90 % des établissements ont réalisé moins de 445 séjours (ou séances) en court séjour en 2010. Or les ARS évoquent généralement un seuil compris entre 20 et 30 lits de médecine en deçà duquel l'hôpital ne peut supporter le passage à la T2A. Comparé au nombre moyen de lits de médecine des anciens hôpitaux locaux (13,36 lits en 2009) ce seuil, pourtant faible, apparaît inaccessible à la plupart d'entre eux.

En effet, selon une étude portant sur 241 établissements, seuls 49 ont une capacité en lits de médecine supérieure ou égale à 20 lits, soit 20 %, ceux dépassant les 30 lits n'étant que 14 (6 %).

382. Les hôpitaux locaux utilisent 61 racines de codage d'activité sur les 600 possibles.

Tableau n° 72 : répartition des anciens hôpitaux locaux selon leur capacité en médecine

Lits de médecine	Nombre d'hôpitaux locaux	Répartition
1<5	14	5,8 %
5<10	71	29,5 %
10<15	64	26,6 %
15<20	43	17,8 %
20<25	21	8,7 %
25<30	14	5,8 %
30<40	8	3,3 %
40<50	5	2,1 %
50<60	1	0,4 %
Total	241	100 %

Source : association nationale des hôpitaux locaux octobre 2010

b) Une réforme aux conséquences anticipées

L'une des conséquences des réflexions sur la taille optimale des services de médecine et des annonces successives sur la T2A a été, dans de nombreux endroits, l'abandon de cette activité au profit des soins de suite et de réadaptation, voire un abandon de toute activité sanitaire pour certains établissements.

Ce phénomène a été notamment constaté par la Cour dans les régions qu'elle a plus particulièrement examinées. Ainsi le département des Vosges compte 11 anciens hôpitaux locaux. Huit disposaient encore de lits de médecine en 2011 mais pour cinq d'entre eux, la suppression de ces lits était déjà actée. Les deux établissements de Meurthe-et-Moselle devaient également cesser leur activité de médecine en 2012.

La notion de taille critique dans les programmes régionaux de santé

Certaines agences régionales de santé ont introduit des seuils d'activité pour les activités de médecine ou de SSR dans les projets régionaux de santé (PRS) récemment adoptés.

Ainsi, en région Lorraine est notamment envisagée la restructuration des services dont la capacité totale en lits de médecine est inférieure à 30 lits par un repositionnement en tant que services de proximité pour répondre aux besoins de la population au-delà du champ hospitalier (consultation avancées, maison médicale de garde, ...), en lien avec les partenaires des champs médico-social et ambulatoire.

En SSR l'objectif est de même nature. Il s'agit de réorganiser l'offre en redéployant vers les territoires déficitaires, en l'augmentant là où c'est nécessaire, avec une taille critique de 30 lits environ.

Le PRS de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur aborde assez longuement la question des anciens hôpitaux locaux et du devenir de leurs activités sanitaires. Si, dans l'attente d'études plus approfondies, toutes les implantations sont maintenues en médecine, en matière de SSR l'objectif de restructuration de l'ARS apparaît clairement dans le document. Elle juge nécessaire de tendre vers des tailles critiques minimales de l'ordre de 30 lits et places si les secteurs de SSR sont « adossés » à d'autres services ou 60 lits et places si l'établissement exerce une activité de SSR exclusive. Par exception et uniquement en cas d'isolement géographique, une offre de proximité pourra être maintenue dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

En région Pays de la Loire le PRS indique que la prise en charge de proximité, qui concerne la médecine polyvalente et, possiblement, le court séjour gériatrique, « repose sur des unités qui doivent tendre vers une taille minimale de 20 lits afin d'assurer un véritable projet en médecine avec une équipe dédiée ».

En Bourgogne, 46 établissements disposaient d'une autorisation en médecine, en janvier 2012. Ils devraient encore être 44 dans le schéma cible même s'il est précisé que cette cible « est susceptible d'être modifiée en fonction des projets de fusion-regroupement-transfert et des conséquences de la mise en œuvre de la T2A sur les ex hôpitaux locaux ». Dans l'attente, l'ARS incite les anciens HL qui souhaitent maintenir une activité sanitaire (de médecine ou de SSR) à travailler leur projet médical pour définir précisément quelle activité ils peuvent conserver.

La recomposition est donc déjà très largement amorcée dans les régions en application d'un projet qui n'a pas généralement pris en compte, dans sa conception, le cas particulier du service rendu par les anciens hôpitaux locaux et qui aboutirait mécaniquement à les éliminer avant même que leur modèle n'ait été expressément qualifié d'obsolète.

II - Des atouts à faire valoir

Les anciens hôpitaux locaux ne sauraient rester par principe à l'écart de la recomposition indispensable de l'offre de soins. Comme l'ensemble des établissements, ils doivent savoir s'inscrire avec dynamisme et anticipation dans les réorganisations en cours. Certains établissements, confrontés notamment à de graves difficultés de recrutement médical, ne pourront pas continuer à assurer une prise en charge en court séjour ni même en soins de suite et de réadaptation et leur transformation en structure médico-sociale, sinon leur fermeture complète, peut s'avérer nécessaire.

Pour autant, une partie d'entre eux peut apporter une contribution utile à l'organisation de l'offre de soins de proximité. Ils offrent en effet un type de prise en charge qui s'inscrit en cohérence avec les préconisations formulées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie³⁸³ selon lequel il est préférable que les populations plus fragiles évitent autant que possible le passage par les urgences ou les grands établissements de santé. Ils proposent en effet une médecine de proximité, spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées, qui développe des liens privilégiés avec la médecine de ville et qui allie prise en charge sanitaire et médico-sociale dans la logique d'un parcours de soins articulé.

Leur maintien sur certains territoires peut à cet égard apparaître judicieux, mais suppose cependant que soient réunies plusieurs conditions :

- en premier lieu, une action résolue pour trouver des solutions à la principale difficulté de ces établissements, qui tient au désengagement des médecins libéraux ;
- un pilotage ministériel plus cohérent qui fixe des orientations claires aux ARS et simplifie les objectifs assignés aux établissements.

A – Conforter la présence des médecins libéraux

La participation des médecins libéraux à l'activité des anciens hôpitaux locaux constitue un élément essentiel de leur pérennité, cette dernière étant elle-même un outil dans la lutte contre les déserts médicaux.

1 – Un mode de fonctionnement médical remis en question

En raison de leur mode de fonctionnement particulier, reposant majoritairement sur les médecins libéraux, les hôpitaux locaux subissent au premier chef les effets de la diminution du nombre des médecins généralistes en exercice dans certains territoires.

Les médecins généralistes en exercice au 1er janvier 2012 étaient au nombre de 101 896³⁸⁴. Parmi eux, 41 % avaient plus de 55 ans. Seulement 14 290 médecins généralistes exercent dans des communes rurales ou des unités urbaines de moins de 5 000 habitants. Dans ces territoires, où l'on trouve bon nombre des anciens hôpitaux locaux, la

383. Note d'avril 2010 du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - « *Vieillesse, longévité et assurance maladie* ».

384. Source : DREES série stat n° 167 : *Les médecins en exercice au 1^{er} janvier 2012*.

proportion de praticiens ayant atteint ou dépassé l'âge de 55 ans y est élevée (48 %). Mais certains départements affichent des taux beaucoup plus forts.

Le tableau ci-dessous présente les départements où la proportion de médecins généralistes d'exercice libéral ou mixte de 55 ans et plus est la plus importante. Il permet de préfigurer l'impact à court terme des départs en retraite, s'ils ne sont pas remplacés, sur le fonctionnement des hôpitaux locaux qui y sont implantés.

Tableau n° 73 : départements dans lesquels les médecins généralistes de plus de 55 ans sont majoritaires

Départements	Médecins généralistes âgés de + de 55 ans	Nombre d'hôpitaux locaux
Alpes de Haute-Provence	78 %	9
Tarn et Garonne	76 %	3
Vaucluse	70 %	4
Savoie	67 %	3
Vendée	58 %	5
Vosges	54 %	11
Pyrénées Orientales	51 %	1
TOTAL		36 (soit 10 % du total)

Source : Conseil national de l'ordre des médecins 2011 et Cour des comptes

Comme la Cour l'a souligné en 2011, la croissance attendue de la démographie médicale à partir de 2020 ne résoudra pas spontanément les inégalités de répartition territoriale des médecins libéraux au détriment en particulier des zones rurales. Seul un médecin sur dix s'établit en exercice libéral (hors remplaçants) à la sortie de ses études et les généralistes sont devenus minoritaires dans l'effectif total des médecins libéraux.

L'exercice en hôpital local n'est par ailleurs pas dépourvu de contraintes qui peuvent affaiblir son attractivité : la continuité des soins impose l'organisation de gardes et astreintes pas toujours facilement compatibles avec les aspirations des nouvelles générations de médecins plus désireuses de libérer du temps pour leur famille ou d'autres activités personnelles. Par ailleurs, comme la réglementation le prévoit, les médecins atteignant 60 ans se font parfois exempter de leurs astreintes en établissement, ce qui fragilise encore un peu plus les établissements. Le système actuel de rémunération des médecins travaillant en hôpital local, fondé sur une rémunération à l'acte, est par ailleurs déconnecté de

l'évolution générale de celle des médecins de ville vers davantage de forfaitisation³⁸⁵.

Or un travail croissant est requis pour répondre à l'ensemble des contraintes de fonctionnement qui s'imposent aux anciens hôpitaux locaux à l'identique de tous les établissements publics quelle que modeste que soit leur taille³⁸⁶. Dès lors, l'emploi de praticiens hospitaliers finit par s'avérer incontournable.

Un nouveau modèle de fonctionnement de l'hôpital local qui en fait l'établissement d'aval d'un centre hospitalier plus important, a émergé ainsi au fil des transformations d'activités et de capacités. Un ou plusieurs praticiens hospitaliers ou contractuels peuvent alors gérer la partie sanitaire de l'activité. Ce changement peut conduire à terme à la disparition dans les anciens hôpitaux locaux des praticiens libéraux au profit de praticiens salariés. En effet, il peut être plus simple dans une organisation en filière, dans le cadre d'une convention de coopération et à plus forte raison en cas de fusion, qu'un même praticien hospitalier exerce pour une part de son temps dans l'hôpital de référence et pour l'autre dans l'hôpital local. Ce mode de fonctionnement modifie le type de prise en charge et à terme le recrutement au sein de l'hôpital local. L'expérience montre en effet que les médecins libéraux se désengagent alors d'un établissement dont ils ne maîtrisent plus, ou moins, le recrutement des patients.

2 – Un point d'ancrage pour conforter la présence de professionnels libéraux de santé sur des territoires fragiles

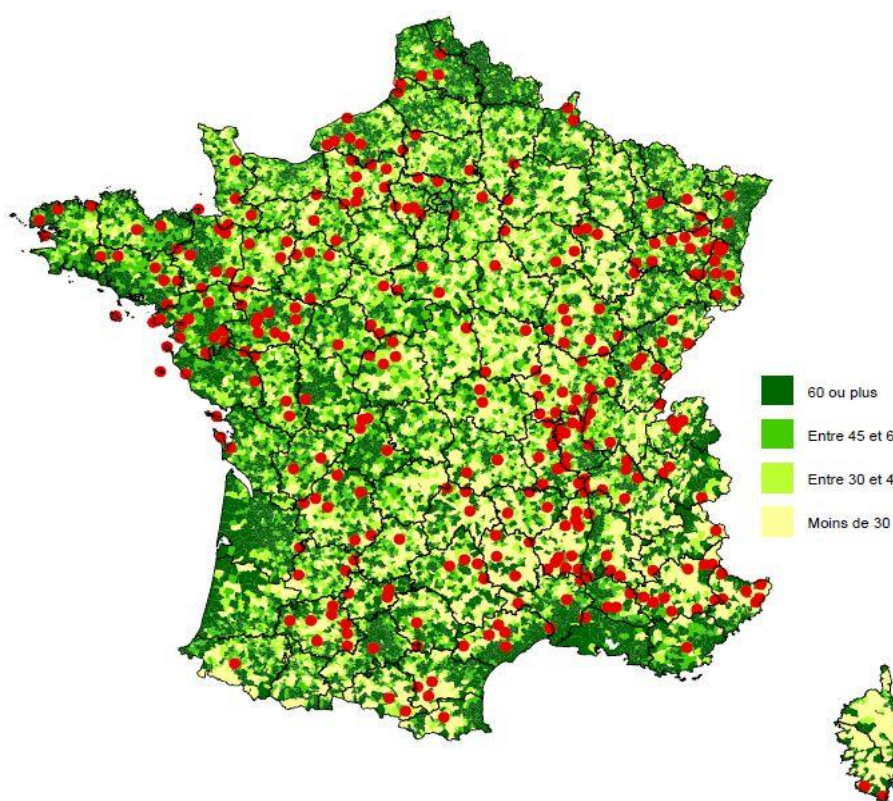
A contrario, les anciens hôpitaux locaux peuvent constituer un point d'ancrage pour les professionnels libéraux médicaux mais aussi paramédicaux dans des zones où l'accessibilité aux soins, et notamment aux médecins généralistes, est faible.

385. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2013* : Tome I, chapitre 3 : le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, La Documentation française, février 2013, p. 187-218, disponible sur www.ccomptes.fr.

386. Notamment, développement des règles d'hygiène et de sécurité des soins qui suppose la constitution d'une équipe opérationnelle d'hygiène dans chaque établissement ; respect de la démarche de certification par la Haute Autorité de santé qui demande un investissement important pour des équipes médicales et soignantes réduites ; superposition de commissions : conseil de surveillance, directoire, commission médicale d'établissement, commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, etc.

La carte ci-dessous croise à cet égard deux données : la localisation géographique des hôpitaux locaux d'une part et l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée³⁸⁷ des médecins généralistes libéraux d'autre part.

Carte n° 2 : implantation des anciens hôpitaux locaux et accessibilité aux médecins généralistes libéraux



Note de lecture : les zones de couleur représentent le nombre d'ETP de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Les points rouges représentent les communes d'implantation des hôpitaux locaux.

Source : DREES à la demande de la Cour

387. Ce nouveau mode de mesure de l'accessibilité aux médecins développée par la DREES (Etudes et résultats n° 795) affine les résultats obtenus avec les indicateurs traditionnels que sont la densité médicale ou la distance d'accès aux soins. Il intègre notamment l'activité réelle des praticiens et la structure par âge de la population pouvant recourir à des soins.

Cette approche, nouvelle, confirme, ainsi que la Cour le soulignait en 2011 dans son analyse précitée sur la répartition territoriale des médecins libéraux, qu'il est indispensable de considérer les inégalités à un niveau plus fin que les régions sous peine d'avoir une vision faussée. Elle montre par ailleurs clairement que dans un certain nombre de départements, l'hôpital local est ainsi situé au sein d'une zone de faible accessibilité médicale : c'est le cas, notamment, en Ardèche, Aude, Corrèze, Haute-Loire, Lozère, Haute-Marne, Saône et Loire...

D'autres zones, en Bourgogne, Champagne-Ardenne, Centre, Limousin, Corse ou dans les Pyrénées cumulent absence d'hôpitaux locaux et faible présence médicale. Inversement, certains établissements se situent sur des territoires à forte densité médicale et ne constituent pas de ce point de vue une structure d'adossement aussi indispensable que parfois ailleurs.

La Cour notait aussi en 2011 que le dynamisme de la démographie médicale attendu dans les prochaines années en raison de l'augmentation du *numerus clausus* ne résoudrait pas spontanément les inégalités de répartition de médecins. Dans ces conditions, la présence d'un hôpital local peut constituer un atout. Elle signifie qu'il existe encore un potentiel médical, même faible, sur la commune d'implantation ou à proximité. Son confortement peut être ainsi une composante importante de la lutte contre les déserts médicaux. Cette donnée doit être intégrée dans les réflexions en cours sur l'organisation de l'offre de soins de premier niveau, d'autant plus nécessairement qu'un tel établissement peut constituer le point d'adossement indispensable pour faciliter la constitution de structures telles que les maisons de santé pluridisciplinaires permettant un exercice professionnel coordonné des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux).

3 – Un adossement réciproque aux maisons de santé pluridisciplinaires à privilégier

Pour remédier à la pénurie médicale, la constitution d'une maison de santé pluridisciplinaire est souvent considérée comme une solution de nature à offrir des conditions de travail et de vie plus attractives pour les professionnels libéraux et par là même constituer une offre de professionnels pour l'hôpital local.

Elles peuvent en effet apporter une réponse à la désaffection des jeunes praticiens pour la médecine générale et à la désertification médicale. On perçoit l'intérêt pour les établissements d'une telle collaboration qui fixe un potentiel médical et paramédical sur le territoire, voire attire de nouveaux praticiens.

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont le fruit d'initiatives locales de professionnels ou d'élus et plus rarement des directions des hôpitaux locaux eux-mêmes³⁸⁸. Elles sont de fait fréquemment installées dans des localités dépourvues de toute structure hospitalière. Il existe cependant des exemples très aboutis d'une telle collaboration, même si de tels projets ne se révèlent pas toujours aisés à mettre en œuvre.

Maisons de santé pluridisciplinaires et hôpitaux locaux, quelques cas concrets

À Cluny, la création récente d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local a permis d'attirer de jeunes médecins. En 2013, sept médecins généralistes devraient exercer dans cette nouvelle structure. Cette présence devrait conforter le fonctionnement de l'établissement et en outre permettre de mettre en œuvre d'autres projets tels que les consultations avancées de cardiologie, de dermatologie, voire de la télémédecine.

L'ancien hôpital local de Villeneuve-sur-Yonne est dans une situation plus délicate. Au printemps 2012, huit médecins libéraux installés dans le canton d'implantation ou dans les cantons voisins intervenaient dans l'établissement. La grande majorité a déjà atteint ou dépassé les 65 ans. Dans cinq ans, si aucun renouvellement n'est assuré, l'hôpital n'aura plus une équipe médicale suffisante pour fonctionner. Le projet de maison de santé pluri-professionnelle que souhaitait développer l'établissement n'a pas pour l'instant abouti.

L'ancien hôpital local de Condrieu est confronté à des difficultés similaires. Les praticiens libéraux se désengagent progressivement de la structure. L'établissement dispose de 0,6 ETP de praticien hospitalier et d'un médecin libéral seulement pour faire fonctionner 25 lits de médecine dont 3 lits de soins palliatifs ainsi que 30 lits de SSR. Un projet de maison de santé pluridisciplinaire pourrait cependant voir prochainement le jour.

L'hôpital de Tournon-sur-Rhône est un bon exemple de la difficulté d'intégrer des médecins libéraux lorsque l'hôpital fonctionne avec des praticiens hospitaliers. En 2010, les médecins généralistes de Tournon ont choisi d'intégrer la maison médicale de garde d'un autre établissement (à Saint Vallier) et se seraient montrés réticents à toute initiative sur le site de Tournon. La création d'une maison de santé pluridisciplinaire sur le même site de Saint Vallier est programmée pour 2013.

Les intérêts des divers protagonistes ne sont de fait pas systématiquement convergents. Tantôt les établissements n'arrivent pas à

388. Les aides pour financer les maisons de santé pluridisciplinaires proviennent des ARS via le fonds d'intervention régional (FIR) selon un cahier des charges national, des caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre de la convention nationale des médecins de 2011 en cas d'exercice en zones fragiles et des collectivités territoriales et locales.

motiver et mobiliser les professionnels de santé, tantôt ces derniers prennent des initiatives avec d'autres partenaires (notamment en fonction de projets immobiliers proposés par les communes).

Par ailleurs, il semble que les projets les plus aboutis soient réalisés dans des territoires où la densité médicale n'est pas encore problématique mais risque de le devenir dans les prochaines années. Sans doute est-ce en effet en amont du départ prévisible des médecins généralistes que la question de leur remplacement doit être anticipée.

La question de l'avenir de l'hôpital local n'est donc pas seulement une problématique purement hospitalière, qui le ferait considérer comme le maillon faible des établissements publics de par sa taille réduite et, à ce titre, le désignerait tout naturellement pour une fermeture de ses activités sanitaires à terme rapproché pour le réduire à sa seule dimension médico-sociale. Dès lors qu'il peut conditionner le maintien de la présence de professionnels libéraux de santé sur les territoires les plus fragiles, s'imposent une clarification des objectifs et des règles applicables à ce type d'établissements.

B – Rendre le pilotage ministériel plus cohérent et clarifier le financement

La position des pouvoirs publics sur le rôle que doivent jouer ces petits hôpitaux et l'analyse de leur place dans l'offre de soins ont varié au fil des années. L'administration centrale du ministère de la santé est passée d'une vision très dynamique de leur rôle à une approche qui se veut pragmatique, préconisant des solutions sur mesure, à l'initiative des ARS, pour, semble-t-il, revenir récemment à une perspective plus globale.

1 – Des objectifs fluctuants

La circulaire du 28 mai 2003, élaboré à l'occasion de la révision des schémas régionaux d'organisation des soins, détaillait les missions et les activités de l'hôpital local. Elle se situait encore dans une perspective de maintien des moyens d'hospitalisation complète et même de promotion du court séjour en médecine et de développement du SSR. La création ou la réintroduction de lits de médecine polyvalente était même envisagée. Enfin, l'ouverture de lits en SSR ne devait pas se faire au détriment des lits de médecine.

En 2007, les hôpitaux locaux ont été invités à intégrer les filières gériatriques hospitalières en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques.

Le résultat de ces actions a priori volontaristes est décevant. La circulaire de 2003 notamment n'a pas entraîné les transformations annoncées. Elle énumérait une série de mesures dont certaines ont été difficiles à mettre en œuvre dans un contexte de désengagement de la médecine libérale³⁸⁹. Par ailleurs, l'augmentation des lits de médecine ou l'ouverture d'établissements supplémentaires n'ont pas rencontré l'adhésion des agences régionales d'hospitalisation et ne correspondaient pas toujours à des besoins repérés localement.

Depuis la loi HPST, il appartient aux agences régionales de santé de déterminer, au cas par cas, la solution la plus adaptée à chacun des établissements, après analyse de l'offre de proximité, des besoins de la population et de l'activité réalisée. La direction générale de l'offre de soins estime cependant que leur place reste particulière en matière de médecine de premier recours. Elle récuse un modèle unique et invite les ARS à s'inspirer des orientations contenues dans le guide d'élaboration des SROS.

Les orientations de ce dernier traduisent cependant l'absence de vision claire de l'administration sur l'avenir de ces hôpitaux. D'un côté, il fait valoir que les anciens hôpitaux locaux constituent un modèle pour l'ensemble des établissements de proximité du fait de leur expérience pratique de l'articulation entre la ville et l'hôpital mais aussi de la prévention et de la prise en charge médico-sociale, et qu'ils peuvent aussi constituer des points d'appui pour structurer l'offre de premier recours. D'un autre côté, il invite les agences régionales à couvrir une partie du besoin de développement du SSR par des opérations de reconversion d'établissements de santé de court séjour, au premier rang desquels les anciens hôpitaux locaux.

Le « pacte territoire-santé », plan global de lutte contre les déserts médicaux annoncé par la ministre de la santé le 13 décembre 2012, semble cependant annoncer un changement de cap. L'engagement n°11 vise de fait à adapter les hôpitaux de proximité et à identifier les leviers aptes à conforter leur place, comme le développement des vacations de spécialistes ou des stages de deuxième cycle en médecine générale. Dès

389. Par exemple en matière de prévention et d'éducation à la santé pour lesquelles, selon le texte, les actions suivantes pouvaient trouver place dans les hôpitaux locaux : ateliers d'éducation alimentaire, aide au sevrage tabagique, consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage, mise en place de cellule d'écoute pour les suicides et les conduites addictives, mise en place des examens de santé gratuits pour les précoces, campagnes de dépistage de masse des cancers.

2013, deux cents praticiens territoriaux de médecine générale³⁹⁰ devraient s'installer dans les territoires isolés. Au printemps 2013, les ARS ont initié des concertations régionales visant à définir les mesures les plus adaptées au contexte local. Les propositions qui en seront issues doivent être intégrées dès cette année dans un pacte régional territoire santé.

Plus fondamentalement cependant, leur renforcement est lié à la clarification nécessaire de leur mode de financement.

2 – La persistance des incertitudes autour du modèle tarifaire

L'administration a lancé au printemps 2012, des travaux d'adaptation du modèle de tarification à l'activité au cas particulier des hôpitaux locaux.

La décision a été toutefois prise dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 de repousser une nouvelle fois la date du basculement en T2A au motif que le faible volume de leur activité rend difficile d'atteindre un équilibre entre les charges et les produits dans le cadre de la T2A. L'évolution du financement des hôpitaux locaux devrait faire l'objet, selon l'administration, d'un traitement coordonné entre l'activité de court séjour et de celle de SSR compte tenu des enjeux transversaux et des effets de seuils entre activités³⁹¹.

Cette nouvelle période de transition doit être l'occasion d'examiner comment prendre en compte certaines spécificités de ces établissements et de leurs activités. Leur diversité géographique doit être ainsi intégrée en évaluant les incidences de la localisation sur le coût ou la durée des séjours et en recensant précisément les établissements isolés, ceux qui ont une activité saisonnière et en valorisant les surcoûts que cela représenterait.

Par ailleurs, les établissements doivent être appréhendés dans la totalité de leurs activités pour tenir compte de la prépondérance des activités médico-sociales et du fait que dans la majorité des anciens hôpitaux locaux les activités de médecine et de SSR sont assurées dans la même unité fonctionnelle.

390. Ce statut, introduit dans le code de la santé publique par la loi de financement de la sécurité sociale 2013, prévoit une rémunération complémentaire aux revenus tirés de l'activité libérale.

391. Pour l'ensemble des établissements de santé, deux dates de basculement différentes sont prévues pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (2015) et celles de soins de suite et de réadaptation (2016).

La question reste posée néanmoins, au-delà des études en cours, du modèle tarifaire de ces établissements. S'il est normal qu'une partie de leur financement soit liée à leur activité et à leurs coûts, il serait également logique de leur reconnaître une part de financement forfaitaire au titre de leur rôle spécifique. Seul un financement mixte paraîtrait à cet égard de nature à les conforter là où leur présence demeure nécessaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La situation des anciens hôpitaux locaux apparaît comme très hétérogène selon leur lieu d'implantation, la proximité ou l'éloignement de centres hospitaliers de référence, le dynamisme de la direction, la démographie médicale des médecins généralistes du territoire, leur plus ou moins grande implication dans le fonctionnement de l'établissement, le soutien plus ou moins actif des collectivités locales. Mais, globalement, leur activité de médecine est menacée.

Le modèle de l'hôpital local fonctionnant grâce à l'association de la médecine de ville est fort de multiples avantages pour les patients. Il est cependant très vulnérable dans le contexte d'une démographie médicale déclinante et du creusement des inégalités de répartition territoriale des médecins

L'ensemble des établissements de santé doit s'inscrire activement dans la démarche de réorganisation, et les anciens hôpitaux locaux ne sauraient rester par principe à l'écart de cette recomposition de l'offre de soins. Cependant, leur fonctionnement original présente un double intérêt. D'une part, il permet une offre de proximité capable notamment d'éviter une partie des passages aux urgences des hôpitaux généraux. D'autre part, il facilite le maintien d'une présence libérale dans des zones de sous-densité médicale actuelle ou future.

Faire valoir ces atouts spécifiques au bénéfice de certains territoires fragiles et en voie de désertification médicale suppose un pilotage plus dynamique et cohérent. Dans les zones sous denses en particulier, les ARS doivent plus finement intégrer les anciens hôpitaux locaux dans l'organisation du parcours de soins et s'appuyer sur ces structures pour conforter l'exercice médical libéral. Cela implique aussi de mettre en place un financement adapté. Si les surcoûts constatés ne peuvent être couverts par une tarification à l'activité, la création d'une mission d'intérêt général spécifique doit être envisagée dès lors que ces établissements permettent de lutter contre les déserts médicaux.

La Cour formule les recommandations suivantes :

44. mettre en œuvre pour les hôpitaux locaux un financement mixte articulant, à titre principal, une tarification à l'activité pour les soins de court séjour, de suite et de réadaptation et un financement forfaitaire destiné à reconnaître leur rôle spécifique dans des zones médicalement fragiles lorsqu'il peut être justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

45. introduire plus de forfaitisation dans la rémunération des médecins libéraux exerçant dans les hôpitaux locaux, en complément de la rémunération actuelle fondée sur le tarif de consultation, parfois inadaptée aux situations cliniques prises en charge ;

46. inciter à l'adossement aux hôpitaux locaux de maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons médicales de garde, en y conditionnant l'attribution des aides financières prévues pour développer ce mode de prise en charge coordonnée.
