



NOTE RELATIVE AU RÔLE DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX, DANS LE CADRE DU « PACTE TERRITOIRE SANTE »

L'AGHL et l'ANCHL demandent un plan national pour les ex-hôpitaux locaux devenant des Centres Hospitaliers Locaux :

- en raison de leur nombre : 318
- la suppression de cette catégorie dans la loi HPST n'a pas fait disparaître leurs particularités (cf. enquête nationale)
 - ✓ corps médical issu de la médecine de ville
 - ✓ activité essentiellement gériatrique
 - ✓ poids du médico-social/sanitaire
 - ✓ financement médical principalement sous DAF

D'ailleurs, ARS, Ministère et autres agences s'évertuent à repérer ces établissements toujours dénommés officieusement ex hôpitaux locaux et devenus des centres hospitaliers.

La question du statut de ces établissements se pose car un certain nombre de dispositions de la loi HPST leur est difficilement applicable.

Ces établissements d'une taille modeste - en moyenne -

- Lits de médecine : 8,9
- Lits de SSR : 21,9
- Lits médico-sociaux : 128

disposent d'un corps médical dont la disponibilité pour les multiples réunions de tous ordres est limitée :

- ✓ par la perte de revenus puisqu'ils sont payés à l'acte et que l'indemnisation forfaitaire pour participer aux réunions est symbolique

- ✓ par une activité libérale soutenue, liée elle aux déserts médicaux et à la démographie médicale déclinante
- ✓ par un tropisme peu développé pour les affaires administratives

Ces établissements nécessitent par ailleurs des **mesures de protection**. Certaines régions les ont en effet laminés :

- ✓ suppression de lits de médecine
- ✓ suppression de lits d'USLD
- ✓ financement absent ou limité des investissements (pas ou peu d'émargement aux plans HOPITAL 2007 et 2012, frein aux subventions CNSA) .

L'Etat crée aussi ses propres déserts médicaux.

Il sera nécessaire de faciliter et de développer leur coopération non pas dans le territoire de santé trop vaste mais dans leur bassin de vie, celui des personnes âgées.

LE STATUT

- Affirmer le principe d'autonomie de ces établissements.

Dans la grande majorité des cas, leur rattachement à un CHU ou à un Centre hospitalier MCO + urgences, précipite leur déclin, faute d'un management de proximité. Ils deviennent des établissements annexes réceptacles des personnes âgées « encombrant » les CH. Les médecins libéraux sont supplantés par des praticiens hospitaliers.

Sinon, il faut un projet explicite, des garanties sur les activités et l'investissement et un management dédié conséquent.

- Toutefois, un lien privilégié doit être maintenu avec un CH de référence, avec pour celui-ci des obligations nouvelles, qu'il n'avait pas avant la loi HPST :
 - ✓ assurer des consultations avancées manquantes dans le bassin de vie
 - ✓ faciliter et privilégier l'accès à son plateau technique
 - ✓ faciliter l'accès à des prestations spécialisées (équipe opérationnelle d'hygiène, DIM s'il n'y a pas de mutualisation financière, expertise financière et de marchés publics...).

Une convention est établie entre les établissements pour fluidifier le parcours des personnes âgées.

LA GOUVERNANCE

- Maintien d'une équipe de direction, corrélativement avec le maintien de l'autonomie. Il est indispensable que l'Etablissement ait un directeur à plein temps, qui ne soit pas un directeur adjoint aux multiples fonctions. Le chef d'établissement doit pouvoir disposer de collaborateurs. La constitution d'une équipe de direction peut être facilitée par le rapprochement avec des EHPAD par mutualisation des postes de direction. Ceux-ci sont ouverts indifféremment aux DH et aux D3S

- Les instances et les commissions spécialisées : la grande difficulté pour faire face aux instances, aux multiples commissions spécialisées et aux groupes de travail générés par les certifications et les évaluations, est que ce sont les mêmes personnes qui sont sollicitées dont au premier chef, les médecins libéraux.

Cela sans parler des nombreuses réunions, groupes de travail et instances régionales et territoriales (PTS, PRS, FHF, CHT) qui dupliquent souvent les mêmes thématiques (filière gériatrique, COTER gériatrique ou SSR) chacun à leur niveau. La participation y est quasi impossible. Quand l'établissement est membre d'un ou plusieurs GCS ou GIP, les réunions aussi se multiplient.

Il convient donc de simplifier cette gouvernance tout en laissant à l'établissement la plus grande souplesse, s'il entend, à travers son règlement intérieur, donner une extension particulière à tel ou tel aspect spécialisé.

- Le Conseil de surveillance devrait être élargi aux EHPAD et autres établissements – par exemple deux ex hôpitaux locaux - ayant un projet ou réalisant un projet commun (fusion, etc...).

- Le Directoire devrait être facultatif puisque les mêmes membres vont de fait se retrouver en CME. L'élargissement des compétences de la CME est nécessaire (avis sur l'EPRD et le PGFP notamment).

La CME regroupe de fait les commissions spécialisées (CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS...) et traite de leurs sujets au cours de la même réunion.

- Les Pôles : facultatif, dans des établissements de 180 lits en moyenne, avec des budgets en principe étanches, des services sanitaires modestes et des moyens humains en gestion réduits. Il est ridicule de segmenter l'établissement en pôles administratif, technique, sanitaire et médico-social. Un suivi rigoureux des budgets, un dialogue constructif avec les acteurs et une comptabilité élaborée suffisent.

Par contre, les conseils de service(s), pouvant rassembler médecine et SSR par exemple, ont toute leur pertinence.

LES ACTIVITES

Recevant des personnes âgées de plus de 80 ans, la qualification gériatrique – et les moyens afférents – doit être reconnue aux CHL. Les médecins libéraux doivent pouvoir avoir toutes facilités pour passer un diplôme universitaire (DU gériatrie, douleur, soins palliatifs) ainsi que les personnels paramédicaux.

- La notion de seuil d'activité ne doit plus être utilisée par les ARS. Sans base réglementaire, elle a été le prétexte pour fermer des services de médecine
- Les CHL doivent pouvoir disposer d'une filière gériatrique complète sanitaire, dont les USLD, et médico-sociale, au besoin en association avec des CHL voisins.

Les CHL ont vocation à gérer le parcours de soins dans le bassin de vie (cf. les 44 propositions) et à s'impliquer fortement dans les contrats locaux de santé.

Les Maisons médicales de garde leur sont adossées comme les Centres de santé.

Les CHL sont particulièrement indiqués pour pratiquer une recommandation du rapport PINVILLE, à savoir le court séjour intermédiaire. Les CHL doivent en effet pouvoir développer des unités de soins de courte durée afin d'accueillir des personnes âgées tout juste sorties de l'hôpital. Dans une optique de prévention, ces courts séjours « intermédiaires » seraient mis à profit afin de préparer un plan de soins individualisé et de coordonner les éventuelles interventions futures de professionnelles.

LA TARIFICATION : LIBRE CHOIX D'ADOPTION

La T2A si elle est plus favorable. Une dotation de 100 000 euros par lit est la base minimale.

L'INVESTISSEMENT

Souvent les demandes de subvention pour des investissements ou des gros travaux (désamiantage, mise aux normes des ascenseurs) paraissent négligeables aux ARS en raison de leur faible montant. Or ceux-ci représentent parfois l'équivalent de 100 % de la dotation annuelle de financement (DAF).

Il est nécessaire de donner des instructions pour qu'une partie des aides à l'investissement aille aux CHL.

UN COTER CHL est créé dans chaque région.

COOPERATIONS :

L'adhésion à une CHT doit être volontaire, sans menace ou chantage de la part des Agences Régionales de Santé ou des CH/CHU du territoire.

Les coopérations portent notamment sur les liens avec les établissements exerçant auprès des populations dans le bassin de vie, des métiers similaires (personnes âgées, handicap...)

Les Agences Régionales de Santé facilitent ces coopérations (pharmacie à usage intérieur...), les financent au besoin. Un statut type de GCS et de GCSMS est élaboré au niveau national.

L'EXERCICE MEDICAL

Un exercice mixte libéral/salarié est facilité et rendu attractif. Il nécessite une souplesse de recrutement et un élargissement des modes de rémunération, lesquelles contribuent à la retraite des médecins.

Une rémunération liée au parcours de soins est privilégiée.

Des moyens logistiques sont mis à disposition des médecins (secrétariats médicaux, technicien d'information médicale, informaticien...).

Les critères de performance en matière de certification et économique sont adaptés (DMS...).

CONCLUSION :

Bien que supprimé avec la loi HPST, les ex-hôpitaux locaux conservent leurs spécificités, de par leurs particularités présentées ci-dessus.

Selon Edouard COUTY, avoir supprimé le statut des hôpitaux locaux est une erreur. A l'issue de ses séances de concertation, il s'est prononcé pour un nouveau statut pour les ex-hôpitaux locaux. Ces établissements doivent avoir une structuration (au niveau des instances) identique, leurs organisations pratiques pouvant cependant être modulables en fonction des situations.

Pour l'AGHL et l'ANCHL, le plan de sauvegarde de ces établissements demandé au Gouvernement démarrerait par l'engagement à élaborer un nouveau statut pour les Centres Hospitaliers Locaux dans les mois à venir.