

**ELEMENTS PROSPECTIFS
POUR LE DEVELOPPEMENT
DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX
ET DES HÔPITAUX DE PROXIMITE**



PRESENTATION DES CHL

Descriptif	p. 4
Particularités	p. 6
Fonctionnement	p. 6

POTENTIELS DES CHL

ELEMENTS PROSPECTIFS

Définir un nouveau statut pour les CHL	p. 10
Maintenir l'autonomie de ces établissements	p. 11
Conserver des modes de management et de gouvernance propres aux CHL	p. 11
Rompre avec la logique hospitalo-centrée des GHT	p. 12
Renforcer et développer les activités	p. 14
Faire évoluer l'exercice professionnel	p. 16
Définir un mode de financement spécifique	p. 17

Partant d'une situation financière historiquement défavorable, les précédents Ministères de la Santé ont reproché paradoxalement aux CHL leur manque de moyens, donnant prétexte à des fermetures ou des réductions de capacités.

Pourtant, les Centres Hospitaliers Locaux assurent la continuité de la prise en charge du patient, spécialement celle des patients âgés, du domicile à l'hospitalisation en passant par le secteur médico-social.

Entre 2002 et 2012, 600 lits de médecine ont été fermés ; 10 000 lits en USLD sans doute convertis en lits d'EHPAD. Ces fermetures ou ces transferts de services se font parfois pour consolider l'activité d'un CH plus important au mépris des conditions de prise en charge des usagers. A titre d'exemple, dans le Morbihan, l'activité de soins de suite et de réadaptation du CHL de Malestroit a été transférée au CH de Ploërmel avec pour les patients, le passage de chambres particulières à des chambres doubles sans douche et l'éloignement des personnes âgées de leur lieu de vie.

Des attitudes destructrices de certaines ARS sont continuellement constatées, ignorant l'instruction n° DGOS/R2/R5//2014/222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux.

Mme Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé de mai 2012 à mai 2017, avait pourtant affirmé à plusieurs reprises au cours de ces cinq années, son soutien aux hôpitaux de

proximité et mis en évidence le rôle majeur que jouent ces établissements dans l'organisation de soins de proximité.

Cependant, l'ANCHL déplore qu'en dehors d'une réforme comptable du financement de leurs services de médecine, aucune mesure politique en faveur de ces établissements n'ait été prise. Le Ministère TOURAINE a laissé derrière lui un système de santé appauvri et affaibli.

L'ANCHL demande depuis plusieurs années qu'un plan national revitalisant et revalorisant les Centres Hospitaliers Locaux soit mis en place. Elle a fortement sensibilisé les pouvoirs publics au sort des CHL. Elle compte aujourd'hui parmi les fédérations et autres organismes nationaux et de ce fait, a été sollicitée pour participer à de multiples groupes de travail, sur différents sujets et au sein de différentes institutions : Direction Générale de l'Offre de Soins, Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers, Fédération Hospitalière de France... L'association attend du nouveau Ministère de la Santé, qu'il noue avec elle un dialogue approfondi autour du développement des centres hospitaliers locaux et des hôpitaux de proximité, dialogue débouchant sur des réalisations concrètes.

Dans ce document, à la suite d'une présentation de ces établissements et de leurs particularités, l'ANCHL énonce un certain nombre de propositions, destinées à service de base au futur programme prospectif pour les Centres Hospitaliers Locaux et les Hôpitaux de proximité.

PRESENTATION DES CHL

Leur histoire, comme leur dimension modeste, confèrent aux centres hospitaliers locaux une physionomie particulière qui les différencie de la majorité des centres hospitaliers.

✓ DESCRIPTIF

2004 (base SAE)	2011 (base SAE)	2013 (base SAE)
362	318	307

Pour les seuls CHL avec un service de médecine, ils étaient 252 en 2004, 214 en 2011 et en 2016, 167 (selon la DGOS). 152 sont désormais dénommés «hôpital de proximité».

Les Centres Hospitaliers Locaux sont implantés pour 63% d'entre eux dans des **zones géographiques de proximité, le plus souvent rurales**.

Les régions comptant le plus de CHL sont Rhône-Alpes, Pays-de-Loire, PACA, Bourgogne et Bretagne. Le Nord-Pas-de-Calais est la région métropolitaine la moins dotée en CHL.

L'article R. 711-6-4 du code de la santé publique donne une définition des missions de l'hôpital local, qui a pour objet de dispenser « 1° avec ou sans hébergement : a) des soins de courte durée en médecine, b) des soins de suite ou de réadaptation tels que définis par l'article L. 6111-2 ; 2° des soins de longue durée comportant un hébergement, » tels que définis par le même article. « Il participe notamment aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux. ».

4

Ils n'accueillent **pas de service d'urgence** et ne possèdent **pas d'autorisation de chirurgie ni d'obstétrique**. **L'activité sanitaire des centres hospitaliers locaux repose sur les activités de médecine et de Soins de suite et de Réadaptation.**

La circulaire du 28 mai 2003 a fixé les orientations concernant leur place dans l'organisation régionale des soins à travers leurs activités alliant le sanitaire (services de médecine, de SSR et Unités de Soins de Longue Durée) et le médico-social (services d'hébergement).

L'EHPAD d'un CHL est particulier car il fonctionne en cohérence et en complémentarité avec les autres services de l'établissement. Il bénéficie ainsi de la transversalité de ses structures en termes de compétences (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, infirmiers 24h/24...) ; de matériel médical partagé, d'instances actives comme le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), la CME (Commission Médicale d'Etablissement)... ; d'organisation de la permanence des soins...

Selon une étude menée à la demande de l'ANCHL en 2013 (une nouvelle cartographie sera publiée prochainement) :

- un CHL en 2011, quand il est doté de ces services, dispose en moyenne de 9 lits de médecine, 22 lits de soins de suite et de rééducation (SSR), 12 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) et 122 lits d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), soit un total moyen de 170 lits
- la capacité moyenne d'un CHL en USLD a diminué entre 2004 et 2011 de 39 lits à 12 lits alors que la capacité moyenne d'un CHL en service d'hébergement est passée de 2004 à 2011 de 95 à 122 lits.

Les CHL assurent une prise en charge optimale des personnes âgées en proposant un parcours très fluide, du domicile à l'hébergement en passant par l'hospitalisation, à proximité de leur domicile et de leurs proches : la quasi-totalité des patients sont originaires du canton d'implantation de l'établissement. Leurs circuits courts de décision et la forte réactivité des acteurs de terrain qui se connaissent bien et qui connaissent parfaitement le territoire des patients permettent une efficacité inégalée dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes en fin de vie.

L'activité gériatrique est majoritaire, mais les CHL prennent aussi en charge des patients jeunes et au profil plus varié.

Les CHL ont développé des services contribuant au maintien à domicile de la population : Services de Soins Infirmiers A Domicile, Hospitalisation A Domicile, portage de repas...

5

La tranche d'âge la plus représentée parmi les patients pris en charge en CHL est celle des 80-89 ans : 45.5% dans les services de médecine et 49.3% dans les services de SSR).

65.6 % des patients entrant dans un service de médecine de CHL proviennent du domicile. Concernant les services de SSR, les patients proviennent pour 73.9% d'entre eux d'un autre établissement. 55% des patients de médecine retournent à leur domicile à la fin de leur séjour (75.2% pour le SSR).

91.3% des séjours en médecine concernent des patients hospitalisés dans leur département de domicile (85.7% pour le SSR). Selon le bilan 2012 des ex-hôpitaux locaux réalisé par l'ARS Bretagne, l'ensemble des patients hospitalisés sont domiciliés dans une commune à proximité d'un CHL.

La population accueillie n'est pas très différente de celle des « petits centres hospitaliers » : une population majoritairement très âgée à prépondérance féminine, polypathologique.

✓ PARTICULARITES

Souvent le seul équipement sanitaire installé dans les bassins de vie, leurs particularités en font leur force et représentent un intérêt non négligeable pour l'offre de santé :

- la **présence majoritaire des médecins généralistes libéraux**
- les CHL sont des structures liées au Dispositif de la Permanence de Soins Ambulatoires, aux Maisons Médicales de Garde et aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires, aux Contrats Locaux de Santé
- une Maison Médicale de Garde y est souvent adossée
- ils recrutent exclusivement dans leur bassin de vie, qui est leur territoire
- **l'activité majeure est la gériatrie** (moyenne d'âge élevée, les plus de 90 ans y sont de plus en plus représentés)
- **poids prépondérant du médico-social** (85% des lits voire plus)
- leurs moyens de fonctionnement sont modestes (budget inférieur de 25 à 30% / budget CH gériatrique avec praticiens hospitaliers) : faible montant / dépenses.

✓ FONCTIONNEMENT

6

Les services de soins des Centres Hospitaliers Locaux fonctionnent principalement avec un corps médical issu de la médecine de ville. Des praticiens hospitaliers complètent le suivi médical de la personne. Cette collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière est un atout pour la prise en charge de la population accueillie au sein de ces établissements. **Les médecins traitants peuvent intervenir à la fois dans les services des CHL**, dans leurs cabinets de ville et dans les EHPAD : ils peuvent bénéficier d'un mode d'exercice mixte, alliant salariat et libéral.

L'implantation des CHL dans les bassins de vie contribue à une très grande proximité avec leurs usagers :

- le lien social des patients et des résidents est maintenu. Une personne âgée reste proche de son conjoint hospitalisé ou résidant en EHPAD ; les visites des proches sont facilitées, le personnel soignant connaît souvent les patients ou un membre de leur entourage. La personne accueillie, de ce fait, se trouve plus rassurée.
- le dialogue entre les équipes (de petite taille et issue du même bassin de vie) et les usagers est favorisé. Les avis et attentes des patients / résidents sont plus facilement pris en compte.

Le CHL gère un secteur médico-social bénéficiant des obligations de qualité pesant sur les établissements de santé. Malgré leur taille modeste, les CHL répondent aux exigences de la qualité : mobilisant les ressources nécessaires et engagés dans l'efficacité, leur niveau de certification est tout aussi honorable que les grands centres hospitaliers. Les actions

destinées à améliorer la qualité des prestations sont plus rapidement mises en place. Selon la Haute Autorité de Santé, les résultats globaux de la certification des Centres Hospitaliers Locaux sont d'ailleurs plus encourageants que pour d'autres catégories d'établissements.

POTENTIELS DES CHL

Les centres hospitaliers locaux répondent déjà aux enjeux sanitaires de demain.

Dans son rapport de 2013, la Cour des Comptes indiquait : « Le modèle de l'hôpital fonctionnant grâce à l'association de la médecine de ville est fort de multiples avantages pour les patients... 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, ils facilitent le maintien d'une présence libérale dans des zones de sous-densité médicale** ».

Ils proposent une offre globale de soins aux personnes âgées : accueil de jour, hébergement temporaire ou permanent, soins à domicile, hospitalisation à domicile, Unités de Soins de Longue Durée... qui permet :



d'éviter des hospitalisations et de favoriser le maintien à domicile :

- ils font le lien entre la ville et l'hôpital, permettant la concertation entre médecins hospitaliers, équipes de soins primaires et spécialistes de ville et contribuant ainsi à éviter des hospitalisations
- ils permettent la coordination de la prise en charge, fluidifiant le parcours de soins. Les équipes de soins à domicile peuvent repérer les fragilités et accompagner les personnes pour favoriser leur maintien à domicile
- le passage dans les services d'urgences des grands centres hospitaliers, souvent éloignés de leur domicile, serait évité, en développant des lits de soins non programmés,



d'adapter la prise en soins lors de l'hospitalisation :

- implantés dans les bassins de vie, les CHL permettent une hospitalisation au plus près du domicile, rendant cet événement moins difficile pour les patients âgés.

- l'entrée dans le service d'hospitalisation est facilitée, car préparée par les équipes d'un même établissement.
- les CHL disposent d'un savoir-faire gériatrique (84% des séjours concernent des personnes âgées de plus de 65 ans). Les plans de formation sont dédiés à ce type de prise en charge particulière : soins palliatifs, douleur, nutrition...

✓ **de réaliser le suivi post hospitalisation aigue :**

- en accueillant des personnes âgées tout justes sorties d'hospitalisation lourde
- de faciliter et favoriser les retours à domicile : hospitalisés à proximité de leur lieu de vie, les patients se rétablissent plus rapidement que dans un grand centre hospitalier, grâce à l'accompagnement de leurs proches et au suivi, rendus possibles, de leur médecin traitant qui peut intervenir dans le service de soins de l'établissement. Le retour à domicile est facilité par la collaboration étroite des services d'hospitalisation avec les équipes de soins à domicile, du même établissement.
- en cas de retour à domicile impossible, la continuité du parcours de soins est assurée grâce aux lits d'hébergement temporaire ou permanent du CHL (95% d'entre eux sont dotés de lits d'EHPAD).

L'activité des CHL ne se limite pas à la seule mission de premier recours. Ils viennent aussi en appui au CH sur les missions suivantes :

- Une activité d'aval pour la convalescence et la rééducation nécessitant des plateaux techniques spécialisés, souvent en post chirurgical. Les SSR des CH sont déjà bien organisés pour l'orientation du patient dans cette filière qui se conclut le plus souvent par un retour à domicile.
- Une activité d'aval de rééducation et d'orientation pour les personnes atteintes de déficits cognitifs nécessitant des locaux adaptés et des équipes pluridisciplinaires formées,
- Une activité d'aval pour des personnes issues des services de spécialités des CH mais présentant une dépendance lourde (ex : obésité massive dépendante),
- Une activité d'aval pour les personnes présentant des problèmes financiers, sociaux et d'environnement familial complexes qui se surajoutent à leurs problèmes de santé et augmentent la DMS des séjours hospitaliers spécialisés et retardent les retours à domicile, notamment des personnes âgées,

- Une activité d'aval pour des personnes engagées dans un parcours devant ouvrir sur des structures médico-sociales spécialisées : UHR, EHPAD Spécialisés, Unités spécialisées comas végétatifs. Ces activités sont souvent localisées dans ces établissements, ou d'autres avec liste d'attente, nécessitant des équipes pluridisciplinaires de professionnels formés. Ces personnes demandent aussi une prise en charge médicale spécialisée difficilement assurée par la médecine de ville.

Les Centres Hospitaliers Locaux sont l'avenir du service public hospitalier en milieu rural et pourrait l'être en milieu urbain. Ils représentent dans ces bassins de vie, un véritable ancrage des services au public :

- les Centres Hospitaliers Locaux apportent un soutien à d'autres CHL voisins, à des EHPAD qu'ils soient hospitaliers ou territoriaux,..., en terme d'accès et de qualité des soins, sous forme de collaboration ou de coopération : place d'astreinte médicale, mutualisation de poste d'infirmier de nuit ; formation du personnel... Ils sont favorables aux coopérations avec des structures ayant le même métier de la gériatrie : EHPAD, services de Soins Infirmiers A Domicile, services d'Hospitalisation A Domicile... afin de conserver l'homogénéité des établissements (moyens, préoccupations, territoires et population soignée...).

- les CHL sont fédérateurs des parcours de soins puisqu'ils mettent en relation l'ensemble des acteurs de santé intervenant dans la prise en charge des patients.

- ils constituent un point d'appui pour des services d'information et d'orientation du public (exemples : Comité Local d'Information et de Coordination, Maison Départementale des Personnes Handicapées, Service d'Education de Soins Spécialisés à Domicile...

- ils constituent un trait d'union entre l'offre médicale de premier recours et la médecine hospitalière de proximité.

- travaillant en collaboration étroite avec les professionnels de santé libéraux, ils contribuent à maintenir des services dans leur bassin de vie : pharmacie, laboratoire bio médical, imagerie...

- ils assurent le maintien d'une présence libérale dans des zones peu denses en démographie médicale et paramédicale, en contribuant à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a établi que lorsqu'il y avait la présence d'une structure de soins organisée, non seulement les départs à la retraite des médecins généralistes étaient compensés mais leur effectif s'accroissait d'une unité, ce qui est énorme dans des zones fragiles. Ils peuvent offrir également des activités complémentaires à certaines professions dont la clientèle ne serait pas suffisante en milieu rural : psychologue, diététicien, orthophoniste...

- ils offrent à toute la population un accès à des consultations spécialisées en lien avec un CH voisin, en complément des spécialistes établis en ville. Les consultations avancées

de spécialistes proposées tiennent compte des besoins de la population : gériatrie, cardiologie, neurologie, dermatologie, ophtalmologie...

- ils peuvent contribuer à développer et mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique d'initiative territoriale à destination de la population de proximité, répondant aux besoins à couvrir dans les domaines de la prévention et de l'éducation thérapeutique (formation IDE, livrets, sensibilisation des patients sur l'éducation alimentaire, aide au sevrage tabagique...).

ELEMENTS PROSPECTIFS Le plan national en faveur des Centres Hospitaliers Locaux doit se baser sur les recommandations suivantes de l'ANCHL.

Définir un nouveau statut pour les Centres Hospitaliers Locaux

La loi HPST de 2009 a fait disparaître du code de la santé publique, l'hôpital local comme catégorie juridique. **Les hôpitaux locaux ont perdu leur dénomination juridique et ont le statut de droit commun des établissements de santé**, dénommés « centres hospitaliers ». Il est impossible donc de les répertorier : dans la base INSSE, certains sont restés ex-hôpitaux locaux car ils ont gardé le même numéro Finess, d'autres sont référencés centres hospitaliers (changement de numéro Finess lié à une fusion avec un CH ou un EHPAD).

Les membres du Conseil d'Administration de l'ANCHL ont voté en 2013 pour une nouvelle appellation « Centres Hospitaliers Locaux ».

En 2016, la DGOS a défini une nouvelle catégorie, celle d'« hôpitaux de proximité ». Or, un certain nombre de CHL n'entrent pas dans cette catégorie et ne sont toujours pas répertoriés.

Le terme « Hôpital de proximité » est trop restrictif : il met de côté les ex-Centres Hospitaliers Locaux qui ne peuvent pas avoir le statut d'hôpital de proximité (ceux sans activité de médecine mais avec activité de SSR et/ou d'USLD), ainsi que ceux qui n'ont pas opté pour la modalité de financement hôpital de proximité. De plus, **cette catégorie prête à confusion car elle englobe les CH avec un service de médecine, avec ou sans service d'urgence et fonctionnant exclusivement avec des praticiens hospitaliers salariés.**

⇒ **Il faut créer un véritable statut de « Etablissement de Santé de Proximité ».**

Maintenir l'autonomie de ces établissements

« Nous souhaitons aborder l'enjeu d'une plus grande autonomie des hôpitaux, pas seulement dans les discours mais dans les faits ». ¹

A titre d'exemple, en 2002, les 22 ex-hôpitaux locaux de Bretagne étaient autonomes. En 2017, il ne reste que 19 établissements. De nouvelles fusions sont programmées, par exemple entre le CHL de Le Faouët et le CH voisin de Lorient. 6 demeurent autonomes. La mise en direction commune avec des établissements d'une autre nature (CHU, CH, hôpitaux psychiatriques..) précipite le déclin des CHL car ils n'ont pas le même fonctionnement, les mêmes méthodes et les mêmes moyens.

- ⇒ **Les Agences Régionales de Santé doivent restreindre ces rapprochements.**
- ⇒ **A contrario, il faut favoriser le rapprochement avec d'autres CHL, des EHPAD ou autres établissements**, y compris territoriaux, exerçant auprès des populations dans les bassins de vie et ayant des métiers similaires (personnes âgées, mêmes moyens et mêmes besoins). Il faut affirmer le caractère volontaire des coopérations, en partageant des postes, des actions, des projets communs et reconnaître le caractère légal des conventions.

Même si le CHL est implanté dans des zones isolées (ex : zone de montagnes), il a tissé un lien avec le CH de référence, en développant des conventions (organisant des consultations avancées ou des équipes organisationnelles...). **Ce lien doit être maintenu.** Les nouvelles obligations du CH de référence, imputées par la loi HPST, doivent être respectées : assurer les consultations avancées manquantes dans le bassin de vie ; faciliter et privilégier l'accès à son plateau technique, faciliter l'accès à des prestations spécialisées....

11

Conserver des modes de management et gouvernance propres aux CHL

- Un management spécifique, par une équipe de direction, est une condition sine qua none pour les relations avec les médecins, les usagers et l'environnement de l'établissement. **Un management de proximité, propre aux CHL, à travers une équipe de Direction dédiée à l'établissement, doit être maintenu.**
- Les différences dans les compétences de l'organe délibératif entre le CHL et les EHPAD publics ne facilitent pas leur rapprochement. **L'instance « Conseil de surveillance » doit être élargi aux EHPAD et autres établissements.**

¹ « Les Réponses des candidats – Fédération Hospitalière Privée – 25 avril 2017 »

Rompre avec la logique hospitalo-centrée des GHT

« Au-delà de cette approche centrée sur soi-même, les GHT devront s'ouvrir sur les acteurs de territoire [...] Le projet médical doit être réellement partagé à l'échelle du territoire. »².

Les CHT, pour lesquelles l'adhésion des établissements était volontairement, ont laissé la place aux GHT, auxquels tous les centres hospitaliers publics du territoire défini doivent adhérer. Les cliniques privées et les EHPAD peuvent être partenaires ou partie.

- Compte-tenu de leurs différences par rapport aux autres établissements de santé, **l'ANCHL demande un droit d'option pour les CHL afin qu'ils adhèrent ou non aux GHT**. Tout du moins, pour les CHL ou HP dont 80% des lits sont autres que sanitaires, l'association demande un statut de « partenaires », afin qu'ils puissent bénéficier de mesures dérogatoires prévues par la loi. L'ANCHL demande que ce régime différencié pour les CHL soit intégré dans la loi relative aux groupements hospitaliers de territoire. L'ANCHL propose d'ajouter dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - *CHAPITRE II « Groupements hospitaliers de territoire » (« Art. L. 6132-1. – I. »)* – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale. **« Le directeur général de l'agence régionale de santé propose conformément à l'article. L. 6132-1. – I, aux établissements dont le fonctionnement médical est assuré par des médecins libéraux et/ou dont l'activité principale est médicosociale d'être associé au groupement hospitalier de territoire. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier concerné »**

- ⇒ **L'ANCHL propose une deuxième solution : créer des groupements hospitaliers de premier recours**, intégrant les CHL et hôpitaux de proximité, les autres établissements et professionnels de santé qui constituent le premier recours. Le projet de santé élaboré par ces groupement, dans le bassin de vie de la population qu'ils ont en charge, se coordonnera avec les projets médicaux communs du ou des GHT dont ils relèvent.

Les particularités des CHL ne sont pour le moment pas prises en compte dans les GHT, comme le sont celles des CHU et des EPSM. **A défaut des deux recommandations présentées ci-dessus, des améliorations dans la mise en place des GHT doivent être effectuées :**

² « Les Réponses des candidats – Fédération Hospitalière Privée – 25 avril 2017 »

- ⇒ Le mode de gouvernance actuel des GHT ne permet aux CHL qu'une expression limitée. **Il faut adapter la participation des CHL à la gouvernance.** La présence au comité stratégique, aux pôles territoriaux, à la CME territoriale, est impossible pour les médecins libéraux exerçant en CHL, du fait de leur faible rémunération et de leur disponibilité institutionnelle limitée par leur activité de ville où ils font face à une démographie médicale défavorable. Les équipes médicales de territoire n'incluent pas les médecins libéraux payés à l'acte, donc non-salariés ni praticiens hospitaliers.
- ⇒ Afin de maintenir le lien avec la médecine libérale et le premier recours, **la médecine libérale doit être intégrée aux GHT**, notamment dans le projet médical partagé. Ces projets médicaux territoriaux n'envisagent pas la participation active des CHL. Ils doivent intégrer les missions de proximité.
- ⇒ Les GHT génèrent davantage de surcoûts que d'économies, liés à la nouvelle bureaucratie (6 nouvelles instances : comité stratégique - 10 réunions par an ; Collège ou Commission Médicale Territoriale - 5 à 10 réunions par an...), au renforcement de l'établissement support sur le SIH (10 000€ / lit), aux achats, à l'augmentation des équipes informatiques, à la formation continue et le secrétariat de toutes les réunions.

Le budget d'un GHT moyen, sur un exemple réel, s'élève pour 2017 à 450 000 € dont 100 000 € de consultants pour le PMP, soit pour les 135 GHT par extrapolation, un montant de 60 millions d'euros. Il s'agit d'un budget de démarrage, toutes les mutualisations obligatoires n'étant pas achevées. Le lancement partiel du SIH nécessite 5 ETP d'informaticiens supplémentaires (vraisemblablement 10 de plus au final). De nouveaux consultants seront également nécessaires. A terme, le surcoût en année pleine devrait être de 100 à 150 millions d'euros. Cela représente une mutualisation intéressante pour l'établissement support qui fait supporter une partie de son administration par les autres (pour mémoire, un établissement de proximité fonctionne – sans problème – avec 2 fois moins de personnel administratif, technique et logistique qu'un centre hospitalier MCO). **Les CHL et les EHPAD intégrés aux CHL ne doivent pas supporter ces coûts qui sont disproportionnés par rapport à leurs propres besoins.**

- ⇒ Le territoire défini par le GHT est souvent trop vaste pour le CHL qui est implanté dans les bassins de vie de la population. La définition du périmètre des GHT doit rester cohérente avec les besoins de la population et avec les parcours de soins existants. Ces nouvelles compositions territoriales cassent des coopérations existantes entre établissements mises en place de longue date. Quid des établissements frontaliers ? Les nombreuses coopérations existantes sont transfrontalières et ne peuvent se limiter à un territoire de santé fermé au sein d'un GHT.
- ⇒ Les fonctions mutualisées vont désorganiser des établissements déjà faiblement dotés : le ratio de personnel administratif, technique, logique / effectif total des CHL

est deux fois moindre que dans les CH généraux (10% contre 20%, voire 25% dans les CHU). **Les personnels dédiés à ces fonctions dans les CHL et hôpitaux de proximité doivent ne pas être mis à disposition de l'établissement support.**

- ⇒ Le SIH territorial unique ne répond pas aux besoins des CHL ni aux nécessités de communiquer avec les professionnels de santé de la ville. Il ne permet pas de communiquer d'un territoire à l'autre :
- ne communiquant pas avec la ville, ce qui est l'enjeu urgent pour la sortie du patient
 - ne communiquant pas avec les cliniques privées (partenaires si elles le veulent mais non parties au groupement)
 - ne communiquant pas avec le ou les CHU s'ils ne sont pas sur le territoire
 - ne communiquant pas avec les Etablissements publics de Santé Mentale (cas des EPSM privés, ou des EPSM à cheval sur deux ou trois territoires, ou ayant constitué un GHT psychiatrique).

L'ANCHL préconise un système interopérable : rendre communicant les SIH existants avec tous les autres acteurs de santé.

Renforcer et développer les activités

- ⇒ **Développer des unités de soins de courte durée dans les CHL, « le court séjour intermédiaire »**, notion plus large que la médecine, avec une phase de rétablissement jusqu'à 20 jours avant le basculement vers le SSR. Ces services accueilleraient des personnes âgées tout juste sorties d'hospitalisation. Dans une optique de prévention, ces courts séjours intermédiaires seront mis à profit afin de préparer un plan de soins individualisé et de coordonner les éventuelles interventions futures professionnelles.
- ⇒ « *L'innovation en la matière n'est pas tellement la télémédecine elle-même [...]. L'innovation, ce serait de financer la télémédecine* »³.
- Financer le développement de la télémédecine** portée par les CHL, afin de faciliter l'accès à la médecine de spécialité. Cette activité (tout comme la téléradiologie) conduira également à une amélioration de l'efficacité des CHL, dans la mesure où elle réduit de manière significative les frais de transport pesant sur les comptes des établissements.
- ⇒ **Revoir les normes de Durée Moyenne de Séjour, selon une approche plus fine des populations** : aujourd'hui, la distinction ne se fait que sur les personnes de plus

³ Entretien de Monsieur Emmanuel MACRON – Le Quotidien du Médecin n° 9573 du Mardi 18 avril 2017

de 75 ans, alors qu'il faudrait établir d'autres tranches d'âges : + de 80 ans / + de 85 ans et les plus de 90 ans.

⇒ **Recréer des Unités de Longue Durée**, qui ont été majoritairement requalifiées en EHPAD : les personnes requérant de soins médico-techniques importants n'ont pas disparus des bassins de vie desservis par les CHL. Or, il manque de places pour ce type de prise en charge.

⇒ **L'ANCHL préconise un certains nombres de mesures, dans le cadre de la recherche du désengorgement des urgences :**

- élaboration de protocoles particuliers entre le SAMU / les CHL concernant la régulation et les transports, notamment SMUR et SDIS, afin d'orienter les appelants et de les transporter le cas échéant vers les Maisons Médicales de Garde et les services de médecine des CHL. Cela nécessite :

- ↳ la généralisation des tiers payants dans les Maisons Médicales de Garde

- ↳ la prise en charge des transports vers les Maisons Médicales de Garde et le CHL (notamment le retour si passage aux urgences hospitalières)

- élaboration de protocoles spécifiques à chaque situation locale entre les services d'urgences hospitalières et les CHL pour des hospitalisations après passage aux urgences :

- ↳ création de lits d'observation dans les CHL pour l'accueil de ces urgences

- meilleure orientation vers les Maisons Médicales de Garde

- ↳ cf. tiers payant

- ↳ cf. prise en charge des transports

- ↳ service de formation des médecins généralistes aux urgences

- possibilité de délivrer contre paiement un premier jour ou 48 heures de traitement, quand le secteur de garde des pharmacies est très vaste

- localisation d'une antenne SMUR dans un CHL selon les situations locales

- possibilité d'hébergement d'urgence non médicalisée dans les EHPAD pour résoudre un problème social ou de logement

- ↳ subordonné au choix et à l'accord de la personne concernée

- ↳ subordonné au financement en dotation annuelle de ces lits (un ou deux) en sus de la capacité de l'établissement.

- création de lits d'observation dans le cadre des urgences

⇒ Développer des activités du CHL

- en se basant sur les transferts d'activités dans le cadre des GHT, sur le principe de la subsidiarité et sur le panel de services à la population (USLD, UHR, EVC, AVC...).
- les grands CH ont dû développer leurs activités de spécialités, pour suivre l'importante évolution technique de la médecine et de la chirurgie ainsi que la spécialisation plus fortes des praticiens formés par les CHU. De nombreux services polyvalents y ont été marginalisés. La prise en charge globale de patients complexe et / ou polyopathologique au sein de ces grandes entités hospitalières est rendue plus difficile. Le CHL peut prendre en charge ces populations. Le modèle d'hôpital de proximité est à développer de façon proactive sur un mode bidirectionnel avec les grands CH.
- **Adosser aux CHL, des structures d'exercice coordonné** (Maisons Médicales de Garde, Centres de Santé...), pour favoriser leur mise en place, grâce à la mutualisation des plateaux techniques et des fonctions support.
- Envisager des actions de soutien quand un service est menacé du fait d'une faible activité ou de la vacance de médecins : minimum d'appui, analyse des flux des patients âgés ; proposer un praticien d'un hôpital voisin... **Réimplanter des CHL dans les territoires n'en disposant pas.**

Faire évoluer l'exercice professionnel

⇒ Rendre plus attractive l'activité des médecins :

- **en faisant évoluer leurs modalités de rémunération** : les médecins généralistes intervenant dans les CHL sont payés à l'acte et au tarif conventionnel, ce qui est dissuasif. Une part importante de leur temps de travail est dévolue au travail administratif, même s'ils disposent dans les CHL de secrétariat médical. Avec un C à 23€ majoré de 5 € pour les plus de 80 ans, et la retenue de 10%, et un défraiement pour participer aux réunions institutionnelles, elle n'est pas très incitative. De plus, leurs actes ne sont pas pris en compte quand ils sont payés par un CHL (ou un EHPAD en tarif global) pour la retraite, la majoration ALD et leur performance en santé publique (vaccinations, dépistage...). Face aux cliniques, aux EHPAD privés ou aux collectivités territoriales (8000 euros net + véhicule), les CHL ne sont pas compétitifs.
L'ANCHL demande une rémunération forfaitaire au séjour voire au parcours.
- **en dynamisant les carrières médicales** : les statuts des médecins intervenant en CHL doivent être revus : accès au concours facilités et simplifiés pour

les médecins libéraux exerçant depuis 5 ans en CHL aux concours de PH (DU gériatrie, douleur, soins palliatifs...) pour les médecins libéraux et les personnels paramédicaux ; la possibilité d'évolution de carrières doit être améliorée ; une ligne budgétaire (existante dans les CH) permettant le financement de l'accueil d'internes dans les CHL doit être créée ; l'expérience pour une carrière hospitalière doit être acquise...

- **en communiquant sur un mode d'exercice enrichissant aux atouts non négligeables** : travail en équipe pluridisciplinaire (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers, diététiciens, ergothérapeutes...), exercice alliant le travail libéral et hospitalier, horaires réguliers... Ce mode d'exercice en CHL doit être valorisé, notamment dans les facultés de médecine pour que les doyens intègrent les CHL dans leur schéma de formation. Les Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires de gériatrie doivent être plus nombreux.
- **en révisant la convention proposée actuellement aux médecins libéraux**, qui reçoit un accueil assez peu favorable, entachée qui plus est du recours devant le Conseil d'Etat pour la convention concernant les EHPAD.

⇒ **Publier systématiquement les postes à pourvoir dans les CHL**

⇒ **Mettre en place un Département d'Information Médicale régional mutualisé et de TIM dans les CHL et le soutenir par des mesures d'accompagnement**

⇒ **Flécher les mesures pour les bourses d'interne et les praticiens territoriaux**

⇒ **Les établissements supports des GHT doivent aider ponctuellement afin de remédier aux difficultés démographiques médicales ou paramédicales**

⇒ **Mettre en place une mesure d'exception pour les pharmacies à usage interne mono-pharmacien**, dans le cadre de l'application du Décret n°2015-9 du 07 janvier 2015, relatif aux conditions d'exercice et de remplacement au sein des PUI.

Définir un mode de financement spécifique

La réforme de financement des hôpitaux de proximité a été actée par la publication du Décret 2016-658 du 20 mai 2016. Cette réforme a été présentée comme un levier contre la désertification médicale et comme une solution concrète de soutien à ces établissements.

Selon l'ANCHL, cette mesure n'a fait qu'accentuer les difficultés budgétaires de certains établissements. Pour la campagne 2017, le scénario retenu par la DGOS génère 750 000 € de perte malgré tout (en sus des plans d'économies), les plus établissements les plus

impactés étant les CHL. Les CHL doivent bénéficier d'un mode de financement adapté, voire une compensation par l'attribution de crédits de Mission d'Intérêt Général. L'ANCHL recommande une base fixe de 100 000€ par lit pour pouvoir développer les services des CHL.

- ⇒ Revoir les critères de la DOP (Dotation Organisationnelle et Populationnelle) pour soutenir la participation des médecins libéraux, pour maximiser la prise en charge des personnes âgées et pour lutter contre les déserts ruraux.
- ⇒ Accompagner par les ARS le passage à la T2A, en créant des postes de TIM et de DIM.
- ⇒ Augmenter les crédits alloués au passage en tarif global avec pharmacie à usage intérieur des EHPAD.
- ⇒ Mettre en place une tarification d'un court séjour intermédiaire
- ⇒ Reconnaître la qualification gériatrique de l'activité de médecine et de SSR de ces établissements dont la patientèle a, pour ces services, plus de 80 ans.
- ⇒ Harmoniser les régimes tarifaires pour les établissements gérés par une même direction.
- ⇒ Définir un modèle économique stable pour les activités de télémédecine.
- ⇒ Reconnaître les activités et les lits d'Etat Végétatif et/ou de soins palliatifs afin d'améliorer les recettes de ces établissements, principales victimes du système de tarification. Ces activités sont exercées selon les normes en vigueur mais niées par les ARS.
- ⇒ Aborder de manière globale les recettes des CHL : SSR/EHPAD/USLD... Une coordination dans les allocations de ressources de ces établissements est nécessaire.

Les Centres Hospitaliers Locaux constituent un outil précieux pour maintenir, consolider et développer une offre de santé cohérente et efficiente de proximité, dans des bassins de vie ruraux et périurbains. Leur mode de fonctionnement est moins onéreux que celui des autres Centres hospitaliers.

« *Les soins primaires sont une priorité absolue pour Emmanuel MACRON*¹ ». Les CHL, en tant qu'établissements de santé de proximité, sont tout indiqués pour être le socle de la médecine de premier recours. L'ANCHL doit faire partie de la large concertation sur la réforme de l'hôpital et sur l'organisation des soins de premier recours, afin de transmettre son évaluation et son expérimentation territoriale.

¹ Le Généraliste – 01 05 2017