

Lamballe, le 22 AOUT 2014

## LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DES CHL

### ABSENCE DE STATUT

Les CHL sont inscrits dans le système de santé français depuis l'origine. Ils sont les héritiers du tissu hospitalier, au sens caritatif, qui a irrigué le territoire national.

Datant de 1970, le statut d'hôpital local a connu son apogée avec la circulaire de 2002 relative à leur rôle et leur développement, et jamais mise en œuvre.

De fait, leur nombre et leurs activités sanitaires ne cessent de diminuer depuis, passant de 362 à environ 300.<sup>1</sup>

La loi HPST de 2009 accélère ce mouvement en supprimant leur statut particulier. Dès lors, un mouvement d'ampleur les voit être rattachés à des CH plus importants, des CHS et des CHU dont les préoccupations et les priorités sont souvent éloignées des leurs.

Une récente instruction de la DGOS n° R2/R5/2014/222 du 17 juillet 2014, vient rappeler l'intérêt de ces établissements en les englobant dans la catégorie des hôpitaux de proximité, ce qu'ils sont indéniablement. Toutefois, cette catégorie prête à confusion car elle englobe également les CH avec un service de médecine, avec ou sans service d'urgence, et ne traite pas des CH qui ne disposent que de lits de SSR ou d'USLD, sans tenir compte de l'intervention privilégiée des médecins généralistes libéraux.

### PARTICULARITES

Il est donc important de préciser les caractéristiques des CHL :

- ils exercent le plus souvent en zones rurales, zones souvent fragiles pour la démographie libérale

<sup>1</sup> Caractéristiques chiffrées :

	Nb d'établissements		Nb de lits		Moyenne par Etablissement	
	2004	2011	2004	2011	2004	2011
MEDECINE	252	214	3 433	2 811	9,5	8,9
SSR	272	278	6 116	6 957	17	21,9
USLD	281	105	14 109	3 686	39	11,6
EHPAD	332	288	34 284	38 881	94,9	122,3
Ensemble	<b>362</b>	<b>318</b>	59 132	54 140		

voir Etude ADYSTA sur : [www.anchl.fr](http://www.anchl.fr) rubrique « documents »

- ils sont centrés sur la gériatrie, toutes activités confondues. Ils sont donc des établissements spécialisés
- ces activités vont du domicile aux soins palliatifs
- ils sont d'immédiate proximité, leur « territoire » étant le bassin de vie des personnes âgées
- le centre de gravité de ces activités est plus médico-social que sanitaire, le secteur sanitaire étant un point d'appui important pour l'offre de soins pour la population en générale et les personnes âgées en particulier.
- ils n'ont pas de service d'urgence
- leur caractéristique majeure est que leur corps médical est principalement composé de médecins libéraux, les autres CH ayant des praticiens hospitaliers (PH). Cela a plusieurs conséquences :
  - . le patient ou le résident conserve son médecin traitant du domicile (SSIAD, HAD) à l'hospitalisation et pendant son hébergement
  - . sa prise en charge est fluide et coordonnée : il est de fait dans un parcours de soins
  - . les CHL sont donc tournés vers la ville et l'ambulatoire, au contraire des autres CH qui sont hospitalo-centrés. Tournés vers la ville, ils utilisent et contribuent à maintenir des professions paramédicales et médicales (médecins généralistes et spécialistes, maintien d'une permanence médicale) et médico-techniques (radiologie et laboratoire biomédical) de proximité. A l'inverse, les PH des autres centres hospitaliers ont une organisation et un système qui les affilient au système hospitalier. D'un côté, les CHL sont libéraux dépendants et de l'autre, le système est hospitalo-centré. Les uns fortifient le tissu rural, les autres l'appauvrissent.

## **UNE REPRESENTATION ERRONEE**

Les freins au développement des CHL relèvent de multiples facteurs, le premier étant certainement la représentation que s'en font les autorités et les acteurs, y compris parfois les directeurs des CHL eux-mêmes.

Le CHL, si l'on se place dans la perspective du système hospitalier est alors considéré comme un sous-hôpital :

- Faible taille de ses services sanitaires
- Vulnérabilité à la T2A
- Corps médical non permanent, certains diront même non professionnel
- Population hospitalisée requérant trop de temps, trop de soins et moins digne d'intérêt que les actifs.

A contrario, si l'on adopte un autre point de vue, celui de l'utilisateur et de l'aménagement du territoire, ils offrent de nombreux avantages :

- prise en charge de proximité pour les personnes âgées et leurs proches, qui ont souvent le plus grand mal à se déplacer, donc maintien du lien social dans le bassin de vie
- consolidation du tissu médical et paramédical local, des ambulanciers et même dotés d'une PUI, des pharmacies (prestations complémentaires, parapharmacie, vente et location de matériel paramédical)

- centre de ressources et de support logistique : repas à domicile, SSIAD, HAD, CLIC, MAIA, et surtout maison médicale de garde (MMG) et maison de santé pluridisciplinaire (MSP)
- moindre coût des prestations
- fluidité déjà évoquée du parcours de soins
  
- rôle économique : complément d'activité pour les médecins et les paramédicaux (kinésithérapeutes en particulier, orthophonistes...)
- partage de compétences avec la ville (diététiciennes, psychologues, ergothérapeutes...)

### **METTRE LES CHL AU CŒUR DU PREMIER RECOURS**

Les CHL sont donc un centre de ressources humaines et logistiques pour leur environnement, l'un et l'autre se confortant.

Pour en finir avec la vision purement hospitalo-centrée de la prise en charge de la personne âgée, il conviendrait de basculer **les CHL dans le dispositif du premier recours.**

Dans un article majeur<sup>2</sup>, Benoit PERICARD constate que « les établissements hospitaliers se sont construits au fil des décennies en proposant en proximité ce qui est relativement rare (un accouchement, une opération et même une - vraie – urgence) et de façon éloignée, ce qui est fréquent et durable (les soins de suite, la prise en charge des longues maladies, des personnes âgées, de la santé mentale). Il invite les pouvoirs publics à construire une graduation des soins selon les besoins de la population.

Ainsi, il place « à l'échelon intercommunal l'offre de premier recours sanitaire et médico-sociale, c'est-à-dire les maisons pluridisciplinaires, les centres de santé, les hôpitaux locaux (qui offrent de la médecine et des soins de suite notamment pour les personnes âgées) l'HAD et la gestion des parcours de santé des personnes âgées (aide au maintien à domicile et hébergement).

Ensuite, « à l'échelon supra communal », il place l'hôpital avec plateau technique et urgences, puis à l'échelon régional, les CHU.

Ce premier échelon territorial relèverait de la responsabilité des « élus communaux et intercommunaux dans le cadre des schémas définis par les ARS... en maillant l'espace par des pôles, maisons ou centres de santé, ou encore des hôpitaux locaux ».

La réorganisation de l'offre de premier recours serait ainsi une véritable révolution copernicienne.

---

<sup>2</sup> Gestions hospitalières n°536 – mai 2014 – « Big bang territorial et restructuration hospitalière »

# LES FREINS

Conçu pour les CH et CHU, imprégné de cette culture, le système n'est globalement pas favorable aux CHL.

## LES FREINS STRUCTURELS :

Le système actuel financé par la T2A pousse à l'hospitalo-centrisme. Les CH sont incités ou n'ont simplement pas le choix : il faut faire de l'activité et des séjours courts. Ils relèguent donc les personnes âgées et les patients difficiles vers les CHL sous DAF.

Le système est conçu pour orienter les patients vers les CH avec plateau technique et urgences en premier lieu. Pour les urgences, les SAMU et les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) orientent vers les urgences hospitalières bien plus que les maisons médicales de garde (MMG). Cela conforte l'activité des urgences hospitalières et celle des pompiers.

Il est plus rare de faire appel aux MMG, plus proches pour avoir un premier avis clinique. Il est plus rare également de demander une admission directe en CHL dans certains cas pour observation.

C'est d'autant plus difficile que l'assurance maladie ne rembourse pas le retour, s'il n'y a pas de passage aux urgences suivi d'une hospitalisation. Les ambulanciers, la nuit et le week-end, sont aussi réticents à effectuer le transport. Or pour une personne âgée, le retour non remboursé en ambulance de la MMG en territoire rural peut être difficile, surtout de nuit, et coûteux. Pourtant le recours aux MMG et aux CHL, même avec une hospitalisation, serait moins dispendieux pour la collectivité.

Les relations interhospitalières sont conçues sur un territoire trop vaste pour les CHL. 90% des sujets ne les concernent pas. C'est pourtant ce territoire qui détermine les CHT et les moyens qui sont accordés à la communauté hospitalière ; le médico-social en est exclu. Il faudrait en venir aux bassins de vie, les « territoires communaux » évoqués par B. PERICARD.

De plus, la gestion des CHT est assez onéreuse pour les CHL en temps et en argent.

Les capacités en lits des CHL – médecine et SSR – sont faibles : 30 lits tout compris. Le distinguo médecine/SSR est parfois difficile à établir, une certaine porosité existe entre les deux, d'autant que pour les personnes âgées et parfois très âgées (la part des plus de 90 ans devient importante), les normes de DMS ne sont pas réalistes : renutrir une personne âgée nonagénaire avec une fracture prend beaucoup de temps. Il faudrait une approche plus fine des populations que la distinction des plus de 75 ans : au moins établir une tranche d'âge des 80 ans, des plus de 85 ans, et des plus de 90 ans.

Pour ce qui est des frontières entre activités, nous proposons une notion **de court séjour intermédiaire** beaucoup plus large pour la médecine qui comprendrait une phase de rétablissement DMS jusqu'à 20 jours au-delà du basculement dans le SSR (convalescence ou SSR spécialisés).

Un autre frein au développement des CHL est la non reconnaissance, ou la reconnaissance difficile, d'activités spécialisées dans les CHL : soins palliatifs, EVC, spécialités gériatriques, etc... malgré les qualifications du personnel et un exercice réel.

Pire, la DAF étant parfois insuffisante pour recruter des compétences nécessaires, il est objecté à ces établissements qu'ils ne peuvent prétendre exercer telle ou telle spécialité, faute de moyens qui leur deviennent inaccessibles.

Les obligations, notamment en matière de certification, devraient être adaptées.

Enfin, il ne s'agit plus de frein structurel mais là d'une arme de destruction massive, le fait de priver un CHL d'un management propre, souvent par le biais de direction commune ou de fusion avec un CH, un CHS ou un CHU, freine son développement mais entraîne aussi son déclin. Un management spécifique (avec une équipe de direction) est une condition sine qua non pour les relations avec les médecins, les usagers et l'environnement de l'établissement. Parfois même, comme en Pays de Loire, c'est un éclatement des coopérations existantes entre CHL auquel on assiste.

Ces rapprochements divers ne s'appuient en général sur aucun projet.

Nos propositions pour le développement et le rôle des CHL sont contenues dans les « 44 propositions pour répondre aux 12 engagements » de Mme Marisol Touraine - mars 2013<sup>3</sup>.

## **LES FREINS BUDGETAIRES**

Les DAF sont depuis plusieurs années en deçà de l'inflation, l'augmentation de l'activité n'est pas prise en compte, mais la DAF constitue aussi une garantie de ressources pour l'établissement en cas de variation de cette activité.

Une nouvelle formule de calcul d'une dotation budgétaire devrait inclure une part fixe (environ 75 000 euros/lit) et une part variable liée à l'activité, que ce soit pour la médecine ou le SSR.

Les CHL ont été aussi peu concernés pas les plans HOPITAL 2007 et 2012, étant donné le faible montant des projets soumis. Il en a été de même pour Hôpital Numérique. Or les projets modestes des CHL représentent parfois 100% de leur budget annuel, mais en valeur absolue, ne paraissent pas dignes d'intérêt. Certains malheureusement sont devenus inadaptés. C'est aussi le cas pour la Télémédecine.

De même en terme de ressources, le passage à la T2A n'est pas accompagné ou peu par les ARS ; or il faut créer des postes de technicien d'informatique médicale et de DIM, éventuellement mutualisés comme en Bretagne.

Les projets de MSP et de contrats locaux dont les CHL sont souvent un élément clé sont aussi inégalement appuyés et soutenus par les ARS.

---

<sup>3</sup> : [www.anchl.fr](http://www.anchl.fr) rubrique « documents »

## **LES FREINS REGLEMENTAIRES ET JURIDIQUES**

Le premier frein est l'absence de statut tout à fait ambiguë car la dénomination ex hôpitaux locaux, apparaît partout, mais disparaît quand il s'agit d'aborder ou de ne pas prendre en compte nos spécificités.

Dans le domaine médico-social, les disparités M21 et M22, la différence de gouvernance : Conseil de surveillance + Directoire par rapport au Conseil d'administration pour les EHPAD publics et les différences dans les compétences de l'organe délibératif et du directeur ne facilitent pas les rapprochements entre CHL et EHPAD.

Dès qu'il s'agit d'EHPAD territoriaux, cela devient beaucoup plus compliqué : l'organigramme très étagé (4 à 5 niveaux), l'absence de délégation de signatures, la gestion par l'administration d'une collectivité territoriale rendent les décisions très lourdes et complexes.

Il en est de même de la gestion d'un GCS ou d'un GCSMS par un CHL ; c'est lourd et compliqué (désignation d'un comptable public volontaire, instruction M9-5, statuts, gouvernance...). Tout est fait pour décourager les petites structures de coopérer.

## **LES FREINS LIES AU STATUT DES MEDECINS LIBERAUX**

La rémunération à l'acte des médecins libéraux est assez dissuasive. 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...).

C'est donc une dévalorisation de l'exercice médical en CHL qui leur est proposée, alors qu'ils y trouvent un exercice collégial, pluridisciplinaire et sécurisé.

Le poids des obligations s'est alourdi : documentation du dossier médical (1 heure pour une entrée), participation aux staff et transmissions, travaux et évaluation des pratiques pour la certification, etc...

Un autre mode de rémunération avec des obligations « all inclusive » devrait être étudié et expérimenté dans les CHL.

La convention proposée actuellement aux médecins libéraux reçoit un accueil assez peu favorable, entachée qui plus est du recours devant le Conseil d'Etat pour la convention concernant les EHPAD.

Une seule et même convention pour l'Etablissement tous services confondus serait la bienvenue.

Avec la loi HPST, le statut de médecin coordonnateur de médecine (et sa faible rémunération) a disparu.

L'exercice mixte PH/libéral n'est pas non plus facilité : concours qui est rébarbatif pour les temps partiel, faible rémunération de départ pour des praticiens expérimentés, contrat précaire de 6 mois ou d'un an.

Face aux cliniques, aux EHPAD privés ou aux collectivités territoriales (8000 euros net + véhicule), les CHL ne sont pas compétitifs.

En résumé, trop d'obligations, trop de contraintes (astreintes) et une rémunération qui n'est pas à la hauteur.

Avec l'Association des Généralistes d'Hôpitaux Locaux, nous souhaitons faciliter un **exercice mixte Salarié/libéral**, accessible et valorisant.

Les freins au développement des Centres Hospitaliers Locaux ne peuvent être éliminés que s'il existe une véritable volonté politique d'inscrire ce type d'établissements dans la révolution du premier recours.

Le Président de l'AGHL  
Dr Pascal GENDRY

Le Président de l'ANCHL  
D. COLAS

