



POSITIONNEMENT DE L'ANCHL SUR LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

Le système de santé évolue vers un système sanitaire et médico-social public et privé moins cloisonné et fondé sur la notion de parcours du patient et de projet territorial de santé.

CONSTAT

Entre 2002 et 2012, 60 CHL sur les 362 ont disparu en tant que Centre Hospitalier.
600 lits de médecine ont été fermés dans ces établissements, 10 000 dans les USLD.
Depuis 2012, le mouvement s'accélère.

Parallèlement, les CHL sont de moins en moins autonomes :

22 en Bretagne en 2002 / 6 aujourd'hui.

La perte de statut d'hôpital local depuis la loi HPST ne permet pas une vision claire et exhaustive de la situation.

PARTICULARITES DES CHL

Entrant dans la catégorie des hôpitaux de proximité (pratique de la médecine, pas de service de chirurgie ni d'obstétrique, avec ou sans service d'urgence), la plupart des CHL présentent des particularités dont une les distingue de tous les autres :

- ❖ 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
- ❖ ils sont dépourvus d'un service d'urgence (contrairement à certains CH de proximité) mais adossés d'une Maison Médicale de Garde
- ❖ 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)
- ❖ ils fonctionnent pour les activités sanitaires, principalement en Dotation Annuelle de Financement
- ❖ leurs moyens de fonctionnement sont modestes (budget inférieur de 25 à 30% / CH gériatrique avec praticiens hospitaliers) : faible montant / dépenses.

LES CHL DANS LA POLITIQUE NATIONALE

(et internationale puisque l'OMS promeut ce type d'établissement)

Les CH de proximité ont été mis en valeur récemment.

La Cour des Comptes, dans son rapport 2013, a ciblé spécifiquement les CHL : « 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 actuelle ou future».

Deux remarques à ce stade :

- le CHL permet le maintien des liens sociaux de la personne âgée (conjoint lui aussi âgé)
- les études montrent que la présence d'une structure organisée compense les départs à la retraite des médecins généralistes et même accroît le nombre de médecins généralistes

La Cour pose deux conditions :

- la coopération
- un mode de financement adapté, voire une compensation par l'attribution de crédits de Mission d'Intérêt Général.

La Ministre de la Santé a valorisé le rôle des hôpitaux de proximité lors du dernier Salon de la Santé et de l'Autonomie : « Ces établissements sont un élément clé des parcours de soins, parce qu'ils sont au croisement des soins de ville, de l'hôpital et du secteur médico-social. Ils sont souvent la cible privilégiée des contempteurs de l'hôpital public pourtant ils ont toutes leur place dans la stratégie nationale de santé ».

Enfin, une circulaire du 17 juillet 2014 relative aux hôpitaux de proximité conforte ces établissements et demande aux ARS de stopper les modifications de l'offre de soins les concernant, ce que ne font pas les ARS. Certaines ont cependant créés des groupes spécialisés « CHL ». La Franche-Comté a produit un excellent rapport sur ces établissements qualifiés de « modèle organisationnel et économique global » avec des propositions applicables à la France entière. Cependant, dans la majeure partie des régions, on observe le déclin des CHL.

CRAINTES DE L'ANCHL FACE AU GHT : le futur Groupement Hospitalier de Territoire marque un renforcement de la Communauté Hospitalière de Territoire :

- ⇒ la notion de territoire reste problématique :
 - quid des établissements frontaliers ou transfrontaliers, aux confins de plusieurs territoires, même si le cas des CHU et des EPSMS est évoqué. La définition du périmètre des GHT doit rester cohérente avec les besoins de la population et avec les parcours de soins existants. Trop hospitalocentrés, les GHT sont contradictoires avec le parcours de santé.
 - quid de la taille des territoires : pour les ARS, il s'agit du territoire de santé, trop grand pour les CHL concernés uniquement par leurs bassins de vie.
 - quel intérêt de nouer des relations avec tous les établissements d'un territoire alors que le CHL est concerné par un voire deux établissements au plus ?
- ⇒ le Système d'Information et le Département d'Information Médicale du GHT (cf. ASINPHA)
Le SI va être surdimensionné par rapport aux besoins des CHL et trop coûteux, alors qu'ils sont équipés de produits nationaux fonctionnant à cette échelle et souvent appuyés à l'échelon régional. Quel poids aura un CHL dans un GHT ? Quelles seront les priorités pour le DIM commun alors que ses analyses seront vitales pour un CHL ? Le CHL risque d'être

inaudible. Les priorités devraient être données à l'interopérabilité des logiciels et à la liaison avec la médecine de ville (médecin traitant) à l'entrée et à la sortie.

- ⇒ comme le mentionnent nombre de rapports des Chambres des Comptes, les coopérations existent déjà largement tant pour les soins que pour les aspects logistiques. Les Systèmes d'Information Hospitaliers sont mutualisés au niveau régional ou national, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ont déjà une vocation régionale, les achats sont largement regroupés. Remodeler à tout prix à l'échelle territoriale va détruire des coopérations existantes à une autre échelle (SIH, Département d'Information Médicale ou contrôle de gestion mutualisé à l'échelle régionale) ou des formules plus originales de mutualisation avec des collectivités territoriales, avec des associations ou avec des acteurs de droit privé.
- ⇒ les coûts des mutualisations qui pourraient être insupportables pour les CHL (SIH territoriaux surdimensionnés tant en investissement qu'en exploitation, Pharmacies à Usage Intérieur qui seraient d'un coût abyssal pour les CHL, coûts de gestion de structures de coopération dont seulement 5% de l'activité nous intéresseraient directement).

CONSIDERANT LE CHL COMME UNE OFFRE A LA CROISEE DU PREMIER RECOURS ET DE L'HOPITAL « CLASSIQUE », DEUX HYPOTHESES SE PRESENTENT :

1 : sortir du système hospitalier pour mieux intégrer le premier recours (cf. article de Benoît PERICARD), avec le risque de perte de la partie « médecine » cassant le parcours et supprimant un atout majeur pour les médecins généralistes

Le rapport DEVICTOR préconise une organisation du parcours de santé alliant hôpital, SSIAD, MSP, EHPAD, médecine ambulatoire et autres professionnels de santé. Ainsi placés au niveau du premier recours, les CHL (qui constituent depuis longtemps un modèle de symbiose ville/hôpital/médico-social) seraient porteurs de cette nouvelle offre de soins. Pour que cette proposition puisse fonctionner, les CHL devraient pouvoir disposer d'un droit d'option, afin d'adhérer ou non à un GHT, celui-ci pouvant être une forme de coopération peu adaptée pour nos établissements.

L'ANCHL propose de façon complémentaire, la prise en compte d'un groupement des acteurs de santé de premier recours dans lequel les Centres Hospitaliers Locaux trouveraient davantage leur place que dans le dispositif initial.

2 : L'ANCHL demande des garanties législatives pour que les GHT restent cohérents avec les notions de parcours du patient et de projet de santé de territoire :

- le projet médical commun doit être la condition sine qua non à toute action du GHT
- le fonctionnement et les spécificités de chaque type de structure devront être respectés
- la participation à la gouvernance devra être adaptée pour garantir l'expression de tous les acteurs
- la médecine de ville et les EPSM devront pouvoir intégrer les GHT et en particulier le Projet Médical Commun

- l'assouplissement des modalités de coopération : développer un instrument universel de coopération dans lequel les professionnels pourraient intervenir, qu'ils soient libéraux ou salariés
- l'intégration dans les GHT doit reposer sur trois principes :
 - principe de spécialisation : respecter les spécificités des CHL (centres de soins de proximité, lieux d'articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale, intervention des professionnels libéraux et hospitaliers, conservation des liens avec la médecine libérale et le premier recours)
 - principe de subsidiarité : dans la graduation des soins, faire au plus près. Les CHL doivent conserver leur lien avec la médecine libérale et le premier recours.
 - principe d'économicité : ne pas étendre sans discernement aux structures les plus petites, les coûts de plus grosses = principe de mutualisation des charges sans contreponds (ex : les PUI, les SIH...)