

QUELQUES CONCEPTS POUR L'EVOLUTION

DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX

1 – Passer d'une conception verticale des prises en charge gériatriques à une conception horizontale

Les ARS pour la plupart restent sur un modèle vertical de filière gériatrique : du domicile au CHU.

Or ce parcours reste exceptionnel en gériatrie, et le recours au CHU ou au plateau technique spécialisé exceptionnel.

La très grande partie d'une prise en charge gériatrique peut et devrait se dérouler dans le bassin de vie.

La complémentarité entre les acteurs locaux, la ville, les EHPAD, le CHL est primordiale et favorise cette prise en charge de proximité. C'est elle qui assure continuité, fluidité et maintien des liens familiaux et sociaux.

Le CHL a alors le rôle, et souvent le plus de facilité, d'assurer la bonne coordination des acteurs, d'autant que le médecin traitant sera au domicile (y compris au SSIAD et en hospitalisation à domicile), à l'hôpital et si besoin en EHPAD.

Adossé à une maison de santé pluridisciplinaire, ou à une maison médicale de garde, le CHL devient ainsi un centre de ressources mutualisé pour les EHPAD avoisinants.

A ne voir que le rattachement aux CH et à leurs plateaux techniques (concentration horizontale), les autorités régionales se fourvoient sur la prise en charge gériatrique. Elles promeuvent une vision hospitalo-centrée et technicisée, de surcroît coûteuse financièrement et humainement.

2 – Le court séjour intermédiaire

C'est une notion qui émerge du rapport de Martine PINVILLE « REVELER LE DEFI POLITIQUE DE L'AVANCEE EN AGE », d'un exemple allemand (page 40).

Cela correspond assez bien à ce que nous faisons dans nos établissements : « accueillir des personnes âgées tout juste sorties de l'hôpital et d'autre qui vivent chez elles et dont le séjour permet un répit aux aidants familiaux... ».

« Il s'agit de mettre à profit ce séjour relativement court en préparant un plan de soins individualisé et de coordonner les éventuelles interventions futures des professionnels.

Ainsi, la notion de DMS pour des personnes âgées très âgées – l'enjeu est autour des 85 ans – et très dépendantes, est repositionnée. Il faut 15 à 17 jours pour traiter ce type de population.

Cet objectif à caractère préventif enrichirait le séjour en médecine, confirmerait le rôle des CHL.

Il nécessite évidemment des moyens pluridisciplinaires à due concurrence (100 000 € par lit).

3 – Créer des CHL en zone urbaine permettrait de lutter contre la désertification médicale

Comme l'indique dans son 3^e atlas de la démographie médicale 2013, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les villes sont touchées par la désertification médicale.

La création de CHL adossés aux centres de santé et aux maisons médicales de garde ou maisons de santé pluridisciplinaires, est une solution pour offrir à la population des structures solides et organisées de prise en charge. Mutualisation logistique et administrative, partage d'un petit plateau technique (laboratoire ou antenne de prise de sang, imagerie médicale et télémédecine), possibilité de salariat pour les professions médicales et paramédicales (à temps plein ou mi-temps salariat, libéral), locaux de consultation, sécurisation des lieux..., autant d'atouts pour faire revenir des professionnels et une offre de santé dans des secteurs plus défavorisés.

4 – Conserver un management spécifique aux CHL

C'est un gage de développement réussi. Comme le démontre le rapport de la Cour des Comptes 2013, le rapprochement avec des centres hospitaliers MCO en particulier, font déperir les établissements.

En mutualisant les équipes de direction (1 CHL + 2 EHPAD = un directeur et deux directeurs adjoints), on étoffe le management, l'isolement est rompu et les compétences se diversifient.

Ce n'est pas en devenant la 5^e roue de la charrette d'un établissement, ou avec des médecins consultants se relayant chaque jour, que l'on promeut une offre de proximité de qualité. C'est céder aux apparences d'une continuité des soins et provoquer une rupture relationnelle entre le médecin, l'équipe soignante et les patients.

Le CHL est ancré dans un bassin de vie, ce n'est pas non plus en le noyant dans les usines à gaz des CHT et de leurs multiples GCS qu'ils feront un meilleur travail.

Au contraire, c'est en développant une relation partenariale – et non subordonnée – avec un CH MCO + plateau technique qu'ils amélioreront conjointement l'offre de soins locale (cf. les relations exemplaires entre le CHU de Rennes et les CHL de son territoire qui ne nécessitent qu'un respect mutuel et pas les complications administratives d'une CHT).

Vers quelques simplifications de la vie des EHPAD :

- 1) le médecin coordonnateur devient médecin traitant

Comme le propose d'ailleurs le Syndicat National de Gériatrie clinique - Michel SALOM, Président – dans une interview du 29/11/2013 à HOSPIMEDIA, et comme le font déjà un certain nombre d'établissements, il conviendrait que les médecins coordonnateurs puissent être aussi les médecins traitants des résidents, à côté des médecins de ville. Nous rappelons que nous préconisons plus exactement les formules mixtes mi-salarié/mi-libéral.

2) que la section tarifaire soins contribue au fonctionnement de la structure

Il faut décloisonner les 3 sections tarifaires du budget des EHPAD. Partout, il faut mutualiser... sauf au sein de son propre EHPAD.

Notamment, le budget « soins » ne prend pas en charge :

- l'administration des soins (gestion du personnel, direction...), c'est à la charge entière de l'hébergement

- la logistique des soins – 2 exemples :

. les murs et le matériel de la pharmacie à usage intérieur sont pris en charge par l'hébergement, alors que leur finalité exclusive est la délivrance des médicaments et petits matériels médicaux.

. le dossier médical du patient et son informatisation (soft et hard) sont imputables à la section hébergement et à non à celle des soins !

Un peu de bon sens dans les affectations budgétaires permettrait d'alléger les tarifs hébergement.

D.COLAS,
Président de l'ANCHL