



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

+

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2004 –

Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ?

– Groupe n°3 –

- AUMONT Claudy
- BEDIER Florence
- DEWAELE Ludovic
- DUPE Léonard
- KERSAUZE Pierre
- KESSLER Mireille
- LEQUET Yann
- PERROT Blandine
- PIVETEAU Delphine
- VALOIS Claudie

Animatrice

- Mme M. Denis

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA CIRCULAIRE DU 28 MAI 2003 : UN TEXTE QUI S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE D'EVOLUTION DE L'HOPITAL LOCAL	3
1.1 L'EVOLUTION D'UNE INSTITUTION FACE AUX BESOINS : DE L'HOSPICE A L'HOPITAL LOCAL	3
1.1.1 <i>L'hôpital local : un enjeu dans l'aménagement sanitaire du territoire</i>	3
1.1.2 <i>Etat des lieux : l'hôpital local au sein de l'offre sanitaire et sociale</i>	5
A) L'activité des hôpitaux locaux	5
B) Les ressources humaines.....	6
C) L'hôpital local : une prise en charge à dominante gériatrique à la frontière du sanitaire et du médico-social..	7
1.2 LA RECHERCHE DE L'ADEQUATION AUX BESOINS : DU DECRET DU 13 NOVEMBRE 1992 A LA CIRCULAIRE DU 28 MAI 2003.....	7
1.2.1 <i>Analyse : une définition des besoins à géométrie variable</i>	7
A) Une définition des besoins problématique	7
B) Quels besoins l'hôpital local devrait-il satisfaire ?.....	9
a) Les usagers / patients / résidents	9
b) Les professionnels.....	10
c) Les institutions	11
d) Le politique	11
1.2.2 <i>... Qui nécessite de réinventer des outils</i>	12
2 AU-DELA DE LA CIRCULAIRE : DE LA NECESSITE DE CREER UN DISPOSITIF COMPLEMENTAIRE	14
2.1 UN TEXTE A LA MESURE DES ENJEUX ?	14
2.1.1 <i>Bilan de l'existant</i>	14
2.1.2 <i>Les limites de la circulaire</i>	16
A) Des possibilités difficiles à mettre en œuvre.....	16
B) Des besoins et des attentes non pris en compte.....	17
2.2 L'HOPITAL LOCAL, POINT D'ANCRAGE D'UNE OFFRE DE SOINS RENOUVELEE	18
2.2.1 <i>Outils pour un renouvellement de l'organisation interne de l'hôpital local</i>	18
A) Propositions relatives à la nature des soins à l'hôpital local	18
B) Propositions relatives à la mutualisation des moyens	19
C) Propositions relatives à la gestion du personnel en hôpital local	19
D) Propositions relatives à l'adaptation de la réglementation aux contraintes des hôpitaux locaux.....	20
2.2.2 <i>Vers une redéfinition de la place de l'hôpital local, condition d'une meilleure gradation de l'offre de soins</i>	21
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27

Remerciements

Nous tenons à remercier d'une part, notre animatrice, Mme Martine DENIS, et, d'autre part, l'ensemble des personnes qui nous ont accordé un entretien : représentants des corps de direction, des médecins, des personnels soignants, de l'autorité de tarification et de tutelle, des élus et de l'assurance-maladie.

Liste des sigles utilisés

AGHL	Association des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux
ANHL	Association Nationale des Hôpitaux locaux
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AS	Aide-Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CE	Conseil d'Etat
CES	Conseil Economique et Social
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Comité Local d'Information et de Coordination
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CS	Cadre de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DARH	Directeur d'Agence Régionale d'Hospitalisation
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EPS	Etablissement Public de Santé
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIR	Groupe Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HID	Handicap-Incapacité-Dépendance
HL	Hôpital Local
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PH	Praticien Hospitalier
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SLD	Soins de Longue Durée
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR

Soins de Suite et de Réadaptation

T2A

Tarification A l'Activité

METHODOLOGIE

L'organisation interne du groupe

Notre groupe de travail est constitué de dix personnes issues de deux filières : cinq élèves directeurs d'hôpital et cinq élèves directeurs d'établissement sanitaire et social. Nous avons regretté l'absence de représentants des autres filières formées à l'ENSP, en particulier des médecins inspecteurs de santé publique et des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales. En effet, notre sujet sur le rôle des hôpitaux locaux appelait vraisemblablement des approches complémentaires que ces futurs professionnels seront amenés à développer notamment dans leur fonction de contrôle et de conseil.

D'un commun accord avec notre animatrice, Mme Martine DENIS, tous les membres du groupe ont participé à l'ensemble des grandes étapes de notre travail : recherche bibliographique, analyse du sujet, élaboration du guide d'entretien, enquêtes sur le terrain, accueil des intervenants extérieurs et entretiens téléphoniques, mise en commun et débats, élaboration de la problématique et du plan, rédaction, relecture. Seuls les entretiens ont fait l'objet d'un travail en binômes composés d'un membre de chaque filière : il s'agissait de favoriser la diversité des approches, l'exhaustivité et la mutualisation d'expériences.

L'utilisation quotidienne du serveur RA, les échanges d'e-mail ainsi que de nombreux appels téléphoniques (la liste des contacts ayant été diffusée dès le mois d'août) ont facilité la communication au sein du groupe. Les questions logistiques ont été réglées en amont des deux semaines de travail en groupe (entre la prise de contact du 30 août et la réunion des référents) puis, au cours de ces deux semaines, par la personne référente chargée au sein de notre groupe de tous les aspects pratiques. Un responsable informatique a également été désigné pour garantir la coordination.

Nous avons privilégié les réunions plénières afin de favoriser un dialogue. Notre mémoire est donc le fruit d'une réflexion collective et partagée.

La méthode d'analyse retenue par le groupe

Le premier temps de réflexion et de collecte d'informations a été consacré à une recherche bibliographique enrichie par un travail de synthèse des ouvrages et des articles.

Dès le 30 août, l'appui de l'animatrice et l'expérience des élèves directeurs d'établissement sanitaire et social (dont quatre issus du concours interne avaient déjà une expérience significative des hôpitaux locaux à différents postes) nous ont permis de recenser les personnes et les ressources dont chacun disposait dans son réseau

professionnel. Une fois cette liste établie, nous avons élaboré une typologie des acteurs à rencontrer à partir de leurs fonctions à l'hôpital local. Pour disposer d'éléments aussi objectifs que possible, nous avons cherché à identifier des terrains différents. A cet égard, il nous a semblé pertinent de visiter divers établissements, situés dans quatre départements (Rhône, Vendée, Ille-et-Vilaine et Yvelines), présentant un intérêt particulier (par exemple, le Rhône se caractérise par une densité importante d'hôpitaux locaux et un recours fréquent aux praticiens hospitaliers). Au plan professionnel, nous avons rencontré neuf représentants des corps de direction (parmi lesquels le Président de l'ANHL), trois médecins (un médecin coordonnateur, un praticien hospitalier et un médecin libéral, Président de l'AGHL), trois représentants des personnels soignants (cadres de santé), trois représentants de l'autorité de tarification et de contrôle (un DARH, un représentant de la DHOS, un DDASS). Nous avons également rencontré un représentant des élus (un conseiller général) afin de sortir du débat professionnel ou technique et d'aborder la dimension politique ainsi qu'un représentant de l'assurance maladie (un médecin coordonnateur régional de la MSA) ayant une expertise en matière d'hôpitaux locaux.

Les entretiens semi-directifs ont été menés exclusivement en binômes. Le guide d'entretien initial a alors été retravaillé afin de l'adapter aux trois types d'interlocuteurs rencontrés : responsables des hôpitaux locaux, responsables de la « tutelle » et autres professionnels. Les entretiens individuels, d'une durée moyenne d'une heure et demie, ont fait l'objet de comptes-rendus écrits relus par chaque membre du groupe. Les éléments les plus pertinents ont été intégrés directement dans le corps de notre mémoire sans qu'il soit fait mention de leur auteur.

Le travail a été organisé à partir d'un programme prévisionnel dont les différentes échéances ont été respectées. L'animatrice a pu suivre l'ensemble des étapes de notre travail et nous conseiller pour l'analyse du sujet, la version initiale de notre guide d'entretien, le plan et le rapport final. Enfin, la rédaction a été conduite par binômes avec une relecture collective puis individuelle assurée par chaque membre du groupe. Un coordinateur pour les annexes et un autre pour la bibliographie ont également été désignés. Les deux semaines précédant la remise du mémoire ont été mises à profit pour régler les dernières questions soulevées par les relectures critiques et pour mettre en forme définitivement notre rapport.

Les limites méthodologiques

L'extrême diversité des hôpitaux locaux ne nous a pas permis d'élaborer un échantillon véritablement représentatif de professionnels concernés par notre thème d'étude. Conscients de cette difficulté, nous avons souhaité, cependant, réaliser un panel non exhaustif mais significatif d'entretiens. Le principal écueil que nous voulions éviter

était de rédiger un mémoire trop éloigné de la réalité du terrain du fait de deux tendances naturelles : celle du rédacteur d'orienter ses recherches vers des terrains « en pointe » plus valorisants et celle de l'interlocuteur qui peut être tenté de présenter la réalité sous un angle qui ne lui est pas défavorable. Le fait que notre travail respecte l'anonymat de nos sources a sans doute permis de limiter cet effet pervers d'auto-censure. Quoiqu'il en soit, la montée en généralité reste problématique et nos propositions à la fin du mémoire doivent être regardées uniquement comme des pistes à adapter à la réalité irréductible de chaque terrain.

INTRODUCTION

"La logique pour moi est d'arrêter de dire que les hôpitaux locaux vont tous fermer comme on l'a dit précédemment. Mon but est de les garder et d'y mettre en place une activité médicale." ¹ La volonté affichée par Philippe Douste-Blazy, l'actuel Ministre de la Santé, a pu susciter l'étonnement des professionnels de santé. Ce discours tend, en effet, à rompre avec la politique de restructuration hospitalière engagée depuis plusieurs années et synonyme pour l'opinion publique de fermeture d'établissements. La déclaration du Ministre de la Santé s'inscrit ainsi dans un contexte sanitaire et social nouveau qui nécessite de repenser l'accès au système de soins sur le territoire national.

Les hôpitaux locaux sont des établissements publics de santé au même titre que les centres hospitaliers (CH) et ce, conformément aux dispositions de l'article L.6141-2 du Code de la Santé Publique (CSP), issues de la loi du 31 juillet 1991. L'article R.711-6-4 du CSP 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.611-2 ; 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. »*

L'originalité de l'hôpital local réside à la fois dans son fonctionnement médical², qui est largement assuré par la participation de médecins libéraux, et dans le rôle important qu'il joue en matière d'activités médico-sociales. Ces particularités imposent de réfléchir à la place que peuvent avoir de telles structures au sein de l'offre de soins en France. En effet, à la frontière du sanitaire et du social, les fonctions de l'hôpital local peuvent paraître insuffisamment déterminées. Si l'accueil des personnes âgées paraît essentiel, du fait de l'origine historique et de la position géographique de la majorité des établissements, notamment en zone rurale, les missions de l'hôpital local sont, en réalité, diverses.

¹ « Hôpitaux de proximité : Les associations attendent des précisions et des mesures concrètes », *Le Monde*, 1^{er} juin 2004

² Décrets n°92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical de l'hôpital local (articles R.711-6-4 à R.711-6-21 du Code de la Santé Publique) et n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux

Dans ce contexte et dans le cadre d'une réflexion nouvelle sur l'aménagement du territoire en matière de santé, les autorités sanitaires ont souhaité clarifier les missions qui incombent aux hôpitaux locaux. A ce titre, la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local³ permet de réaffirmer le rôle de cette institution dans le maillage sanitaire du pays, rôle confirmé par le Conseil économique et social dans son rapport « Aménagement du territoire et établissements de santé »⁴. Cette circulaire tente surtout de structurer l'offre de soins face à certaines évolutions inéluctables : vieillissement de la population, accroissement du risque dépendance, évolution défavorable de la démographie médicale.

Pour autant, les nouvelles possibilités offertes par la circulaire permettent-elles véritablement de répondre aux besoins ? Ces derniers étant diversifiés, il s'agit de les répertorier précisément, ce qui s'avère d'autant plus difficile que les acteurs concernés sont multiples. Il apparaît nécessaire, en outre, de s'interroger sur la réalité de l'aspect novateur d'un tel texte. En effet, conformément à la jurisprudence administrative classique⁵ et à la hiérarchie des normes en droit français, une circulaire ne peut aller au-delà des dispositions législatives ou réglementaires. L'hôpital local reste donc encadré juridiquement par les lois et décrets existants. Quelle est alors la nature des possibilités offertes ? Au-delà de la revalorisation de l'hôpital local qu'elle permet, la circulaire satisfait-elle réellement les professionnels sur le terrain et est-elle à la mesure des enjeux de la planification sanitaire ? L'arrivée des SROS de troisième génération⁶ impose en effet de repenser la gradation de l'offre de soins sur le territoire national et de rendre le maillage sanitaire plus pertinent. Dès lors, dans quel cadre serait-il possible de compléter les dispositions de la circulaire pour répondre à ces objectifs ?

Ainsi, la circulaire du 28 mai 2003 s'inscrit dans un contexte d'évolution historique et cherche à répondre aux besoins actuels (I). Toutefois, les insuffisances aujourd'hui constatées imposent la création d'un dispositif complémentaire afin de faire de l'hôpital local le point d'ancrage d'une offre de soins renouvelée (II).

³ Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n°2003/257, reproduite en annexe n° 1

⁴ Rapport du Conseil économique et social n° 2004-14 du 3 juin 2004, présenté par M. Michel Picard

⁵ Relative notamment à la portée normative des circulaires (*CE, Ass, 29 Janvier 1954, Institution Notre-Dame du Kreisker* et *CE, 13 décembre 2002, Mme Duvignères*)

⁶ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

1 LA CIRCULAIRE DU 28 MAI 2003 : UN TEXTE QUI S'INSCRIT DANS UN CONTEXTE D'EVOLUTION DE L'HOPITAL LOCAL

1.1 L'évolution d'une institution face aux besoins : de l'hospice à l'hôpital local

1.1.1 L'hôpital local : un enjeu dans l'aménagement sanitaire du territoire

L'hôpital local est l'héritier direct des anciens hospices dont la mission principale était l'accueil des indigents. Pourtant, progressivement, certains hospices se sont écartés de leur vocation première d'ordre public en réponse aux besoins locaux -c'est-à-dire à la nécessité de prendre en charge des populations plus diversifiées- ainsi qu'à l'évolution des techniques médicales.

La loi du 21 décembre 1941 pose la première pierre du chantier de l'évaluation de la place de chaque établissement dans l'organisation hospitalière. Ce chantier aboutit aux arrêtés de classement du 16 janvier 1956 qui définissent le rôle de chaque établissement en fonction de l'importance de leur plateau technique : la distinction hôpital local / CH / CHR se fait jour. Toutefois, perdurent en milieu rural les hospices dont les deux tiers environ se voient reconnaître une fonction sanitaire.

Reste que, dès 1952, le Conseil Economique et Social (CES) avait souligné la nécessité de disposer de « centres sanitaires intercommunaux » afin de répondre aux besoins de proximité en zone rurale. C'est la naissance du concept de l'hôpital local.

Aux côtés des CH et CHR, l'ordonnance du 11 décembre 1958 et le décret du 3 août 1959 n°59-957 créent un nouveau type d'établissement public : l'hôpital rural. En sus de son service d'hospice, celui-ci se voit confier une activité de médecine et/ou de maternité. Déjà, à cette date, tous les médecins libéraux de la localité peuvent faire admettre leurs patients et leur assurer des soins sans pour autant appartenir au cadre de la médecine hospitalière. Une particularité qui a toujours cours.

« Grand espoir des années 1960 »⁷, l'hôpital rural apparaissait moins coûteux et plus humain face au gigantisme naissant et à la technique médicale, il fondait également la base d'un système hospitalier « à la française ». En matière d'aménagement du territoire, il permettait aussi de lutter contre l'exode rural. Toutefois, face à l'urbanisation

⁷ Christian Maillard, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Paris, Dunod, 1986, p.101

croissante et au développement des transports, l'attractivité des hôpitaux « urbains » devenait plus forte.

Le décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 transforme l'hôpital rural en hôpital local, mais sans en modifier le régime. En le qualifiant de « mode d'administration des soins courants dans les zones où l'habitat est dispersé », ce nouveau texte reconnaît le caractère indispensable d'une telle structure dans l'offre de soins. Mais tenant compte de l'évolution démographique et technique, « il rompt les illusions et lui attribue un rôle complémentaire dans un système qui a trouvé ses assises essentielles »⁸. Le rôle sanitaire de ces structures est, toutefois, confirmé par le décret n°80-284 du 17 avril 1980 qui définit clairement les hôpitaux locaux comme unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante auxquelles peuvent s'adjoindre des sections de moyen et long séjour.

Néanmoins, les missions de l'hôpital local demeurent floues. Depuis leur création, les hôpitaux ruraux puis locaux accueillent des populations composites (personnes âgées, personnes handicapées, indigents, mère/enfants ...), ce qui induit une confusion des prises en charge, souvent entre sanitaire et social. Afin de clarifier la situation, la loi du 31 juillet 1991 consacre l'hôpital local comme Etablissement Public de Santé : s'il ne peut y avoir de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique, les activités de médecine y sont autorisées, dans le cadre d'un conventionnement avec un Centre Hospitalier ou un établissement privé Participant au Service Public Hospitalier. Des missions de santé publique lui sont également confiées.

Reste que la politique de restructuration hospitalière menée au cours des années 1990 a conduit à la fermeture de nombreux lits de médecine, l'activité de nombreux hôpitaux locaux se recentrant alors sur l'hébergement de personnes âgées. Cela a abouti à une certaine dévalorisation de l'hôpital local en tant qu'institution sanitaire. Surtout, cette logique a conduit à une inadéquation entre les structures existantes et les besoins exprimés sur le plan local. C'est la raison pour laquelle la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local entend donner aux hôpitaux locaux une place nouvelle dans le système sanitaire, afin de répondre de manière pertinente aux besoins et attentes des citoyens.

L'hôpital local est désormais reconnu comme une nécessité dans le paysage hospitalier pour ses missions de soins et de santé publique. Son atout de proximité de la

⁸ *ibid.*, p.102

population lui vaut de participer à de nombreux réseaux (exemple : réseau gérontologique) et, ainsi, de rompre la solitude des campagnes. Néanmoins, fruit de son histoire, l'hôpital local fonctionne avec des moyens souvent limités du fait de son statut.

1.1.2 Etat des lieux : l'hôpital local au sein de l'offre sanitaire et sociale

Les hôpitaux locaux représentent un ensemble de 355 établissements d'une capacité totale supérieure à 57 000 lits. Leur répartition géographique est, toutefois, très inégale. Deux régions se démarquent : celle de Rhône-Alpes avec 55 hôpitaux locaux, et celle des Pays de la Loire avec 39 hôpitaux locaux. La région Provence, Alpes, Côte d'Azur (PACA) comptent 24 hôpitaux locaux ; la Bretagne, 21 hôpitaux locaux. A l'inverse, la Guadeloupe n'en possède que deux.⁹ Cette disparité est d'autant plus forte que leur rôle dans l'offre de soins est conditionné par leur environnement sanitaire.

A) L'activité des hôpitaux locaux

Concernant le nombre de lits par hôpitaux locaux par région, là aussi, la part des hôpitaux locaux est très variable selon les régions. Elle représente moins de 10% des hôpitaux publics dans le Nord-Pas de Calais et en Ile de France, et plus de 40% des hôpitaux publics en Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Auvergne. C'est dans les Pays de la Loire que le poids des hôpitaux locaux est le plus élevé avec 51% de l'ensemble des établissements publics. Les hôpitaux locaux disposent de près de 20% des lits de soins de longue durée et de plus du tiers des lits d'hébergement de l'ensemble des hôpitaux publics¹⁰. Ces disparités démontrent la nécessité d'une planification sanitaire fine capable de mesurer les besoins réels que doivent couvrir les hôpitaux locaux en fonction de leur localisation géographique.

La principale activité des hôpitaux locaux est actuellement gériatrique : l'hébergement représente 35% des lits alors que le court séjour ne représente plus que 2% en 2004 contre 6,3% en 2000 (cf tableau infra). Dans le cadre de son activité sanitaire, l'hôpital local assure non seulement des prestations de soins de suite et de réadaptation (SSR) mais également des soins de longue durée (SLD). Certains établissements possèdent des « lits dédiés » de soins palliatifs au sein des services de médecine, d'autres bénéficient de l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs.

⁹ Observatoire régional de la santé de Bretagne, *Les hôpitaux locaux en France en 2000*, rapport d'octobre 2002. Disponible sur Internet : <http://www.orsb.asso.fr>

¹⁰ Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques, *Statistiques annuelles des établissements*, 2003, Ministère de l'emploi et de la Solidarité. Disponible sur Internet : <http://www.santé.gouv.fr>

Concernant les établissements qui n'en sont pas dotés, les directeurs, les cadres de santé et les médecins rencontrés constatent unanimement la réalité du besoin.

Répartition de l'équipement des hôpitaux locaux selon les activités en France au 1^{er} janvier 2000

Activité	Nombre de lits	Répartition
Court séjour	3 622	6,3%
Psychiatrie générale et alcoologie	198	0,4%
Rééducation fonctionnelle et réadaptation	631	1,1%
Convalescence repos régime	2 063	3,6%
Autres disciplines de soins de suite ou de réadaptation	2 782	4,8%
Soins de longue durée	14 513	25,2%
Total Hospitalisation complète	23 809	41,4%
Hospitalisation partielle (places)	53	
Section cure médicale	16 121	28,0%
Hébergement en chambres	15 668	27,3%
Hébergement en logements foyers	572	1,0%
Hébergement temporaire pour personnes âgées	378	0,7%
Total hébergement	32 739	57,0%
Autres disciplines sociales et médico-sociales	935	1,6%
Total (avec places)	57 536	100,0%

Source : Ministère de l'emploi et de la Solidarité – DREES - SAE

B) Les ressources humaines

Les hôpitaux locaux présentent des particularités dans la structuration de leur personnel. Concernant le personnel médical, dans le droit fil de ses origines historiques, l'hôpital local voit l'essentiel de son activité assumée par des médecins libéraux. Ainsi ce sont près de 3500 généralistes qui y assurent la permanence des soins. La présence de praticiens salariés y est donc réduite, les Praticiens Hospitaliers n'étant pas autorisés à exercer dans les services de court séjour de médecine. Quant au personnel non médical, les données du Ministère de la Santé montrent une relative stabilité des effectifs exerçant à l'hôpital local. Ce dernier emploie moins de 5% de l'effectif total, ce qui, aux dires de l'ensemble des personnes rencontrées lors de nos entretiens, est très largement insuffisant.

C) L'hôpital local : une prise en charge à dominante gériatrique à la frontière du sanitaire et du médico-social

Les hôpitaux locaux se positionnent entre le sanitaire et le médico-social. Sur les 57 000 lits que comprennent ces établissements, 24 000 sont des lits d'hospitalisation et 33 000 des lits d'hébergement. Pour ces derniers, le conventionnement tripartite visant à la transformation en EHPAD de la partie médico-sociale des hôpitaux locaux est en cours¹¹(cf. infra).

L'évolution démographique française marquée par une augmentation considérable des personnes âgées fait des hôpitaux locaux des acteurs majeurs dans la politique d'hébergement et de maintien à domicile. C'est pourquoi ces structures doivent développer une prise en charge globale de ces populations à la frontière du sanitaire et du social. C'est ainsi que l'hôpital local s'efforce, soit de répondre à la diversité des besoins des personnes âgées, soit de constituer le pivot autour duquel s'articulent toutes les interventions sanitaires et médico-sociales qui leur sont nécessaires en coordination avec les différents acteurs concernés. C'est au travers de cette approche de proximité que l'hôpital local pourra remplir pleinement son rôle d'interface entre le domicile et l'établissement hospitalier de référence.

L'hôpital local est une structure qui reste peu connue du grand public et qui peine à se faire une place.

Néanmoins, la circulaire du 28 mai 2003 confirmant la mission des hôpitaux locaux, ceux-ci devraient, à terme, parvenir à une meilleure reconnaissance. En effet, si la « clientèle » de l'hôpital local est majoritairement âgée, il n'en demeure pas moins que nombre d'établissements, du fait des besoins exprimés localement, ont pu développer des activités différentes en direction de populations plus jeunes ou de pathologies plus diverses, qu'il convient de prendre en compte dans l'existant.

1.2 La recherche de l'adéquation aux besoins : du décret du 13 novembre 1992 à la circulaire du 28 mai 2003

1.2.1 Analyse : une définition des besoins à géométrie variable...

A) Une définition des besoins problématique

Les besoins au sens où ils sont « objectivés » doivent d'abord être distingués des attentes, au caractère souvent plus flou car elles restent du domaine du ressenti. Tout le

problème est alors de les mesurer. Or, il semble que la réalisation d'un diagnostic épidémiologique à l'appui des projets médicaux est loin d'être systématique : les institutions comme les ARH et surtout les établissements pratiquent peu une démarche de type « marketing », c'est-à-dire une étude des « besoins réels de santé »¹² sans doute pour des raisons de coûts.

Or il ne faudrait pas sous-estimer l'écart :

- D'une part entre besoins réels et besoins exprimés.

On fait référence ici à la capacité variable des acteurs à se constituer en *lobbies* : ainsi, l'ANHL ou les syndicats de médecins libéraux sont vraisemblablement mieux intégrés aux réseaux de décision que certaines associations d'usagers. De même, les directeurs, de par la position privilégiée qu'ils occupent dans le management des établissements, disposent d'une marge de manœuvre non négligeable pour exprimer certains besoins et organiser en partie la réponse au sein du réseau (au sens sociologique) des décideurs.

- Et, d'autre part, entre besoins exprimés et besoins pris en compte.

A ce stade, il reste encore à répondre à ces besoins sous forme de politique conçue comme un programme cohérent d'actions : ils passent alors au tamis de la volonté politique. Ce filtre est d'ailleurs redoutable puisque les besoins ne sont traduits que dans la mesure où ils sont susceptibles d'être élevés au rang de problème de santé publique à un moment donné.

Il existe en fait toute une série de biais dans la définition des besoins car certains acteurs dominant le réseau. A l'image des médecins qui ont un rôle central dans la définition des besoins des hôpitaux locaux. Il convient d'abord de rappeler que la situation est éminemment variable d'un établissement à l'autre. La place occupée par les médecins est directement liée à la personnalité du directeur et au type de rapports qu'il a pu instaurer avec eux. Il faut donc souligner à quel point l'organisation de chaque hôpital local est « opérateur-dépendant ». De même, la motivation du médecin coordonnateur repose autant sur la force de persuasion du Directeur que sur son sens du service public. D'ailleurs, si la majorité des présidents de conseils d'administration interviennent peu dans le domaine, c'est au moins autant parce qu'ils ont une grande confiance dans le travail des directeurs que parce qu'ils ne s'intéressent que ponctuellement à la vie des établissements. Et si les élus ne peuvent pas toujours être considérés comme des

¹¹ Décret n° 99-316 et arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle

¹² « [...] la diversité des besoins de la population est encore mal appréhendée et surtout faiblement prise en compte dans l'organisation de l'offre de soins. », rapport du Conseil Economique et Social du 3 juin 2004, page I-8

éléments moteurs, ils ne constituent pas pour autant des freins. Il n'en demeure pas moins que le directeur se retrouve dans une sorte de face-à-face avec les médecins autorisés qui s'investissent plus ou moins dans la vie de l'établissement.

B) Quels besoins l'hôpital local devrait-il satisfaire ?

A l'image de la circulaire du 28 mai 2003, tout texte réglementaire souffre d'une tension : s'il est toujours condamné à « courir derrière la réalité » pour tenter de l'enregistrer à un instant t , il n'en est pas moins indispensable pour tracer des perspectives. Ainsi en est-il de la recherche de l'adéquation aux besoins de santé. Mais de quels besoins parle-t-on ?

On est alors confronté à la diversité de ces besoins sur le bassin de vie dont certains peuvent être contradictoires. La multiplicité des acteurs est d'ailleurs synonyme de différence de points de vue et de stratégies. A chaque acteur correspondent donc des besoins spécifiques que, de façon non exhaustive, nous avons pu identifier au cours de nos entretiens.

a) *Les usagers / patients / résidents*

Le besoin de prise en charge de la vieillesse et de la dépendance

On dispose de données fiables concernant la population des hôpitaux locaux concernant notamment le besoin de prise en charge de la vieillesse et de la dépendance. En 2040, le scénario central retenu par l'INSEE prévoit plus de 21,6 millions de 60 ans et plus dont près de 7 millions de 80 ans et plus. Le vieillissement se doublant de l'apparition du handicap, selon l'enquête HID¹³, 40% des personnes vivant à domicile déclarent au moins une déficience. Enfin, la France compte actuellement environ 800.000 personnes classées en GIR 1 à 4 dont 530.000 en GIR 1 à 3. Certains départements sont particulièrement touchés par cette évolution à l'image de la Vendée qui, selon nos interlocuteurs, verra sa population âgée de plus de 60 ans croître de 1,5 million d'ici à 2010 (cette projection prend en compte les effets combinés du vieillissement de la population déjà présente, de l'accroissement lié aux mouvements de population âgée vers ce département et de l'attractivité exercée par le dynamisme économique de certaines zones).

Un besoin d'une prise en charge continue et de qualité

Les usagers du service public (qu'il convient de distinguer de la population au sens large) ont des besoins en matière de continuité du service que les professionnels soignants des hôpitaux locaux ne peuvent pas nécessairement satisfaire.

¹³ Handicap-Incapacité-Dépendance, source INSEE, 2000

b) *Les professionnels*

Les médecins

Le besoin de reconnaissance et d'épanouissement professionnel des médecins généralistes

L'éclatement de la « communauté » médicale (le terme est sujet à caution) est également emblématique. Libéraux et praticiens hospitaliers n'ont pas les mêmes intérêts et, en leur sein, les spécialistes se distinguent des généralistes. Il est à noter que ces différences ont un impact sur la culture professionnelle de chacun de ces groupes qui se définissent aussi en négatif les uns par rapport aux autres.

Toutefois, les médecins intervenant à l'hôpital local rencontrés s'accordent à dire que leur pratique peut être source d'épanouissement professionnel : pour un généraliste, la prise en charge d'une population poly-pathologique permet de diversifier ses activités cliniques.

Le besoin de coordination accrue au sein des hôpitaux locaux

En outre, on doit souligner, plus généralement, un besoin de coordination accrue au sein des hôpitaux locaux car de nombreux médecins libéraux n'y font que des interventions ponctuelles.

Le besoin d'amélioration des conditions de rémunération et de travail

On peut même se demander ce qui a été réellement pris en compte : les besoins de la population dans le bassin de santé ou ceux de l'hôpital local en tant que système complexe qui parvient à imposer sa propre logique ?¹⁴ Du fait d'une tendance au désengagement des médecins généralistes, leurs conditions de travail ont été progressivement érigées en enjeu de santé publique au point de surdéterminer l'organisation des hôpitaux locaux aujourd'hui. En parallèle avec la féminisation croissante de la profession, le temps partiel pourrait concerner 30% des médecins d'ici à 2020 selon une projection du ministère de la santé. Les hôpitaux locaux sont donc amenés à être de plus en plus pénalisés par leur fonctionnement original qui repose sur la participation de médecins libéraux : ces structures implantées en milieu rural auront besoin d'un investissement accru de la part de tous les professionnels, besoin auquel les médecins libéraux ne pourront pas nécessairement répondre. Ainsi, par une sorte d'« effet 35 heures », les aspirations des médecins, qui ne vivent pas en dehors de notre société, ont placé cette question du temps de travail au cœur des préoccupations. Cependant, dans une perspective critique, peut-on fonder une politique sanitaire sur de telles revendications corporatistes aussi légitimes soient-elles ?

¹⁴ « En d'autres termes, afin d'estimer les besoins d'une population, on s'est essentiellement fondé sur l'offre existante. », rapport du Conseil Economique et Social du 3 juin 2004, I-8

Les soignants

Le besoin d'encadrement et de présence médicale accru

Par ailleurs, si les médecins ne peuvent pas être présents en permanence, de nombreuses IDE sont contraintes de prendre des risques en acceptant, par exemple, les glissements de fonctions ou les prescriptions médicales par téléphone.

Le besoin de recrutement de personnels soignants supplémentaires qualifiés

De la même façon, les AS se voient parfois imposer des tâches relevant de la compétence des IDE.

c) Les institutions

Au-delà des individus et des groupes, on doit aussi considérer les institutions et en premier lieu, les hôpitaux locaux.

Le besoin d'une dimension stratégique renforcée

L'hôpital local doit voir son management interne consolidé et sa dimension stratégique (projet d'établissement et COM notamment) renforcée. Les centres hospitaliers recherchent, quant à eux, une complémentarité par le développement d'un réseau d'établissements garantissant notamment des lits d'aval. La structuration et la coopération effective au sein de ces réseaux d'établissements doivent être garanties notamment par l'ARH.

Le besoin d'une sécurité juridique et financière accrue

Les demandes spécifiques devraient en théorie être exprimées dans des projets d'établissements qui conditionnent en grande partie l'obtention de moyens. Mais, en pratique, les autres partenaires, notamment les centres hospitaliers et l'autorité de tarification et de contrôle (ARH), peuvent rediscuter voire même contester cette analyse des besoins du fait d'un financement par crédits fléchés et enveloppes fermées. La concurrence entre les projets des différents établissements est donc directement liée aux moyens financiers nécessairement limités alors que les besoins sont, potentiellement du moins, infinis.

d) Le politique

Le besoin de prise en compte des intérêts locaux

Puis, en dernière analyse, c'est le politique qui peut se faire le porte-parole de tous ces acteurs et conférer une légitimité à ces demandes. Ses décisions sont alors le plus souvent dictées par sa perception de l'intérêt d'une population et des logiques d'aménagement du territoire. Elles vont souvent dans le sens du maintien des hôpitaux locaux -par exemple, la revitalisation du Centre Bretagne par la pérennisation de nombreuses structures en dépit du fort déclin démographique- et donc de l'emploi local, une des clefs, d'ailleurs, de la réélection du professionnel de la politique.

1.2.2 ... Qui nécessite de réinventer des outils

La carte sanitaire est supprimée¹⁵ et la région devient l'échelon pertinent (ou peut-être le moins inadapté) pour évaluer les besoins de santé de la population. Parallèlement, un réel développement des alternatives à l'hospitalisation complète¹⁶ s'opère par la suppression de l'obligation d'échanger des lits d'hospitalisation complète contre des places d'alternatives.

Si le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2^{ème} génération enjoint les établissements sanitaires et sociaux de fermer ou transformer leurs lits de médecine, les orientations du groupe de travail chargé d'élaborer le SROS 3^{ème} génération préconisent la réintroduction de ces lits, là où ils seront nécessaires, remaillant ainsi le tissu sanitaire et favorisant une réponse de proximité.

Les objectifs d'activités et d'équipements par établissement doivent être déclinés dans le projet médical de territoire après négociation du COM de chacune des structures.

L'hôpital local, niveau de proximité favorise la collaboration entre les différents acteurs (professionnels de santé, élus, associations...) en participant à l'émergence de projets médicaux gérontologiques de territoire¹⁷ et en s'inscrivant dans des réseaux de santé existants qui intègrent les potentialités des secteurs public et privé.

A noter, la circulaire reprend le plus souvent explicitement cette palette d'outils dont l'utilisation coordonnée conditionne la réponse aux besoins.

Quant à l'avenir des unités de soins de longue durée, qui se situent à la frontière du champ sanitaire et médico-social, il passe, théoriquement, par la signature d'une convention tripartite (Etat, Conseil général, établissement médico-social), prévue par la loi du 24 janvier 1997 instituant la « prestation spécifique dépendance ». Au 31 avril 2003, seuls 9% des USLD ont signé une convention tripartite contre 18% des autres EHPAD. En effet, de nombreux chefs d'établissements s'interrogent sur le devenir des hôpitaux locaux qui perdraient leur spécificité sanitaire (cas des hôpitaux locaux ne possédant pas de service de médecine et/ou de SSR) en devenant EHPAD lors de la signature de ladite convention.

¹⁵ Ordonnance du 4 septembre 2003

¹⁶ « moyen essentiel pour remédier tant au problème du manque de médecins qu'aux difficultés que peuvent éprouver certaines catégories de personnes pour se déplacer » selon le Conseil économique et social

¹⁷ La Communauté Hospitalière du Marais Breton Vendéen soutien un projet de ce type pour répondre à une carence de capacité globale en matière d'offre de soins sur un territoire de santé

On peut s'étonner que la circulaire ne fasse pas référence à la signature des conventions tripartites. Selon la DHOS¹⁸ « plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation à laquelle il convient d'apporter des réponses :

- la sous-estimation de l'intérêt de cette réforme pour les personnes âgées hébergées,
- la crainte de subir une diminution des crédits d'assurance maladie,
- la crainte des personnels médicaux et paramédicaux de perdre des avantages objectifs si la signature de la convention s'accompagne d'un transfert juridique de l'USLD dans le champ médico-social ».

L'objectif des pouvoirs publics d'asseoir les moyens de l'assurance maladie alloués à l'établissement sur l'état objectif des personnes accueillies ne s'est pas réalisé à ce jour.

La circulaire budgétaire de mi-campagne du 30 août 2004 déléguant les crédits apportés par la journée de solidarité aux établissements pour personnes âgées alloue 115 millions d'euros complémentaires. Cela devrait favoriser la signature de nouvelles conventions permettant ainsi l'amélioration de la médicalisation des structures hébergeant des personnes âgées.

Cependant, la convention tripartite ne vient-elle pas contredire les missions sanitaires de l'hôpital local préconisées par la circulaire du 28 mai 2003 ? Ladite circulaire relative aux missions de l'hôpital local impose un changement de logique et lance une dynamique de progrès. Elle le confirme dans sa double vocation sanitaire et sociale. Ainsi elle :

- reconnaît et promeut le court séjour de médecine
- incite au développement des services de soins de suite et de réadaptation
- conforte les unités de soins de longue durée dans le champ sanitaire
- propose la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète
- préconise le développement des consultations avancées de spécialistes, des réseaux, de l'accueil inopiné,
- place l'hôpital local comme acteur privilégié de la prévention et de l'éducation à la santé.

¹⁸ Instruction DHOS/F2/2003/ relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraites hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe

S'agissant des activités médico-sociales, l'hôpital local constitue une base logistique essentielle pour le développement des services et prestations à domicile ainsi qu'un lieu de leur coordination, selon les situations locales.

2 AU-DELA DE LA CIRCULAIRE : DE LA NECESSITE DE CREER UN DISPOSITIF COMPLEMENTAIRE

Les enquêtes menées ont permis de dresser un état des lieux constatant des situations locales contrastées. Des contraintes réelles soulignent les limites de la circulaire.

2.1 Un texte à la mesure des enjeux ?

2.1.1 Bilan de l'existant

Selon les régions, les alternatives à l'hospitalisation complète -accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, accueil séquentiel- sont diversement développées. Les lits d'hospitalisation à domicile sont, quant à eux, quasiment inexistantes et les consultations avancées rencontrent des difficultés de mise en œuvre (cf infra). Actuellement, la prise en charge des personnes à domicile s'effectue essentiellement dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La circulaire budgétaire du 30 août 2004 devrait consacrer 10,7 millions d'euros à la création de nouvelles places.

Considérant l'accueil inopiné, excepté certaines situations prévues par la circulaire tels l'enclavement géographique, les difficultés d'accès, l'affluence touristique ou saisonnière et/ou une volonté farouche des acteurs de terrain, ce mode de prise en charge n'existe pas.

En outre, la crainte des cadres de santé de voir leur charge de travail augmenter, le désengagement des médecins libéraux dans certaines structures et la difficulté des directeurs à mettre en œuvre un tel dispositif rendent ce type d'initiative encore rare.

Certains établissements possèdent au sein de leur service de médecine des « lits dédiés » de soins palliatifs alors que d'autres bénéficient de l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs. Concernant les établissements qui n'en sont pas dotés, les directeurs, les cadres de santé et les médecins rencontrés constatent unanimement la réalité du besoin.

L'éducation à la santé et la prévention sont des activités peu courantes car si l'hôpital local devient lieu de rencontre entre professionnels, il n'est pas encore « lieu de formation ». Cependant, lors de nos entretiens, nous avons pu constater des initiatives locales :

- la prévention de la douleur fait l'objet de procédures écrites et de l'utilisation d'outils adaptés (grille doloplus 2, échelle d'évaluation de la douleur)
- la prévention et le suivi des escarres sont également formalisés ; de ce fait, la présence d'escarres dans les unités d'hébergement des hôpitaux locaux visités est quasi nulle.
- la prévention de la maltraitance est réalisée par la formation des professionnels en intra et/ou inter-établissements. Ce sujet paraît ne plus être tabou : ainsi, des groupes de parole sont organisés dans les établissements pour en débattre.
- La dénutrition ainsi que la déshydratation sont abordées lors des « commissions de menus » ou « plan alimentaire » avec la participation des agents des services de restauration et, le cas échéant, l'appui des diététiciennes.
- La prévention des chutes, quant à elle, commence à se développer dans le cadre d'une gestion des risques globalisée.

En réalité, les actions préconisées par la circulaire en matière d'éducation à la santé et la prévention en direction de la population du bassin de santé (ateliers d'éducation alimentaire, aide au sevrage des conduites addictives, dépistages...) sont encore trop rarement mises en œuvre par manque de moyens non seulement financiers mais également matériels et humains.

Par ailleurs, le manque de présence médicale à l'hôpital local entraîne des dysfonctionnements dans l'organisation de la permanence des soins. La nomination d'un médecin coordonnateur¹⁹ dans le champ médico-social présente des difficultés de mise en œuvre ; ce qui oblige à revoir l'obligation pour ces praticiens, d'obtenir un diplôme universitaire en gériatrie. Qu'il s'agisse de leur rémunération lors de présence aux instances ou des actes pratiqués, le levier financier institué par le décret du 13 novembre 1992 n'apparaît pas être un outil mobilisateur. Certains médecins libéraux présents à l'hôpital local sont motivés par la possibilité de conserver leur patientèle. D'autres s'impliquent dans le fonctionnement de l'institution sans contrepartie financière immédiate.

Si la mutualisation des compétences, tels les temps médicaux partagés entre établissements (médecin du travail, praticien hospitalier, pharmacien ...) est relativement avancée, les réseaux demeurent trop souvent informels. Les réseaux formalisés font l'objet de conventions entre établissements, partenaires privés/publics et sociaux (CLIC, associations...) et bénéficient pour certains de financements de l'ARH et/ou du Conseil

¹⁹ Cahier des charges placé en annexe du décret 99-317 du 24 avril 1999

Général. Nous citerons l'exemple du réseau gérontologique de Vienne « VISAGE » qui associe tous les partenaires pour assurer la continuité et la globalité de la prise en charge des personnes âgées. Celles-ci se concrétisent par le dossier intranet partagé, la coordination et la complémentarité des compétences professionnelles des différents acteurs. Un projet de ce type nous a également été présenté dans la région des Pays de la Loire.

2.1.2 Les limites de la circulaire

Les limites de la circulaire sont de deux ordres : d'une part, la circulaire offre des possibilités parfois difficiles à mettre en œuvre sur le terrain ; d'autre part, les besoins et les attentes des professionnels ne sont pas tous pris en compte.

A) Des possibilités difficiles à mettre en œuvre

Tout d'abord, les acteurs rencontrés insistent sur un point essentiel : la circulaire fait l'impasse sur le financement des mesures qu'elle préconise. Si un large panel d'activités est effectivement évoqué, celles-ci nécessitent toutefois des moyens supplémentaires. Le ministère de la santé a certes prévu d'attribuer 88 millions d'euros pour le développement de l'hôpital local jusqu'en 2007²⁰, mais les hôpitaux locaux ne savent pas concrètement comment seront financées les actions prévues par le texte. Ainsi, selon l'ANHL, les ARH seraient pour l'instant assez réticentes à l'attribution de crédits supplémentaires pour le développement du court séjour, soulignant la difficulté de réintroduire des lits de médecine lorsqu'ils ont disparu. Cette position diffère de celle de la DHOS, qui y semble plutôt favorable. De manière générale, il existe des incertitudes quant au maintien des moyens nécessaires à la mise en œuvre de la circulaire, d'autant plus que l'hôpital local souffre dans sa conduite de projets d'un manque de clarté sur la nature du financeur : si les ARH ont compétence dans le domaine sanitaire, le Conseil Général gère le volet médico-social et peut créer des enveloppes spéciales pour pallier les difficultés de financement. Ainsi, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine a mis en place un fonds-relais doté de 13 millions d'euros pour couvrir, en lieu et place de l'Etat, certains investissements dans le domaine des personnes âgées.

²⁰ Hôpitaux de proximité - Les associations attendent "des précisions et des mesures concrètes", *Le Monde*, 5 juin 2004

En outre, la circulaire comporte des dispositions difficilement applicables sur le terrain, du fait de la situation particulière des hôpitaux locaux. Ainsi, le texte du 28 mai 2003 prévoit un large développement des consultations avancées, mais les professionnels rencontrés craignent qu'elles ne soient difficiles à organiser. En effet, certaines structures, en raison de leur isolement géographique (cas du Centre Bretagne par exemple) ou d'une image parfois dévalorisée, souffrent d'un manque d'attractivité, et ce dans un contexte de démographie médicale défavorable. C'est pourquoi pour les médecins interrogés, les hôpitaux locaux risquent d'être confrontés au manque de motivation des spécialistes. De plus, il apparaît difficile de mettre en place des consultations avancées en l'absence d'un plateau technique conséquent. Il ressort, enfin, de nos entretiens une certaine crainte des médecins généralistes face à la mise en place de telles consultations, qui pourraient créer une forme de concurrence médicale. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un autre exemple de l'écart entre ce que préconise la circulaire et ce qui est effectivement réalisé sur le terrain. Si les SSIAD sont déjà très développés, le nombre de places d'HAD reste limité.

Par ailleurs, de nombreux points de la circulaire ne nécessitent pas aujourd'hui d'être mis en œuvre, car ils ne correspondent pas aux besoins locaux. Le texte serait parfois « maximaliste », donnant l'impression que les mesures qu'il préconise doivent s'appliquer de façon systématique dans toutes les structures. L'ANHL regrette cet angle d'approche dans la mesure où les hôpitaux locaux restent hétérogènes et que leur offre de soins doit répondre à des besoins diversifiés selon les lieux et les populations desservis. Ainsi, il n'est pas utile de réintroduire à tout prix des lits de court séjour si des besoins réels n'ont pas été identifiés (engorgement et liste d'attente...). D'un autre point de vue, les patients hospitalisés dans des lits de médecine d'un grand hôpital déshumanisé pourraient aussi être pris en charge dans des structures plus petites à proximité du lieu de vie habituel.

B) Des besoins et des attentes non pris en compte

La circulaire n'aborde pas la nécessité d'un allègement des contraintes réglementaires pourtant essentiel dans des petites structures. Elisabeth Guigou, alors Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, avait pourtant plaidé en 2002 pour une simplification du dispositif réglementaire au profit des hôpitaux locaux²¹. Certains

²¹ Allocution d'Elisabeth Guigou, Colloque « Hôpital local : Espace sanitaire et social », 14 janvier 2002

directeurs soulignent le décalage existant entre les exigences de la réglementation et les moyens humains des hôpitaux locaux.

En outre, d'après l'ANHL, le fonctionnement médical des hôpitaux locaux n'apparaît pas entièrement satisfaisant, et nécessite une modification de la réglementation en vigueur qu'une simple circulaire ne peut permettre. Les assises nationales de l'hôpital local qui se tiendront au mois de novembre 2004 devraient débattre de cette question.

Enfin, on peut regretter, un an après l'année européenne des handicapés, et alors qu'il s'agit d'un des grands chantiers du Président de la République, qu'aucune solution adaptée au vieillissement des personnes handicapées ne soit évoquée.

Au regard du bilan qui vient d'être dressé et des relatives insuffisances de la circulaire, un certain nombre de propositions peuvent être formulées et ce dans deux directions complémentaires : d'une part, améliorer le fonctionnement des hôpitaux locaux et, d'autre part, redéfinir leur place dans l'offre de soins.

2.2 L'hôpital local, point d'ancrage d'une offre de soins renouvelée

2.2.1 Outils pour un renouvellement de l'organisation interne de l'hôpital local

A) Propositions relatives à la nature des soins à l'hôpital local

Tout d'abord, une démarche préventive de veille de la personne âgée au domicile par le biais de dépistages (combattre l'isolement, la fragilisation de l'aidant et le recours systématique à l'institutionnalisation) pourrait être envisagée sous forme de bilan social / gérontologique. Si ce rôle est déjà dévolu en principe au CLIC, leurs actions centrées autour des antennes des hôpitaux locaux s'arrêtent encore trop souvent à la porte du domicile.

En second lieu, il conviendrait d'éviter certaines hospitalisations indues en ne transférant pas de façon intempestive des personnes hébergées vers les services de médecine polyvalente des CH lors des phases aiguës.

Ensuite, il est également nécessaire de renforcer l'articulation de tous les professionnels (aide à domicile, IDE libérales, SSIAD, kinés) par la mise en place d'un dossier gériatrique commun.

Enfin, une meilleure distinction des spécificités des missions des SSR mettrait un terme à la confusion avec le long séjour et favoriserait, de ce fait, le retour au domicile. La mutualisation en priorité de moyens en personnel paramédical (ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychomotriciens) et médical (médecin rééducateur) permettrait de remplir cet objectif.

B) Propositions relatives à la mutualisation des moyens

Si la mutualisation des compétences est une réalité pour les professionnels médicaux et soignants, il est nécessaire également de la développer dans la sphère managériale dans la mesure où celle-ci est confrontée à des difficultés de recrutement et de financement similaires. C'est pourquoi il est pertinent d'envisager des directions communes entre hôpitaux locaux ou, à tout le moins, de se partager des compétences administratives dans des domaines clés comme les finances ou les systèmes d'informations, domaines jusqu'alors largement portés par des directeurs parfois en manque d'expertise. Cette collaboration constitue incontestablement un aiguillon pour l'émergence de projets communs.

Dans la même optique, des projets logistiques (fonctions linge et restauration) mais aussi médicaux ou pharmaceutiques communs (pharmacie à usage intérieur partagée) pourraient voir le jour à travers des structures de coopération renouvelées. On peut penser, par exemple, au Groupement de Coopération Sanitaire tel qu'il est proposé par l'ordonnance du 4 septembre 2003.

C) Propositions relatives à la gestion du personnel en hôpital local

Pour compenser l'évolution négative de la démographie médicale et le relatif désengagement des médecins libéraux à l'HL, il conviendrait de développer la présence médicale hospitalière à l'HL selon trois modalités principales. Premièrement, même si cela ne fait pas partie des orientations retenues actuellement par la DHOS, il serait pertinent d'autoriser les PH à exercer en service de médecine ; ce qui, pour l'instant, est prohibé, l'exercice des PH se limitant aux services de SSR et de soins de longue durée conformément au décret du 13 novembre 1992. Deuxièmement, on peut envisager le recrutement de PH par la création d'un GCS destiné à gérer une équipe commune et donc de fédérer les énergies autour du patient. Troisièmement, un recours plus systématique au statut d'attaché hospitalier –éventuellement partagé entre médecins– pourrait être envisagé. En effet, ce statut mixte constitue un levier intéressant tant pour

l'HL –il permet d'améliorer la continuité des soins et de promouvoir un fonctionnement médical mixte regroupant des médecins libéraux payés à l'acte et des médecins salariés- que pour le praticien qui bénéficie d'une amélioration substantielle de ses droits à la retraite ainsi que d'un temps de formation.

Cependant, au-delà du temps de formation supplémentaire nécessaire, c'est davantage le partage de la formation entre PH et libéraux qui est souhaitable. Ainsi, pourquoi ne pas faire profiter les libéraux du temps de formation des PH pour permettre l'émergence d'une culture et de pratiques communes ?

Parallèlement, pour donner de nouvelles perspectives de carrière aux soignants et afin d'anticiper sur un besoin futur d'infirmiers spécialement formés (personnes-ressource en soins palliatifs, hygiène, douleur...), il serait intéressant de poursuivre l'effort en matière de promotion professionnelle -ce qui par ailleurs constituerait un facteur de motivation pour le personnel- : passage de la fonction ASH à la fonction AS, passage de la fonction AS à la fonction IDE, passage de la fonction IDE à la fonction CS...

Par ailleurs, l'intégration des contraintes hospitalières par les médecins libéraux (traçabilité, mise en place de plages horaires pour les visites compatibles avec la l'organisation soignante) contribuerait à l'amélioration des relations de travail à l'HL qui, parfois, s'avèrent problématiques, et ce au détriment d'une prise en charge coordonnée du patient. A l'hôpital local comme dans les CH, le passage d'une culture orale à une culture écrite, pourtant nécessaire pour satisfaire aux exigences hospitalières, requiert un changement des mentalités.

Si l'intervention des médecins libéraux à l'HL doit s'accompagner d'une juste rémunération, elle suppose également de leur part un respect des normes. A l'image de ce qui se fait à l'hôpital de Saint-Gilles Croix de Vie, les médecins autorisés devraient se voir remettre un dossier documentaire contenant les textes réglementaires fixant le cadre de leurs interventions, la liste des actes et de leur cotation que les médecins sont susceptibles de pratiquer ainsi que le règlement médical intérieur lorsqu'il existe.

D) Propositions relatives à l'adaptation de la réglementation aux contraintes des hôpitaux locaux

Comme nous l'avons déjà souligné précédemment, la circulaire du 28 mai 2003 n'aborde pas la question de l'allègement des contraintes réglementaires pourtant essentielle dans de petites structures. Si les instances obligatoires s'avèrent être des lieux adaptés pour échanger entre professionnels de santé, c'est davantage le poids des

normes et des procédures qui fait problème. Ainsi, le décret relatif aux astreintes techniques²² qui impose un quota d'heures de récupération à hauteur d'un quart de la durée totale de l'astreinte à domicile apparaît en décalage total avec les moyens matériels et humains des hôpitaux locaux. Il en va de même pour la formalisation des documents « stratégiques » de l'établissement : l'élaboration du COM, la préparation à la visite d'accréditation, le PMSI ou les vigilances apparaissent particulièrement lourds et chronophages (manque de moyens matériels et humains).

2.2.2 Vers une redéfinition de la place de l'hôpital local, condition d'une meilleure gradation de l'offre de soins

Au-delà de la reconnaissance accrue du rôle des hôpitaux locaux, la circulaire du 28 mai 2003 représente un point de départ intéressant d'une reconfiguration de l'offre de soins envisagée non plus du point de vue des grands centres mais à partir des hôpitaux de proximité. Cet objectif sera d'ailleurs évalué sous la forme de retour d'expérience lors de forums régionaux organisés par l'ARH. Ces travaux ont, en outre, pour objet d'alimenter le débat relatif au SROS de 3^e génération.

A l'évidence, l'élaboration des SROS3 constitue un moment privilégié pour redonner de la substance au principe d'égalité devant le service public hospitalier. En effet, un des enjeux de la planification sanitaire devrait être, au minimum, de limiter les déséquilibres en matière d'accès aux soins.

Or, jusqu'à présent, la concentration de l'offre n'a pas eu l'effet escompté tant en termes de sécurité que de coûts financiers. En effet, le discours sécuritaire a souvent servi de paravent pour occulter des choix économiques et la notion de seuil d'activité n'est sans doute valable que pour les actes de haute technicité qui ne sont de toute façon pas pratiqués dans les hôpitaux locaux. Quant aux économies d'échelle attendues, elles ne se sont guère manifestées, la taille critique des établissements ayant souvent été dépassée. Pire, placés au cœur du dispositif les CH se sont coupés de leur rôle de proximité en faisant le choix d'une spécialisation croissante alors même que la réhabilitation de la médecine polyvalente est une nécessité bien plus immédiate.

²²Décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

L'hôpital local ne peut être pensé *in abstracto*²³. Son rôle doit être apprécié au regard des besoins de la population mais également de l'organisation sanitaire existante. C'est la raison pour laquelle il convient d'opérer une véritable territorialisation des besoins de santé, capable de s'affranchir des cloisonnements administratifs traditionnels. Ainsi, la place de l'hôpital local ne doit pas être définie uniquement en fonction des secteurs sanitaires mais en fonction d'une logique de proximité. A titre d'exemple, le temps d'accès aux différents niveaux de soins constitue indéniablement un critère pertinent de détermination de l'offre de soins. Sur la base d'un temps de trajet de 20 minutes entre le domicile et l'hôpital local, un hôpital local de Bretagne a conclu une convention de coopération sur le SSR et la MPR non pas avec un établissement du secteur sanitaire dont il relève obligatoirement pour sa convention de mais avec le CH de référence d'un autre secteur sanitaire. Cette logique d'accessibilité commence à être reprise par certains SROS bien que la majorité d'entre eux se fondent sur une approche exclusivement démographique. De même, dans le cadre de la définition des secteurs gérontologiques, cet hôpital local travaille en étroite collaboration avec des maisons de retraite du département de la Manche, au-delà donc des limites administratives de la Bretagne.

La place nouvelle accordée à l'HL dans le cadre du principe de subsidiarité nécessite également une certaine plasticité des territoires dont la configuration doit être à géométrie variable. A chaque niveau de territoire doit correspondre un niveau de services, ceci aboutissant à une gradation du système de soins, à l'image de ce qui a déjà été entrepris en matière de politique périnatale (gradation des niveaux de maternité en fonction du degré de spécialisation des services de pédiatrie disponibles). Pour l'hôpital local, reste à déterminer le contenu de ce panier de soins de première intention. L'HL, aujourd'hui trop souvent cantonné à une simple mission de dégagement, a vocation à devenir une porte d'accès au système de soins, au moins pour la prise en charge de la personne âgée.

Si tout le monde s'accorde effectivement à dire que la filière gériatrique constitue le cœur de métier de l'hôpital local, il n'en demeure pas moins qu'un certain flou demeure sur la nécessité et / ou la capacité de l'HL à assurer d'autres activités. En effet, il est permis de douter de l'intérêt d'une diversification des missions de l'hôpital local compte tenu de l'évolution des besoins de santé. Ainsi, les incertitudes persistent quant à la gestion par l'hôpital local de la permanence des soins et/ou de la prise en charge des petites urgences -toutefois elle est vraisemblablement obligatoire dans les zones plus

²³ Conseil économique et social (CES), *Aménagement du territoire et établissements de santé*, 3 juin 2004.

isolées-, des troubles psychiatriques ou encore l'accueil des populations fragilisées -à l'image de la prise en charge de la précarité promue par l'ARH des Pays de la Loire dans le cadre des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).En outre, les CLIC, quelque soit leur niveau, doivent pleinement jouer leur rôle d'orientation (cf. supra).

Par ailleurs, l'impact de la T2A sur les hôpitaux locaux est, pour le moment assez incertain. Si son application à l'hôpital local prévue (mais peu probable) pour l'année 2005 est sans doute préjudiciable -le *turnover* des patients sur le court séjour y est moindre du fait de l'âge moyen de la « clientèle »-, son application dans les CH(U) impacte déjà l'hôpital local. Ce dernier voit sa place rehaussée puisqu'il devient un partenaire privilégié pour les CH(U) en assurant en aval l'accueil des personnes âgées ou des patients présentant des pathologies jugées « non rentables »...

L'hôpital local se définit par sa fonction de proximité ; il ne doit donc pas être réduit à son appellation juridique. Si, historiquement, l'hôpital local est situé en zone rurale, les CH, les CHU mais également les structures privées sont susceptibles de constituer des hôpitaux de proximité. En effet, il serait illusoire de voir en l'hôpital local la solution miracle en terme de prise en charge de proximité du fait de l'inégale répartition géographique et du peu de moyens alloués aujourd'hui aux hôpitaux locaux.

CONCLUSION

Pour faire face à un milieu hospitalier en constante évolution, tant au niveau des pratiques que des métiers, l'hôpital local doit faire preuve d'adaptabilité et être le lieu de la transversalité, de la coopération entre acteurs de secteurs différents.

A l'instar de la région Rhône-Alpes, dans une logique d'aménagement du territoire, la nouvelle organisation des soins graduée et coordonnée consacre l'hôpital local comme niveau de premier recours aux soins correspondant au « niveau de proximité ». L'hôpital local, pivot de l'organisation des soins en zone rurale deviendra-t-il la voie de « dégagement » des centres hospitaliers assujettis à la réforme de la tarification à l'activité pour les patients dépassant la durée moyenne de séjour en médecine ?

A la fois lieu de soins, lieu de vie et lieu de formation pour participer à l'éducation en santé de la population et à la prévention, l'hôpital local s'ouvre aujourd'hui sur la ville pour, demain, devenir le pilote d'une véritable coordination gérontologique.

Il convient donc de voir dans la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local une occasion d'orienter la réflexion sur l'organisation régionale des soins et une aide susceptible de guider les professionnels dans l'élaboration de leurs projets au quotidien.

Bibliographie

OUVRAGES

- GUERIN Monique, *Le généraliste et son patient*, Editions Domino. 1995
- MAILLARD C., *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Paris, Dunod, 1986
- PIERRE Louis. Guide de *la réforme des établissements pour personnes âgées*. SELIASLAN. Paris. 2003. Penser l'action sanitaire et sociale.

RAPPORTS

- Professeur BERLAND Yvon. Démographie des professions de santé. Rapport de la mission sur la démographie des professions de santé. Avril 2003
- Sénateur DESCOURS Charles. Groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 22 janvier 2003
- Sénateur DESCOURS Charles. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Remis à Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 11 juin 2003
- Conseil économique et social n° 2004-14 du 3 juin 2004, Rapport, présenté par M. Michel Picard
- Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques. *Statistiques annuelles des établissements*. 2003. Ministère de l'emploi et de la Solidarité (en ligne) année 2003. Disponible sur Internet : <http://www.santé.gouv.fr>
- Haut Comité de Santé Publique. Avis sur les orientations stratégiques. Rapport triennal "La santé en France en 2002"
- Observatoire régional de la santé de Bretagne. *Les hôpitaux locaux en France en 2000*. Rapport. Octobre 2002. Disponible sur Internet : <http://www.orsb.asso.fr>
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2004

- URML du Languedoc Roussillon. Enquête "Quel type d'activités pour les jeunes médecins du futur". 2000

CONGRES

- Hôpital local, espace sanitaire et social. Allocution de Madame Elisabeth GUIGOU, ministre de l'emploi et de la solidarité le 14 janvier 2002
- La place et les missions de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins. Séminaire regroupant des membres de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux, tenu le 28 février, 1er et 2 mars 2003. Paris. Hôpital local de Houdan. 2003
- Permanence des soins et hôpital local. 11ème Assises Nationales de l'Hôpital Local. 30, 31 mai et 1er juin 2003. Le Croisic. Message de Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées
- Pratique médicale dans les hôpitaux locaux de Basse Normandie. URML. 19 juin 2003

ARTICLES

- BRAQUE G. *L'hôpital local : quelques vérités*. Gestions hospitalières, décembre 1999
- LABBE G. *Charte pour l'organisation et la qualité de la médecine générale à l'hôpital local, signée en juin 1996*. Bulletin de l'Association Nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local, septembre 1996
- LE BORGNE Catherine. *L'exercice libéral hors du cabinet*. Le Concours Médical, n°28, octobre 2003.
- LOMBRIL P. ; De la SEIGLIERE A. *La place du service de médecine de l'hôpital local dans l'offre de soins*. Journal d'Economie Médical, Juin 1999, VOL.17 n°4
- LABBE G; VEDRINE B. *Faut-il cloner l'hôpital local*. Bulletin de l'Association Nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local , juin 2001
- GUELAUD Claire, *Assurance maladie : autopsie d'une faillite*, Le monde daté du 19 septembre 2003

- SERVAT G. *L'hôpital de proximité dans le maillage sanitaire du territoire français*. Gestions hospitalières n° 344, mars 1995
- AGEORGES P. *Vive l'hôpital local*. Revue Prescrire n° 45, 1985
- AGEORGES P. *L'hôpital du praticien*. Revue Prescrire n° 71, 1988
- RIONDET J. *L'hôpital acteur de son environnement*. Gestions hospitalières n° 344, mars 1995
- « *Hôpitaux de proximité : Les associations attendent des précisions et des mesures concrètes* », *Le Monde*, 1^{er} juin 2004

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- **Loi** n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- **Décret** n°92-1210 du 13 novembre 1992 modifié, relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux.
- **Décret** n° 99-316 et arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle
- **Décret** n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.
- **Décret** n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- **Arrêté** du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- **Arrêté** du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

- **Arrêté** du 25 novembre 2002 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.
- **Circulaire** n° 14 du 26 mars 1993 relative à l'application du décret n°92.1210 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.
- **Circulaire** du 21 juin 1993 complétant la circulaire n° 14 du 26 mars 1993, relative à l'application du décret n°92.1210 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.
- **Circulaire** DHOS/DGAS/03/AVIE n° 2003/257 datée du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local.
- **Circulaire** n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- **Instruction** DHOS/F2/2003/ relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraites hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe.

Liste des annexes

annexe n°1 : la circulaire du 28 mai 2003.....	II
annexe n°2 : guide d'entretien.....	XXIV
annexe n°3: la répartition des hôpitaux locaux.....	XXVII
annexe n°4 : carte des zones déficitaires en médecins généralistes	XXVIII
annexe n°5 : liste des entretiens.....	XXIX

ANNEXE N°1 : LA CIRCULAIRE DU 28 MAI 2003

Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Résumé : L'objet de cette circulaire est de fixer les orientations concernant la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins. Les missions et les activités de l'hôpital local sont abordées et mises en perspective (I). Ainsi, l'hôpital local doit constituer un premier niveau de prise en charge sanitaire.

La réalisation de cet objectif, au bénéfice du patient, repose sur le développement des complémentarités (II), le soutien d'une formation adaptée des professionnels de l'hôpital local (III), et une nouvelle organisation de la fonction médicale (IV). Cette réflexion et sa mise en œuvre s'inscrivent dans le cadre de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Mots-clefs : médecin généraliste, service de court séjour de médecine, service de soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, alternatives à l'hospitalisation, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), réseaux, accueil inopiné, activités médico-sociales, complémentarités, convention, formation, indemnité pour perte de revenu, médecin coordonnateur, prévention, éducation sanitaire – projet de vie.

Textes de référence :

Articles L. 6141-1 et L. 6141-2 du code de la santé publique.

Articles R.711-6-4 à R.711-6-21 du code de la santé publique relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux (décret n°92-1210 du 13 novembre 1992).

Décret n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique.

La réalité de l'hôpital local est très diverse et contrastée, et sa place dans les SROS de 2^{ème} génération très variable :

- certaines régions ont privilégié une organisation des soins graduée à partir des hôpitaux locaux (ou des hôpitaux dispensant des soins de proximité) dans la prise en charge des

personnes âgées, ou en matière de soins de suite : l'hôpital local constitue ainsi le premier niveau de prise en charge dans le cadre d'une filière de soins. Un véritable maillage du territoire s'est mis en place en préservant les missions à la fois sanitaires et médico-sociales de ces établissements.

- d'autres régions ont mis l'accent sur les activités d'hébergement et les activités médico-sociales de l'hôpital local.

La présente circulaire a pour objet de guider la réflexion sur le rôle et les missions de l'hôpital local, et par conséquent sa place, dans l'organisation des soins à l'occasion de la révision des SROS. Il n'est pas nécessaire d'en faire un volet spécifique.

I – Missions et activités de l'HL.

L'hôpital local est un établissement public de santé à part entière, en application de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. Pour autant, parallèlement à sa vocation sanitaire, cet établissement développe des activités médico-sociales.

L'hôpital local constitue un premier niveau de prise en charge. A ce titre,

- il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSIAD, HAD...),
- il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.

Cette double vocation lui confère ainsi une première spécificité. Une seconde spécificité est son fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

Au-delà de ses missions réglementaires, une diversité de situations peut être constatée et témoigne de la capacité de l'hôpital local à s'adapter à son environnement.

A – Missions :

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. »

Sur la base de cette définition, une réflexion approfondie sur les missions et les activités de l'hôpital local doit être envisagée. Cette démarche (état des lieux, analyse de l'environnement interne et externe) constitue un préalable indispensable à la définition de la place de l'hôpital local dans l'offre régionale des soins.

Elle favorise également l'engagement de l'hôpital local dans une démarche prospective à travers l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement. Les travaux conduits par la MSA à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation Languedoc-Roussillon (également en annexe) peuvent constituer une aide méthodologique à l'élaboration des projets d'établissements (et médicaux) des hôpitaux locaux.

C'est pourquoi dans la mesure où les besoins correspondants auront été analysés et identifiés, il convient de veiller à ce que l'hôpital local puisse disposer d'une offre de soins complète en première intention (moyens d'hospitalisation en médecine, soins de suite, soins de longue durée¹ et consultations et soins externes programmées ou non). Cette offre de soins permet à cet établissement d'assurer un premier niveau de prise en charge d'une population vivant à proximité, et favorise le maintien ou le retour à domicile des patients. Elle s'intègre dans une filière graduée, notamment en matière de prise en charge des personnes âgées.

B – Activités.

La prise en charge des personnes âgées est une activité importante de l'hôpital local, à partir de laquelle, cet établissement a su développer différents métiers et compétences, ainsi qu'une palette très large de services contribuant au soutien à domicile de la

¹ cf paragraphe sur les soins de longue durée

population (notamment SSIAD, service d'aide à domicile, portage des repas, téléalarme...).

Pour autant, il ne s'agit pas d'une activité exclusive, puisqu'en fonction de la situation locale, ou loco-régionale, bon nombre d'hôpitaux locaux ont mis en place des consultations d'alcoologie, ou de surveillance de la grossesse et de préparation à la naissance, et des prises en charge des populations en situation de précarité notamment (par exemple, l'ARH Pays de la Loire a lancé dès 2000, un appel à projets auprès des hôpitaux locaux, afin qu'ils mettent en place une permanence d'accès aux soins de santé entre plusieurs hôpitaux locaux, regroupés autour d'un centre hospitalier).

a) L'hospitalisation complète à l'hôpital local.

- *Reconnaître et promouvoir le court séjour de médecine.*

L'existence d'un service de médecine de proximité à l'hôpital local favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Le médecin généraliste notamment, recourt à ce service lorsque l'état du patient requiert des soins primaires relevant d'une prise en charge hospitalière. Il peut également s'agir d'une prise en charge qui fait suite au transfert d'un patient provenant d'un autre établissement, et dont l'état n'est pas stabilisé.

L'hôpital local est le lieu où s'exerce une médecine polyvalente, d'orientation et de premier recours, qui permet notamment de :

- assurer la surveillance et la mise en route de traitements
- prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques
- assurer des prises en charge spécifiques dans le cadre de participation à des réseaux de santé
- dispenser des soins de proximité aux personnes âgées
- réaliser des bilans, notamment gériatriques, et des diagnostics
- dispenser des soins palliatifs et de fin de vie
- prendre en charge la douleur.

Le service de court séjour de médecine peut accueillir à la fois, lorsque leur état le nécessite, les personnes vivant à domicile et les personnes admises en hébergement notamment à l'hôpital local. Ces derniers cas devraient être moins fréquents, dans la mesure où le passage de convention tripartite doit permettre de prévenir et limiter les réhospitalisations des patients accueillis en hébergement.

Certains hôpitaux locaux ne comportent actuellement plus de service de médecine de courte durée, et ont une activité essentiellement tournée vers les soins de longue durée et le secteur médico-social. Or de plus en plus de patients âgés requièrent des soins médicaux, liés à des démences ou des troubles du comportement, aux AVC, pathologies cardiaques, polyopathologies. Les soins médico-techniques, les prises en charge psychiatriques et les soins palliatifs les concernant, sont aussi en progression.

Ainsi, dans le cadre de la mise en place des prochains SROS et en lien avec la suppression de la carte sanitaire, la création ou la réintroduction de lits de médecine polyvalente doit être envisagée dans ces établissements, au vu d'une analyse de besoins de la population et d'un diagnostic -ou état des lieux- de l'hôpital et de son environnement. Ce diagnostic se fonde sur :

- 1) une analyse des besoins des patients accueillis dans les différents services et en consultation à l'hôpital local, au regard des critères cumulés que sont les soins médicaux techniques, une prise en charge en soins infirmiers d'une certaine technicité et intensité, et le type de traitement.
- 2) une analyse de l'environnement médical et social, et des demandes des différents acteurs (professionnels libéraux, établissements de santé, EHPAD, CCAS, usagers...), destinée à mesurer leur implication dans ce projet.

L'introduction de lits de médecine nécessite de conclure une convention avec un ou plusieurs établissement(s) de santé conformément à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique. Cette obligation doit désormais permettre de développer des échanges de « prestations » et d'expertises entre l'établissement de santé-pivot et l'hôpital local (cf chapitre II relatif à l'hôpital local et aux complémentarités).

- *Développer l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation :*

L'objectif du service de soins de suite et de réadaptation à l'hôpital local est le retour et le maintien à domicile du patient : il permet ainsi de consolider et réorienter une prise en charge après une situation aiguë. En matière de soins de réadaptation particulièrement, la proximité immédiate du domicile du patient est capitale pour favoriser sa réinsertion. Dans ce domaine, elle est souvent le lieu où se développent des liens étroits et coordonnés entre les acteurs de terrain.

Ainsi, les soins de suite et de réadaptation permettent notamment de :

- poursuivre une hospitalisation lorsque l'état du patient n'est pas stabilisé pour son retour à domicile
- réaliser une réadaptation fonctionnelle, en particulier pour les patients ayant un problème neurologique ou traumatologique
- adapter une thérapeutique spécifique
- prendre en charge les personnes atteintes d'état végétatif chronique ou pauci-relationnel dans le cadre d'une unité conforme au cahier des charges figurant en annexe de la circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5/DGAS/2002/288 du 3 mai 2002
- développer des soins de suite et de réadaptation gériatriques, dans les conditions du cahier des charges annexé à la circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Les conditions d'une prise en charge de qualité et de proximité, en soins de suite ou de réadaptation, sont des liens resserrés avec les médecins généralistes, les professionnels de santé libéraux, et le court séjour ; et un service social suffisant. L'hôpital local est un lieu indiqué pour développer ces prises en charge. A cette fin, ces établissements doivent :

- disposer de lits de SSR, ouverts par exemple dans le cadre d'un volet du SROS consacré aux soins de suite, pour permettre une prise en charge complète et graduée. L'introduction de lits de soins de suite et de réadaptation ne doit pas se faire au détriment des lits de médecine.
 - être pourvus d'un plateau de réadaptation fonctionnelle adapté aux besoins de la population
 - être dotés de compétences en médecine physique (temps partiel, partagé...), d'un nombre suffisant de masseurs kinésithérapeutes
 - bénéficier de temps mutualisé d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.
- *les soins de longue durée à l'hôpital local.*

Dans le cadre de la réforme de la tarification, les hôpitaux locaux dotés d'unités de soins de longue durée ont vocation à signer une convention tripartite avant le 31 décembre 2005, au même titre que les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La signature de la convention ne modifie pas la nature juridique des unités de soins de longue durée qui demeurent des missions d'un établissement de santé mais dont la redéfinition est à l'étude.

Par conséquent, la création des EHPAD ne doit pas avoir pour conséquence la transformation systématique des hôpitaux locaux ne disposant plus actuellement de lits de médecine, en établissement médico-social. En effet, compte tenu de leur faculté d'adaptation, de l'analyse des besoins de proximité et la redéfinition de leurs missions, les hôpitaux locaux peuvent rapidement évoluer vers des structures disposant de lits de

médecine de proximité : dans ce cadre, leur statut d'établissement de santé doit être préservé.

b) Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Dès lors que la suppression de toute référence à la carte sanitaire et l'obligation de convertir des moyens d'hospitalisation traditionnelle pour créer des places d'alternatives à l'hospitalisation, telles qu'annoncées dans le plan ministériel « Hôpital 2007 », seront légalisées, l'hôpital local doit pouvoir offrir une diversité de modes de prises en charge adaptés aux besoins des patients qu'il accueille et de la population. Ces alternatives doivent désormais trouver un écho particulier au sein des hôpitaux locaux, parmi lesquelles sont à privilégier :

- Le développement des structures à temps partiel de jour ou de semaine,
- Le développement des structures d'hospitalisation à domicile (HAD). Conformément à la circulaire du 30 mai 2000 consacrée à l'hospitalisation à domicile, la prescription de l'HAD peut se faire par le médecin traitant lors d'une consultation ou d'une visite ou par un médecin hospitalier.

Cette diversité de modes de prise en charge, allant du SSIAD, à l'HAD, à l'hospitalisation de jour puis l'hospitalisation complète, coordonnée par l'hôpital local, favorise le continuum de la prise en charge des patients et leur retour à domicile.

c) Développer les consultations avancées de spécialistes à l'hôpital local.

L'objectif est multiple : instaurer une démarche où l'offre vient au patient, constituer une équipe pluridisciplinaire, renforcer le temps médical, et éviter le recours injustifié à des structures spécialisées.

Le développement des consultations avancées de spécialistes doit tenir compte des besoins de la population accueillie, de l'offre publique et libérale existante, de l'éloignement entre l'hôpital local et les établissements de santé. La convention avec les établissements de santé de référence ou voisins (article R.711-6-6 du code de la santé publique) et le recours à l'offre libérale en sont les supports. Le suivi du patient demeure assuré par le médecin généraliste ou le praticien référent.

Ces consultations peuvent être ouvertes à des patients non hospitalisés au sein de l'établissement.

L'activité des hôpitaux locaux s'adressant essentiellement aux personnes âgées et très âgées, les besoins les plus fréquents sont les suivants : gériatrie, cardiologie, neurologie, bucco-dentaire, pneumologie, rhumatologie, dermatologie, gastrologie, et ophtalmologie.....

Par ailleurs, l'appui des équipes de secteur psychiatrique et/ou des psychiatres libéraux doit être généralisé et permettre à l'équipe médicale et soignante de l'hôpital local de disposer d'un référent, intervenant régulièrement au sein de l'établissement.

Enfin, des consultations avancées de gynécologie-obstétrique, permettant la surveillance de la grossesse et la préparation à l'accouchement peuvent également trouver leur place à l'hôpital local.

Le recours au médecin spécialiste, pour les patients hospitalisés à l'hôpital local, est sollicité par le médecin généraliste autorisé et/ou les praticiens exerçant à l'hôpital local

La création de consultations avancées fait l'objet d'une délibération de la commission médicale d'établissement qui identifie les besoins et en fixe les modalités, après avis du médecin-coordonnateur des soins.

Ces modalités sont formalisées dans la convention conclue avec le (ou les) établissement(s) de santé conformément à l'art. R.711-6-6 du CSP lorsqu'il s'agit des praticiens définis aux 1°) et 2°) de l'article L. 6152-1 du CSP, et/ou, le cas échéant pour les praticiens hospitaliers à temps plein, dans le cadre de leur activité d'intérêt général.

Un engagement est formalisé entre le directeur, après avis du président de la CME, et chacun des médecins spécialistes libéraux pour préciser leurs modalités d'intervention.

Les interventions de professionnels para-médicaux libéraux (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, podologues) doivent parallèlement être facilitées au sein des hôpitaux locaux.

Ainsi, la mise en place de consultations avancées de spécialistes et l'emploi de personnels spécialisés permettent à l'hôpital local de se constituer en plate-forme sanitaire de premier recours.

Recommandation n° 1 : l'intervention des médecins libéraux spécialistes se fait dans le respect des tarifs conventionnels, financée par la dotation globale de l'établissement pour les patients hospitalisés et par l'assurance-maladie pour les autres patients.

Recommandation n° 2 : la création de postes de praticiens hospitaliers partagés entre plusieurs hôpitaux locaux, particulièrement en médecine physique et de réadaptation, doit être encouragée en complémentarité avec les médecins généralistes de l'hôpital local.

Recommandation n° 3 : l'hôpital local peut bénéficier des évolutions du statut d'attachés hospitaliers, qui constituent un élément d'attractivité des médecins spécialistes.

Recommandation n° 4 : l'implication des équipes de secteurs psychiatriques et des psychiatres libéraux dans la prise en charge des patients accueillis à l'hôpital local, est souhaitable.

Recommandation n° 5 : Les orthophonistes, ergothérapeutes, diététiciens et psychologues salariés des hôpitaux locaux doivent, compte tenu de leur faible nombre, prioritairement voir leur temps mutualisé et partagé entre plusieurs établissements sanitaires et/ou médico-sociaux, par voie de convention (avec isolement et répartition des charges pour chaque établissement concerné).

d) Les réseaux et l'hôpital local.

Parce qu'il met en contact les intervenants médicaux, para-médicaux et sociaux, l'hôpital local constitue un espace de coordination qui favorise son engagement et sa participation à une dynamique de réseaux. Il est d'ores et déjà un maillon important des réseaux de coordination gérontologique. L'hôpital local doit également s'inscrire, voire être le support de réseaux spécifiques (alcoologie, diabète, soins palliatifs, toxicomanie..) et plus encore, être intégré dans le réseau de télémédecine.

e) l'accueil inopiné à l'hôpital local.

La prise en charge de l'urgence ne ressortit pas de l'hôpital local. Lorsqu'il est confronté à ce type de situation, le recours à la régulation médicale du centre 15 doit être systématiquement organisé. Un protocole d'organisation interne face aux situations d'urgence de personnes qui se présenteraient de manière inopinée, est à élaborer dans chaque établissement, en lien avec le centre 15.

Pour autant, cette réalité doit être abordée dans le cadre de la planification régionale par l'agence régionale de l'hospitalisation. Dans ce cadre, et dans certaines conditions, par exemple d'isolement géographique, de difficultés d'accès, d'affluence touristique ou saisonnière notamment, les hôpitaux locaux peuvent, dans l'intérêt des patients, mettre en place une organisation de proximité pour dispenser des soins médicaux non programmés. Dans le respect des compétences de chaque intervenant notamment soignant, cette organisation locale permet :

- de dispenser des soins comparables à ceux dispensés en cabinet médical ;
- la préparation du patient, dans l'attente d'une intervention du SMUR et du transport du patient vers une structures de soins adaptée, et sous réserve de convention avec les centres 15 et les établissements de référence.

Un équipement au moins équivalent à celui d'un cabinet médical doit être mis à la disposition des médecins libéraux concernés. La formation d'un ou plusieurs médecins à l'urgence (fréquentation régulière d'un service d'accueil des urgences par exemple) doit être soutenue.

Dans ce cas précis d'accueil inopiné, le directeur prononce l'admission administrative du patient sur certificat médical établi par le médecin traitant ou le médecin libéral dans le cadre de sa permanence des soins.

f) la permanence des soins

Les médecins généralistes autorisés assurent la permanence et la continuité des soins au sein de l'hôpital local, coordonnée et organisée par le médecin responsable désigné par le DARH en application de l'article R.711-6-18. L'organisation de cette permanence doit faire l'objet d'une mention spécifique dans les contrats d'objectifs et de moyens, s'inscrire dans le projet d'établissement et trouver sa traduction dans un engagement individuel écrit, entre le directeur et chaque médecin autorisé. Les praticiens mentionnés aux 1°) et 2°) de l'article L.6152-1 du code de la santé publique, qui exercent à l'hôpital local assurent également cette permanence au sein de cet établissement conformément aux décrets statutaires respectifs les régissant.

Le directeur de l'hôpital local peut autoriser un médecin généraliste libéral, dans le cadre de sa permanence des soins de ville, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement, lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer en hôpital

local. Il en informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le président du conseil départemental de l'ordre des médecins dans les 24 heures suivant l'intervention.

Enfin, l'hôpital local peut apporter son concours à la permanence des soins en facilitant la mise en place des organisations telles que les maisons médicales, et/ou des maisons de garde. Ces organisations répondent au souhait des médecins généralistes libéraux autorisés à exercer en hôpital local ou non, de disposer d'un « *point d'ancrage* » de proximité. Au-delà, elles permettent de développer une offre de soins pluridisciplinaire (composée le plus souvent du médecin et d'une infirmière), et témoignent de l'ouverture de l'hôpital local vers les médecins généralistes qu'ils soient autorisés ou non.

g) la prévention et éducation à la santé.

La prévention et l'éducation sanitaires sont des activités que l'hôpital local peut développer en raison de son caractère reconnu de fournisseur de soins de proximité, et son rôle d'animateur local de santé.

Les domaines de prévention ou d'éducation de la santé peuvent tenir compte des besoins locaux de santé mis en évidence par les études des observatoires régionaux de santé notamment.

Ainsi, les actions suivantes peuvent trouver leur place au sein de l'hôpital local :

- Les ateliers d'éducation alimentaire permettent de réduire certains facteurs de risque de santé pour la population locale en s'appuyant sur le rapport du Haut Comité de Santé Publique de juillet 2001 (la logistique de l'hôpital local permet de mettre en place des ateliers cuisines ...).
- L'aide au sevrage tabagique : mise en place de consultations de tabacologie, associées à des séances collectives de sensibilisation et de motivation – prise en charge des substituts nicotiques pour les populations démunies.
- Les consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage, en lien avec les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les réseaux d'alcoologie et les associations de malades.
- La mise en place de cellule d'écoute pour les suicides et les conduites addictives sur les zones à risque.
- La mise en place des examens de santé gratuits pour les précaires, en lien avec les services des caisses d'assurance maladie (expérimentation MSA) (plan précarité).

- Les campagnes de dépistage de masse des cancers peuvent s'appuyer sur les structures locales existantes pour améliorer les taux de participation.

D'une façon plus générale, la politique de soins du projet d'établissement est à inscrire dans les programmes régionaux de santé.

Dans le domaine gérontologique, l'hôpital local peut soutenir les actions suivantes :

- prévention des risques de la dépendance
- atelier mémoire (programme PAC EUREKA de la MSA)
- prévention de la maltraitance
- prévention des chutes
- éducation sanitaire sur les risques iatrogènes et l'observance thérapeutique
- soutien et éducation des aidants des malades d'Alzheimer et maladies apparentées
- campagne de vaccination anti-grippale

Les services et les locaux de l'hôpital peuvent être proposés aux associations d'usagers pour l'ensemble des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Enfin, d'autres actions et activités peuvent être développées au sein de l'hôpital local (Planning familial, PMI, Médecine du travail....).

h) les activités médico-sociales.

Elles concernent tant l'hébergement de personnes âgées et la qualité de vie qui y est prodiguée que les actions contribuant à un soutien à domicile de qualité : SSIAD, accueil de jour ou de nuit, hébergement temporaire, portage de repas, de médicaments,...

* hébergement et qualité de vie

Un des enjeux majeurs de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est d'instituer, au sein de ces structures, une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La qualité n'est certes pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels du secteur médico-social, mais la réforme a introduit un élément nouveau, la formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, dans le

cadre des conventions établies entre chaque établissement, l'autorité compétente pour l'Assurance maladie et le Conseil général du département.

La signature de la convention tripartite est la première étape d'un processus d'amélioration de la qualité de vie des résidents, où leurs attentes et satisfactions y sont pris en compte au même titre que la réponse à leurs besoins. A ce titre, il convient de souligner que l'objectif essentiel de la réforme de la tarification est d'apporter les moyens adaptés aux personnes âgées et à leurs besoins de médicalisation.

* Accueil de jour et hébergement temporaire

Les personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes ne restent à leur domicile que grâce à l'aide et au soutien constant de leur entourage, notamment familial. Dès lors, il est normal de mettre l'accent sur les risques d'épuisement physique et psychique des aidants familiaux, notamment pour toutes les personnes présentant une détérioration intellectuelle.

Parmi les solutions préconisées, le développement des places d'accueil de jour et l'hébergement temporaire constituent des réponses à privilégier, notamment au sein des hôpitaux locaux.

L'accueil de jour consiste à accueillir, dans des locaux dédiés à cet accueil, des personnes vivant à domicile pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, et ce dans des structures autonomes ou rattachées à une autre structure. Ils s'inscrivent pleinement dans une politique de soutien à domicile. Nombre de ces accueils de jour sont destinés à des personnes présentant une détérioration intellectuelle. Ils ont comme objectifs principaux de préserver et maintenir l'autonomie des personnes accueillies afin de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs aidants.

L'hébergement temporaire a des objectifs similaires, mais l'accueil a lieu sur plusieurs jours, voire semaines, notamment pour permettre à l'aidant de prendre des vacances.

Leur spécificité consiste donc à accueillir les personnes hors de leur domicile, et à leur prodiguer un accompagnement et des soins adaptés à leurs besoins, et ce en petit groupe.

Ces formules d'accueils temporaires constituent un élément important dans la palette des services mis à disposition de la population concernée par l'hôpital local.

* la coordination (cf annexes).

Compte tenu de la vocation de l'hôpital local à mettre en relation les intervenants médicaux, para-médicaux et médico-sociaux, ce dernier a un rôle privilégié dans le dispositif des CLIC, en qualité de partenaire, voire en participant à la conception et à la gestion d'un CLIC, chaque fois qu'il en existe un dans la zone géographique d'intervention de cet hôpital.

De la même façon, il peut être le lieu où prend place un site de la vie autonome pour les personnes handicapées.

II – Hôpital local et complémentarités

Il n'est pas rare qu'un hôpital local, par sa capacité d'initiative, définisse et organise la prise en charge d'un bassin de population en apportant une réponse coordonnée de soins de proximité, particulièrement en milieu rural ou péri-urbain. L'hôpital local s'adapte à l'environnement dans lequel il s'inscrit, et ses missions résultent de la situation de l'offre locale de soins.

Ses missions s'exercent parfois sur un territoire qui concerne plusieurs régions ou départements sanitaires ou administratifs : la multiplicité des partenaires notamment pour les activités à domicile peut constituer un obstacle à son développement. C'est pourquoi il est essentiel de considérer la réalité des besoins sans être limité par le découpage administratif ou géographique.

- *Recommandation n° 1* – La planification régionale des soins, déclinée et négociée sur des territoires n'exclut *pas* l'émergence de territoires de proximité différents, notamment à partir de l'hôpital local.
- *Recommandation n° 2* – L'analyse des besoins de santé d'un territoire peut aboutir à la création d'un hôpital local, ou la transformation d'un centre hospitalier en hôpital local.
- *Recommandation n°3* - Un projet de santé du bassin de vie de l'hôpital local peut être envisagé pour favoriser le développement de complémentarités entre les acteurs locaux de l'offre de soins. Ce projet constitue une répartition des missions et compétences entre hôpitaux locaux, et entre l'hôpital local et d'autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

- *Recommandation n° 4* – La complémentarité doit être un point clé du projet médical des hôpitaux locaux. Cette complémentarité s'exprime à travers des conventions effectives conclues avec les établissements de santé de référence, et leur participation à des réseaux avec les acteurs locaux sanitaires et sociaux.
- *Recommandation n° 5* - Le projet d'établissement de l'hôpital local constitue l'occasion de se positionner dans l'offre locale de soins et de mettre en avant les missions qu'il souhaite développer. Des hôpitaux locaux intercommunaux peuvent être créés à l'instar des actions menées par l'ARH des Pays de la Loire.
- *Recommandation n° 6* : Un accord de coopération interARH peut être conclu lorsque le développement d'un hôpital local recouvre des secteurs de compétence partagée.
- *Recommandation n° 7* : l'agence régionale de l'hospitalisation met en place une aide méthodologique technique, un accompagnement et un suivi des hôpitaux locaux dans l'élaboration de leurs projet médical, projet d'établissement et projet de vie.

Les conventions avec l'hôpital ou l'établissement de santé-pivot doivent être réaffirmées dans leur principe et aboutir à un partenariat efficace. Il est essentiel de lever les obstacles actuellement constatés en proposant des modes d'accès aux médecins spécialistes et aux plateaux techniques dans des conditions optimales, en améliorant le retour de l'information relative au patient, et en mettant en oeuvre des formations communes. Ces conventions constituent un dispositif-clé du fonctionnement médical de l'hôpital local, mais doivent désormais être envisagées et élaborées de façon bilatérale et rééquilibrée.

Ainsi, l'hôpital local est en mesure d'apporter au centre hospitalier pivot, et à d'autres acteurs de l'offre sanitaire et sociale, ses compétences dans certaines prises en charge (par exemple en soins palliatifs, en gériatrie) et en matière de soutien et d'adaptation au domicile (ergothérapie, kinésithérapie). Cet échange d'expertises et de compétences est une condition indispensable à un partenariat réussi.

Les hôpitaux locaux (ou les CH sans chirurgie ni maternité) doivent également développer des coopérations, dans le but de mutualiser leurs compétences, et optimiser les moyens administratifs souvent réduits, en constituant notamment une équipe de direction plus importante, une équipe logistique commune, un DIM commun.

Recommandation n° 1 : Les établissements de santé publics ou privés CHU et les CH sont invités à engager une démarche de conventionnement avec un ou plusieurs hôpitaux locaux. Cette démarche peut ne concerner qu'une ou plusieurs activités et catégories de prise en charge. La convention permet ainsi de situer et d'organiser la place de chacun. Elle porte notamment sur 1) la prise en charge du patient (admission, sortie, transfert), 2) le développement d'une formation commune (par ex : l'HL comme un lieu de stage des personnels hospitaliers des établissements de santé et réciproquement), 3) la mutualisation des compétences managériales, 4) la mise en commun des moyens de gestion et de fonctionnement, notamment des personnels médicaux et para-médicaux.

Recommandation n° 2 : des liens organisés et formalisés entre commissions médicales d'établissement doivent également être recherchés : par exemple : participation réciproque des présidents de CME d'un HL et de (s) l'établissement(s) de santé de référence.

Recommandation n° 3 : l'ARH organise et formalise les relations avec les acteurs des hôpitaux locaux par exemple en mettant en place une réunion au moins annuelle (forum, commission, conférence) ou en constituant un comité technique.

III – Formation des professionnels exerçant au sein de l'HL

Les plans de formation découlent des projets médicaux et d'établissement, et doivent être orientés vers leur réalisation. Les formations continues s'inscrivent notamment dans la convention entre l'hôpital local et l'établissement de santé de référence. Ces formations doivent être pluridisciplinaires, et réalisées in situ, pour une meilleure adéquation aux besoins, aux contraintes spécifiques des hôpitaux locaux et à la réalité de leur fonctionnement.

a – la formation médicale.

L'hôpital local est un terrain de stage à encourager pour les résidents de médecine générale au cours de leur stage chez le praticien généraliste. Ce stage est réalisé sous la responsabilité du médecin maître de stage, après avis du médecin coordonnateur, et accord du directeur de l'hôpital local. Il s'inscrit dans le cadre d'une convention agréée avec le CHU.

Par ailleurs, l'agence régionale de l'hospitalisation doit être en mesure d'apporter un soutien significatif à la formation médicale continue en gériatrie, soins palliatifs et lutte contre la douleur des médecins généralistes autorisés, en lien avec l'union régionale des médecins libéraux et l'Université. Leur inscription dans des réseaux de santé est également un élément qui contribue à leur formation dans ces domaines.

L'agence doit s'attacher à développer les connaissances médico-administratives et techniques (hémovigilance..) des présidents de CME et des médecins coordonnateurs des hôpitaux locaux.

Par conséquent, le soutien de la formation continue à l'hôpital local se traduit par une contribution spécifique de l'ARH sur la base de crédits complémentaires aux crédits formation alloués traditionnellement à ces établissements. Les hôpitaux locaux participent également à cet effort de formation, notamment à partir de la redevance sur les honoraires médicaux prévue à l'article R.711-6-19 du code de la santé publique, et dans la limite de 5 %.

b) la formation de l'équipe soignante et para-médicale.

Deux orientations concernant la formation des soignants et des para-médicaux de l'hôpital local doivent retenir votre attention.

Il s'agit tout d'abord, de développer les échanges de personnel, sous forme de mise à disposition temporaire, dans les services de pneumologie, médecine... Ces échanges permettent de créer une culture commune, d'avoir une vision globale du parcours des personnes notamment âgées, et de personnaliser les coopérations.

Par ailleurs, la formation des personnes ressources de l'hôpital local demeure la seconde orientation forte à soutenir, en cohérence avec le plan de formation et le projet d'établissement.

c) la formation managériale.

Le représentant légal de l'hôpital local est le directeur. Pour autant, la dynamique institutionnelle de l'hôpital local doit être recherchée auprès de l'équipe de direction, du président de la CME, du médecin –coordonnateur et du cadre soignant voire du président du conseil d'administration. A cette fin, l'agence régionale de l'hospitalisation peut mettre en place une formation adaptée notamment des médecins libéraux sur la conduite et le rôle du projet médical, et un accompagnement de cette dynamique institutionnelle (aide à l'élaboration du projet médical et du projet d'établissement).

IV – La fonction médicale au sein de l'hôpital local.

A - Précisions sur les nouvelles modalités réglementaires de rémunération des médecins généralistes autorisés :

a) l'indemnité forfaitaire représentative de la perte de revenus.

Cette indemnité a été instituée pour compenser la perte de revenus des médecins généralistes autorisés au sein de l'hôpital local, lorsqu'ils participent à des réunions consacrées pour tout ou partie, à la qualité et la sécurité des soins. Sur justificatif de présence produit auprès du directeur de l'hôpital local, une indemnité de 5 C par réunion est versée au médecin concerné, dans la limite de 4 réunions annuelles pour chaque instance visée du 1° au 7° de l'article R.711-6-21 modifié et de 3 réunions annuelles pour chaque instance visée du 8° au 10° du même article.

Par ailleurs, le montant total annuel des indemnités perçues ne peut excéder le tiers du montant des honoraires annuels perçus par chaque médecin.

Conformément à la circulaire DHOS-F2 / DSS-1A n°2002/477 du 9 septembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale, les deux tiers de la mesure ont été attribués aux agences régionales de l'hospitalisation avec application rétroactive au 1^{er} mai 2002, l'extension en année pleine étant déléguée en 2003.

Au-delà de ces aspects budgétaires, cette indemnité doit favoriser :

- la participation des médecins généralistes à l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical, à l'élaboration et au suivi des projets et protocoles de soins et de bonnes pratiques médicales,
- la coordination des intervenants médicaux et soignants en matière d'alcoologie, de soins palliatifs ...et de prévention
- l'organisation effective du dispositif de gardes et astreintes au sein de l'établissement.
- la mise en œuvre et la coordination de l'information médicale et du dossier médical
- la mise en place et le suivi des dispositifs en matière de vigilances et de médicament
- l'organisation d'actions de formations
- le suivi des conventions conclues par l'établissement
- la représentativité de l'hôpital local dans les instances de coopérations (communautés d'établissements par exemples) et dans les réseaux de soins.
- La mise en œuvre et la participation à une démarche qualité.

La mise en place effective de cette indemnité constitue l'occasion d'engager une réflexion régionale sur l'organisation de la fonction médicale au sein des hôpitaux locaux.

Compte tenu du nombre et de la diversité des activités qui incombent aux médecins de l'hôpital local, cette réflexion peut aboutir à la mise en place de nouvelles organisations communes.

b) Intégration de tous les honoraires dans la dotation globale de fonctionnement.

L'objectif qui a guidé la mise en œuvre de cette mesure consiste à simplifier et homogénéiser le dispositif de remboursement des honoraires des médecins généralistes autorisés. Par conséquent, à compter du 1^{er} janvier 2003, la dotation globale de fonctionnement intégrera l'ensemble des honoraires.

Par conséquent, il sera établi un état mensuel pour chaque patient sortant sur le mois considéré indiquant l'ensemble des actes pratiqués, en remplacement de la feuille de soins individuelle. Cet état est adressé au directeur de l'établissement.

c- modalités diverses.

L'augmentation du montant de la consultation de 18,5 à 20 € a un impact particulier pour les hôpitaux locaux disposant d'un nombre important de lits de soins de longue durée et dont le fonctionnement médical repose sur des médecins généralistes autorisés. La dotation budgétaire allouée à l'hôpital local concerné devra tenir compte de cette augmentation.

B – le médecin responsable ou médecin coordonnateur.

L'article R. 711-6-18 du code de la santé publique dispose que le médecin responsable est chargé de la coordination des activités médicales, de l'organisation de la permanence médicale et de la mise en œuvre de l'évaluation des soins (dossier médical, dossier de soins...). Il peut être président de la CME.

La présence d'un médecin coordonnateur favorise le bon fonctionnement médical et paramédical de l'établissement. Ce médecin peut avoir un exercice partagé entre l'hôpital local et l'hôpital pivot avec lequel il a passé convention : il s'agit d'un élément facilitant la complémentarité médicale et soignante. De préférence, le médecin coordonnateur est doté d'une formation en gériatrie.

Pour son activité d'accueil de personnes ayant besoins d'un accompagnement et de soins (EHPAD), l'hôpital doit disposer également d'un médecin-coordonnateur conformément à l'arrêté du 26 avril 1999.

Deux régimes de coordination cohabitent ainsi au sein de l'établissement, avec un médecin responsable de l'organisation des soins dans l'hôpital local, et un médecin, chargé de la coordination pour l'activité EHPAD.

Ce double régime doit être maintenu et préservé. En effet, les champs de compétences de chacun de ces médecins sont distincts : coordination des soins et des intervenants médicaux, et de la permanence médicale d'une part (service de médecine) ; coordination des équipes soignantes et responsabilité du projet de soins pour les activités médico-sociales développées par l'établissement d'autre part. Cependant, notamment en cas de difficultés liées à la démographie médicale, le même médecin peut assurer les deux fonctions.

C – Précisions relatives aux conditions d'autorisation des médecins généralistes.

Sur demande, les médecins généralistes peuvent être autorisés par le DARH, après avis de la CME et du conseil d'administration à dispenser les soins mentionnées à l'article R.711-6-4 du code de la santé publique à l'hôpital local au titre de leur activité libérale (art. R.711-6-9), à condition qu'ils s'engagent à : 1° respecter le projet d'établissement et le

règlement intérieur ; 2°) exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique déterminée. Cette autorisation est valable pour cinq ans, renouvelable à la demande de l'intéressé.

L'agence invite les médecins et les directeurs à préciser les engagements des médecins dans la vie de l'hôpital local. Cette démarche de concertation régionale peut être formalisée par une « charte de qualité ». Le DARH autorise ainsi le médecin généraliste, sous réserve qu'il souscrive à ces engagements.

Cette contractualisation est ensuite déclinée entre le médecin généraliste concerné et les acteurs de l'hôpital local.

Le DARH peut retirer l'autorisation du médecin généraliste, notamment si celui-ci ne respecte pas ses engagements vis-à-vis de l'établissement, ou est l'objet d'une sanction pénale ou ordinale (article R711-6-12 CSP).

*

*

*

La place de l'hôpital local dans l'organisation sanitaire et sociale repose sur sa capacité à répondre aux demandes de la population locale, à s'ouvrir sur l'extérieur et rompre avec un fonctionnement isolé.

Pour atteindre ces objectifs, l'hôpital local doit s'engager, dans le cadre de ses projets institutionnels, à :

- redéfinir et organiser la fonction médicale,
- être en mesure de développer une offre de soins et de services diversifiée
- mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Le développement de complémentarités, notamment hospitalières, et un engagement accru dans le travail en réseau doivent permettre à l'hôpital local de réaliser l'ensemble de ces actions, et de s'inscrire dans les schémas régionaux d'organisation des soins.

Dans un cadre concerté, l'agence régionale de l'hospitalisation initie, conduit ces évolutions et accompagne les hôpitaux locaux, notamment en appréciant l'adéquation de leurs moyens.

Un bilan annuel de l'application de la présente circulaire sera réalisé avec le groupe de travail national dont la composition figure en annexe, à partir des synthèses préalablement adressées par les agences régionales de l'hospitalisation.

Fait à Paris, le 28 mai 2003

Jean-François MATTEI

Ministre de la santé, de la famille et des
personnes handicapées

ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

I. l'accueil de la circulaire sur le terrain

- Pourquoi cette circulaire était-elle nécessaire ?
- Comment a-t-elle été reçue sur le terrain ?
- L'accueil de la circulaire a-t-il été le même par les différents professionnels de l'HL ?

II. Mise en œuvre de la circulaire

La grille d'entretien a volontairement été élaborée en suivant l'ordre de la circulaire. Les questions qui suivent reprennent les différents items du texte, point par point.

1. Missions et activités de l'hôpital local

Hospitalisation complète à l'HL

- Reconnaître et promouvoir le court séjour de médecine

- La mission de l'HL se limite-t-elle à la prise en charge des personnes âgées ?
- Pourquoi les lits de médecine existants ont disparu au cours des années 90 ?
- Y a-t-il un réel besoin en court séjour et envisage-t-on la réintroduction de lits de médecine ?
- Les orientations du SROS3 reflètent-elles la volonté exprimée par la circulaire ?

- Développer l'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (moyen séjour)

- L'objectif de maintien à domicile est-il une réalité ? Le SSR se rapproche-t-il du long séjour ?
- Comment affronter le manque de personnel médical et paramédical dans ce domaine ? Envisagez-vous une mutualisation des compétences ?

- Les soins de longue durée à l'HL

- La transformation en EHPAD, suite à la signature des conventions tripartites, ne débouche-t-elle pas sur la transformation des HL en structures médico-sociales de fait ? Les soins de longue durée relèvent-ils de l'hébergement ou du soin ?

Les alternatives à l'hospitalisation complète

- Avez-vous développé les alternatives suivantes : HAD, SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire ?

Les consultations avancées

- Sont-elles développées ? Avec quel degré de formalisation ? Sont-elles ouvertes sur le bassin de santé ?

L'accueil inopiné à l'HL

- Existe-t-il un protocole (projet) d'organisation interne en lien avec le centre 15 pour les prises en charge non programmées ?

La permanence des soins

- L'HL a-t-il un rôle dans l'accompagnement des maisons médicales de garde ?
- L'HL devient-il un moyen de régulation des urgences à moindre coût ?

La prévention et l'éducation à la santé

- Quelles sont les initiatives locales en interne (chutes, douleur, maltraitance, gérontopsy, risques iatrogènes, escarres, incontinence, nutrition...) et en externe ? L'HL peut-il réellement être une plate-forme de santé publique ?

Les activités médico-sociales

- Les exigences de qualité dans le cadre de la signature des conventions tripartites sont-elles issues d'une véritable dynamique de la démarche qualité ou sont elles une simple obligation dans le cadre du conventionnement ?

2 Hôpitaux locaux et complémentarités

- Y a-t-il eu création d'HL ? D'HL intercommunaux ? Transformation de CH en HL ?
- Quel pourrait être l'impact de la T2A sur l'hôpital local ?

Les conventions

- L'obligation de conventionnement des HL avec un CH assure-t-elle une meilleure coordination des soins ? Les conventions sont-elles « effectives » ?
- Existence d'un accompagnement méthodologique par l'ARH ?
- Quelle mutualisation de moyens (DIM commun, logistique partagée, formation commune, liens entre CME voire CME communes, gestion commune...) ?

Formation des professionnels exerçant au sein de l'HL

La formation médicale

- L'HL dispose-t-il d'internes ou de résidents en médecine générale sous la responsabilité d'un médecin libéral ?
- La Formation Médicale Continue est-elle assurée, notamment en gériatrie ?
- Les HL participent-ils à l'effort de formation via la redevance sur les honoraires médicaux ?

La formation de l'équipe soignante et paramédicale

- L'échange de personnel est-il effectif ? Par une mise à disposition temporaire ?

La formation managériale

- Les médecins sont-ils formés à la gestion médico-administrative (au moins le Président de la CME) ?

La fonction médicale au sein de l'HL

- Quelle est la motivation des médecins, généralistes et spécialistes, libéraux et praticiens hospitaliers pour venir exercer à l'HL ?
- Quelles sont les relations qu'entretiennent médecins libéraux et praticiens hospitaliers au sein de l'HL ?
- L'indemnité forfaitaire est-elle représentative de la perte de revenus : 5 C par réunion, est-ce suffisant, surtout dans la limite de 4 réunions annuelles ?
- Existe-t-il un médecin coordonnateur et a-t-il un rôle effectif ?

III. Bilan de la circulaire et propositions

- Pensez-vous que la circulaire répond à vos attentes et à vos besoins ?
- Disposez-vous des moyens vous permettant de mettre en œuvre la circulaire ?
- Certains points non abordés par la circulaire méritaient-ils selon vous d'y figurer ?
- Le suivi de la circulaire a-t-il été assuré ? Sous quelle forme ? De quelle manière y avez-vous participé ?
- Souhaiteriez-vous que ce dispositif soit complété ou révisé ? Quelles propositions pourriez-vous faire en ce sens ?

ANNEXE N°4 : CARTE DES ZONES DEFICITAIRES EN MEDECINS

GENERALISTES

Cantons avec 3 médecins généralistes ou moins pour au moins 5 000 habitants
(113)

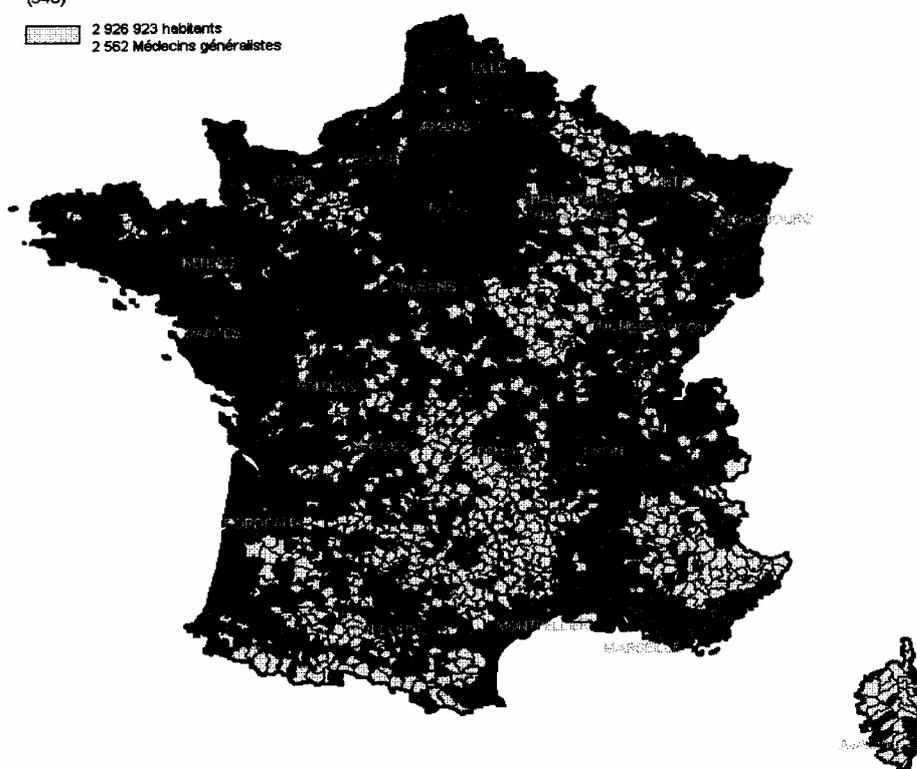
■ 1 033 794 habitants
394 Médecins généralistes

Cantons de 5 000 habitants ou plus
(2758)

■

Cantons de moins de 5 000 habitants
(948)

■ 2 926 923 habitants
2 562 Médecins généralistes



Source : DHOS-O-03
Le 18/04/03

Note : une zone est considérée, sur cette carte, comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins 5000 habitants, sont constatées des difficultés d'accès au médecin liées à une faible densité médicale (moins de trois médecins pour 5000 habitants).

ANNEXE N°5 : LISTE DES ENTRETIENS

- M. Joanny ALLOMBERT, Directeur de l'hôpital local d'Antrain (Ille-et-Vilaine)
- M. Patrice BLEMONT, Directeur de l'ARH de Franche-Comté
- M. BOUCHUT, Praticien Hospitalier à l'hôpital local de Beaujeu (Rhône)
- M. Habib CHEHADE, Médecin coordonnateur de l'hôpital local de Beauvoir-sur-mer (Vendée)
- M. COUPAYE, Directeur de l'hôpital local de Beauvoir sur mer (Vendée)
- Mme Pascale COUTURIER-LACHAL, Cadre de Santé à l'hôpital local de Cours la Ville (Rhône)
- M. Jean-Pierre CUDENNEC, Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine)
- Mme DABOUIS, Cadre de Santé à l'hôpital local de Beauvoir-sur-mer (Vendée)
- M. Michel DUPONT, Conseiller général du canton de Beauvoir-sur-mer (Vendée)
- M. José FLEURY, Directeur de l'hôpital local de Belleville (Rhône)
- M. Dominique HERAULT, Président de l'Association des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux, maison médicale de Renazé (Mayenne)
- Mme Bernadette LAFFOND, Directrice de l'hôpital local de Beaujeu (Rhône)
- Mme Odette LAMIEUX, Directrice de l'hôpital local de Cours la Ville (Rhône)
- Mme Angélique LAPIERRE, Adjointe au chef du bureau O 3, DHOS, Ministère de la Santé
- M. LORSON, Président de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux, Directeur des hôpitaux locaux de Montfort- L'Amaury et Houdan (Yvelines)
- Mme Marie-Josiane PATRIGEON, Cadre supérieur de Santé l'hôpital local de Beaujeu (Rhône)
- M. Hervé SEIGNARD, Médecin coordonnateur de l'association des MSA de Bretagne (Rennes, Ille-et-Vilaine)
- M. Pierre VOLLOT, Directeur du Centre Hospitalier Loire Vendée Océan (Challans, Machecoul, Ile d'Yeu - Vendée)

Forum régional « L'hôpital local et l'offre de soins de proximité » du 23 septembre 2004 à Saint-Brieuc organisé dans le cadre des Assises régionales : « quelle offre de soins pour la Bretagne en 2010 » par l'ARH de Bretagne et animées par Philippe FORT, Directeur de la DDASS des Côtes d'Armor, et Joanny ALLOMBERT, Directeur de l'hôpital local d'Antrain.