

## **Analyse de la loi de modernisation du système de santé et des projets de texte d'application**

Les textes d'application de la loi de modernisation du système de santé sont inadaptés (lourdeur des instances, lourdeur du circuit de décision...) aux réalités des Centres Hospitaliers Locaux, face à l'exercice des médecins libéraux, à notre poids réel dans le monde sanitaire (les activités médico-sociales sont largement prépondérantes à 85/90%), à nos besoins et à nos moyens (Système d'Information – Département d'Information Médicale – Pharmacie à Usage Intérieur...).

Nous demandons à bénéficier du statut plus souple de membres partenaires des Groupements Hospitaliers de Territoire, ce qui en facilitera la gouvernance dans certains territoires où les CHL seront majoritaires.

### **VERS LA DISPARITION TOTALE DES CHL**

- Le premier acte à l'encontre des Hôpitaux Locaux a été la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, qui a supprimé cette catégorie pour la mettre au rang commun. Il s'agissait de la rendre invisible, du moins dans les statistiques.

- Le deuxième acte, parce que la catégorie subsistait malgré tout (les ex HL) y compris pour la tutelle, a consisté à éclater la cohorte des ex HL lors de l'adaptation du PLFSS 2015. Celui-ci crée la catégorie des Hôpitaux de proximité, mariage de la carte et du lapin (ex HL avec médecins libéraux et petits CH avec des praticiens hospitaliers, donc sous statut).

Une partie des CHL, ceux n'ayant pas de service de médecine mais disposant d'un service de SSR ou d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), n'entre pas dans cette catégorie.

Les hôpitaux de proximité seront soumis à un régime de financement spécifique, les 2/3 des CHL seront perdants avec cette formule et verront disparaître leur service de médecine.

- Le troisième acte se joue avec la loi de modernisation de notre système de santé ; c'est l'étouffement pour la soixantaine d'établissements qui subsisteront : leur donner les mêmes obligations et contraintes que les CHU, (comme si les cyclistes devaient avoir les mêmes sujétions que les poids lourds, quand bien même tout le monde doit respecter le code de la route).

Les CHL seront soumis aux mêmes principes que les CHU sans aucune nuance.

La solution aurait été pourtant simple : continuer en l'adaptant avec le statut d'Hôpital Local, ou créer une catégorie type « centre communautaire de santé » qui aurait pu agréger Maison Médicale de garde, Maison de Santé Pluridisciplinaire, voire les Centres de Santé. Mais il a été choisi de faire une coupure radicale entre la ville et l'hôpital.

Donc la loi dite de modernisation de notre système de santé a suscité de notre part un certain nombre de réserves :

- c'est une loi hospitalo centrée pour ce qui est des dispositions relatives au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)
- elle écarte la médecine de ville des hôpitaux, ce qui est particulièrement grave pour les CHL, où interviennent les médecins généralistes libéraux et qui étaient des modèles de collaboration ville-hôpital
- elle ne tient pas compte des particularités des établissements en dehors des établissements psychiatriques. Or les CHL ont un corps médical principalement libéral, font quasi exclusivement de la gériatrie, ont peu de moyens financiers et administratifs et un cœur de métier plus médico-social que sanitaire.
- leur bassin de recrutement est non le territoire de santé mais exclusivement celui d'immédiate proximité. Il correspond généralement à celui de la communauté de communes sur laquelle ils sont implantés.
- ils n'ont en général de relation qu'avec un établissement sanitaire (leur ex hôpital de référence), et pas avec les autres établissements du territoire
- ils sont tributaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et non de la permanence des soins en établissements de santé (PSES)
- leur activité majeure est le médico-social même si la partie sanitaire (10 à 15% de leurs capacités totales) demeure fondamentale pour la prise en charge des personnes âgées.

Toutes ces particularités n'ont pas été prises en compte, dans une tentative de normalisation, voire d'élimination de ce modèle original.

Les textes d'application de la loi et les projets d'ordonnance viennent en aggraver les dispositions en donnant plus de compétences au GHT, et au Directeur de l'établissement support en particulier.

Ces textes sont inadaptés aux CHL d'une part, et d'autre part, ils n'ont pas de rationalité économique démontrée, même s'ils avancent sous le couvert d'économies à réaliser.

Ils génèrent en fait une tutelle supplémentaire (budget, investissement, postes médicaux, achats, système d'information, pharmacie...) qu'exercera le directeur de l'établissement support. La régulation des activités et des autorisations s'exercera aussi sous son autorité.

Nous ne voyons pas très bien en quoi, à part avoir le plus de moyens, cette tutelle est légitime. La tutelle a longtemps été l'apanage de l'Etat, puis des ARH et enfin des ARS.

De plus, il est constant que les hôpitaux les plus importants captent les moyens : postes de médecins, d'internes, activités y compris de proximité ou non, spécialisées, sans les redistribuer véritablement sur leur territoire.

La T2A a considérablement renforcé cette captation de clientèle notamment, et de ressources médicales, il y a très peu de partage de postes avec les CHL, ni même d'appui de la part des Centres Hospitaliers.

Les CHL fonctionnent donc en symbiose avec la médecine de ville et les professionnels de santé libéraux plus largement (paramédicaux, laboratoires, spécialistes...) Ceux-ci sont payés à l'acte, sont implantés dans des zones rurales de désertification médicale, et donc ont peu de temps disponible.

Ils ne sont pas concernés par les dispositifs d'équipe médicale territoriale, quand ils sont salariés à mi-temps à l'hôpital, ou y exercent des vacations. Il n'y a aucun avantage à ce que le GHT soit leur patron (recrutement, affectation...).

La multiplicité des instances du GHT (comité stratégique, CME le cas échéant, pôles territoriaux...) engendrera de multiples réunions pour les Présidents de CME notamment, auxquelles ils ne pourront se rendre. Les CHL y seront donc sous-représentés. Un GHT comprenant jusqu'à 10 établissements (exemple réel : 1 CHU – 3 CH moyens et 7 CHL), il y aura une CME au moins par mois, avec des ordres du jour conséquents et ne concernant que de façon très lointaine leur pratique médicale.

De même, les CHL sont étroitement liés à la PDSA et non à la PDSES.

Cette disproportion entre les établissements, les différences de mode de fonctionnement, services hospitalo-universitaires ou spécialisés, et médecine générale, écartera les CHL et découragera les bonnes volontés.

Il en est de même des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), des Systèmes d'Information (SI) et des Départements d'Information Médicale (DIM).

Les PUI des CHL fonctionnent avec un nombre très limité de molécules. Elles n'ont pas besoin d'être ouvertes 24h/24 et 7 jours sur 7, d'autant qu'elles desservent à 90% le secteur médico-social.

Leurs besoins et leurs moyens sont très différents des établissements avec des services d'urgence, de réanimation, de cardiologie... Les aligner sur les PUI de ces établissements, c'est sur dimensionner l'outil.

Rappelons que les CHL sont certifiés par la Haute Autorité de Santé, y compris leur circuit du médicament, selon les mêmes critères que tous les établissements de santé, et avec le même taux de réussite voire un peu mieux.

Il en est de même du système d'information, largement financé et au service du médico-social. Le caler sur celui du plus gros établissement est, en termes de besoins, de coûts de fonctionnement et d'investissement, une ineptie, de 4 à 5 fois plus dispendieux que les solutions actuelles. La priorité, en raison de leur lien avec la ville, est d'avoir un dossier patient partagé avec la ville, et non hospitalo centré.

Pour le DIM, quelle attention celui-ci va-t-il porter à nos 3 dizaines de lits sanitaires au mieux, en regard des milliers de lits du GHT, alors même qu'une analyse très fine et attentive doit y être portée ?

Le DIM commun du GHT, outre qu'il met à mal les mutualisations existantes entre CHL, y compris au niveau régional, ne portera pas aux médecins libéraux et à nos structures, l'attention minutieuse qu'ils demandent. Or, c'est cette relation de proximité attentive qui nous permet aussi de survivre économiquement.

Pour ce qui est des achats, il existe déjà des groupements d'achats locaux, régionaux, nationaux auxquels adhèrent les CHL. 75% des achats se font déjà dans le cadre d'un groupement souvent plus large qu'hospitalier et territorial (communes, écoles ...) Le reste ce sont des achats ponctuels ou locaux, en phase avec les notions de développement durable. Mais aucun objectif d'efficacité n'est fixé, pour la bonne raison que toutes les économies quasiment ont déjà été faites sur ces achats.

Le système de groupements a même des effets pervers sur les producteurs.

Deux sociétés se partageaient le marché des protections dans une région, une seule est retenue au marché du groupement. Devant l'incertitude du renouvellement du marché, elle n'a pas accru son outil de production en France et a importé des couches de Chine. Celles-ci étaient de mauvaise qualité et ont entraîné des problèmes d'irritation et de surconsommation. Les quelques centimes de gain à l'achat ont vite été perdus.

Nous ne savons pas si son concurrent résistera à la perte de ses clients ; le producteur retenu se trouverait alors en situation de monopole et imposera ses prix.

Donc ces textes n'ont pas de rationalité organisationnelle ni économique.

Le Projet Médical qui doit être partagé n'est d'ores et déjà pas partagé selon une enquête de l'ANCHL. Très peu de CHL ont été concertés sur ces projets qui seront arrêtés sans eux, et avant que le volet « Hôpital de proximité » du PRS ne soit défini. C'est un premier échec de la loi.

Ces textes ne tiennent d'ailleurs aucun compte des rapports de l'IGAS<sup>1</sup> et de la Cour des Comptes<sup>2</sup> sur les coopérations hospitalières. Ils sont une étape vers la fusion des établissements, selon l'analyse du Président de la Fédération Hospitalière de France, Frédéric Valletoux, et la nôtre.

Nous nous acheminons vers des Assistances Publiques Départementales et à terme, Régionales. C'est-à-dire le système le plus coûteux, le plus inefficace et le plus éloigné des relations de proximité et de l'humanité des CHL. C'est le triomphe de la bureaucratie hospitalière comme il a été dit dans un commentaire sur Hospimedia.

Nous aurons donc à subir tous les inconvénients administratifs des assistances publiques, plus une dimension supplémentaire aggravante : la taille du territoire, souvent celle d'un département, avec des établissements sans intérêt pour les CHL, qui complique les relations de par les distances à parcourir.

Cet étouffoir administratif va contribuer, après les mises en direction commune avec les CHU, les établissements psychiatriques et d'autres, après l'étranglement financier, après l'absence de perspective pour la rémunération et le statut des médecins libéraux à l'Hôpital local, à la disparition des CHL (prévision de survie 1/3 des établissements d'ici 5 ans).

La seule issue pour préserver nos établissements serait d'obtenir le statut d'établissement partenaire et non d'être partie au Groupement. Cela donnerait la liberté nécessaire et préserverait nos particularités (médecine libérale et médico-sociale) et nos moyens.

---

<sup>1</sup> Rapport IGAS : Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années – MARS 2012

<sup>2</sup> Extrait du rapport 2013 de la Cour des Comptes – Tome 1 – 2<sup>e</sup> partie les politiques publiques – Chapitre 1 « Santé et cohésion sociale » : les restructurations hospitalières : 3 illustrations de difficultés rencontrées

Avec les GHT, c'est à une conception de l'hôpital d'hier que l'on répond : un bloc public, hospitalo centré, avec une concentration de plateau technique et de spécialistes. Elle promeut des monstres hospitaliers de plusieurs milliers de lits et d'agents. Elle est à l'opposé de la construction d'un parcours de santé de la personne.

Cette vision archaïque s'appuie aussi sur des idées fausses : il y a trop d'hôpitaux (et surtout publics) en France.

Aux USA, dans les seules zones rurales, il y a 5000 hôpitaux de proximité publics et privés pour 67 millions d'habitants. La France en compte 1300 publics pour 66 millions d'habitants (ville et campagne).

Ce sont plutôt les assistances publiques et les CHU qu'il faudrait démembrer pour les rendre efficaces et les cantonner aux seules activités spécialisées ou hyper spécialisées.

L'Hôpital de demain, avec les nouvelles technologies, c'est un Hôpital collaboratif avec la ville et les cliniques privées, utilisant la télémédecine, la télé imagerie, équipé de mini laboratoires et surtout au plus près des patients. C'est un hôpital à taille humaine, favorisant les relations avec l'entourage sans arracher la personne à son milieu, avec un circuit de décision court et réactif, avec une gestion des ressources humaines au plus près des services, une limitation des transports, la reconnaissance du court séjour intermédiaire, la valorisation du rôle pivot du médecin généraliste.

-----