

LES HOPITAUX DE PETITES VILLES :

UNE COMPOSANTE INDISPENSABLE POUR UNE OFFRE DE SOINS DE QUALITE SUR TOUT LE TERRITOIRE

TROISIEME LIVRE BLANC DE L'ASSOCIATION DES PETITES VILLES DE FRANCE



Octobre 2008

PREFACE

Pour la troisième fois en moins de dix ans, l'Association des Petites Villes de France publie un livre blanc portant des propositions visant à défendre et à pérenniser les petites structures hospitalières. Il y a dix ans, il s'agissait, pour nous, de répondre à une campagne de dénigrement systématique et à un certain acharnement médiatique assimilant insécurité sanitaire et petits hôpitaux.

Il y a cinq ans, il s'agissait de démontrer que les hôpitaux de proximité ne sont pas plus coûteux que les grosses structures hospitalières, bien au contraire.

Ces deux attaques subsistent aujourd'hui, relayées par de puissants lobbies du corps hospitalo-universitaire et aggravées par l'évolution très négative de la démographie médicale, qui est un réel problème posé à notre pays.

Fidèle à sa vocation de force de propositions, l'APVF a souhaité s'inscrire dans la perspective de la future réforme hospitalière que doit présenter la Ministre de la Santé et qui sera débattue devant le Parlement, car une réforme est bel et bien nécessaire, nous l'avons toujours dit. Elle se doit de concilier rationalisation des dépenses, qualité de la prise en charge et égalité d'accès aux soins sur tout le territoire. Cette dernière assertion ne doit surtout pas être oubliée dans la future loi.

Complémentarité, coopérations renforcées, mises en réseaux des structures hospitalières, toutes ces notions sont nôtres à l'APVF, nous les avons développées et popularisées dans toutes nos publications concernant les hôpitaux. Dans cette optique, nous pensons que les petits hôpitaux sont une composante indispensable dans la future organisation des soins et qu'il ne faut pas les aider par charité mais par souci d'efficacité, d'optimisation et de pragmatisme. La course à l'hyperconcentration dans ce secteur bien particulier qu'est la santé ne peut constituer la solution pour sauver ou pérenniser un système qui, certes coûteux, nous est envié un peu partout dans le monde.

On nous rétorquera que l'organisation du système de soins n'est pas une question d'aménagement du territoire, comme s'il fallait se résoudre à ce que certains de nos concitoyens soient confrontés, là où ils vivent, à ce qui s'apparente à de véritables déserts médicaux.

Voilà pourquoi nous abordons la question de la réorganisation de notre système de soins dans un esprit constructif mais vigilant. En ce sens, les futures communautés hospitalières de territoire préconisées dans le rapport Larcher peuvent être la pire ou la meilleure des choses. La pire, s'il ne s'agit que de préparer l'absorption des petits hôpitaux par les plus grosses structures avec à terme une disparition programmée, la meilleure, si cette coopération prônée par l'APVF part des besoins de chaque territoire et intègre réellement les petits hôpitaux dans le parcours de soins, utilise toute leur potentialité pour aboutir à un maillage sanitaire juste, équilibré et économiquement efficient.

Cela exige davantage de concertation entre l'ensemble des acteurs du système de santé et les élus locaux ne doivent pas être absents de ce secteur car la question de la santé et de l'hôpital ne peut être laissée entièrement au niveau du Ministère de la santé ou des agences régionales de la santé, ou encore entre les mains de quelques grands praticiens hospitaliers qui ne

connaissent de l'hôpital que ce qu'ils voient au quotidien dans un CHU. C'est une question de société, celle dans laquelle nos concitoyens désirent vivre.

Nous souhaitons et nous revendiquons, pour les Maires des petites villes, participer pleinement au débat en apportant notre contribution à la rénovation de notre système de santé. Ce document en porte témoignage.

Martin MALVY
Ancien Ministre
Président du Conseil Régional Midi-Pyrénées
Président de l'APVF

SOMMAIRE

Introduction

Avant-propos : Caractéristiques et dynamique des hôpitaux de petites villes

PREMIERE PARTIE

LA PROXIMITE COMME CLEF DE DEVELOPPEMENT DES HOPITAUX : LES PRINCIPAUX POINTS DE MALENTENDU

A/ Des décisions relatives à la proximité des soins perçues comme unilatérales pour les hôpitaux

B/ Une proximité perturbée par la « cohérence » SROS/T2A

C/ Une proximité à négocier financièrement

- 1) Les ARH sont moins des régulateurs territoriaux que des opérateurs budgétaires et tarifaires.
- 2) Les éléments financiers de négociation sont de plus en plus fréquemment indisponibles
- 3) Les termes des échanges sont de plus en plus difficiles à équilibrer

DEUXIEME PARTIE

RETABLIR UN DIALOGUE PLUS SINCERE SUR LA REORGANISATION HOSPITALIERE

A/ Une meilleure prise en compte de la situation des petits hôpitaux est nécessaire avant de fixer les objectifs d'une réforme

- 1) Les communautés hospitalières de territoire
- 2) La télémédecine
- 3) La certification

B/ Le développement des alternatives à l'hospitalisation doit permettre aux petits hôpitaux de se repositionner dans le schéma territorial

C/ L'APVF demande une modification des comportements institutionnels

- 1) L'APVF réclame davantage de transparence dans les décisions administratives
- 2) L'APVF réclame davantage de solidarité entre les établissements
- 3) L'APVF réclame davantage d'ouverture sur la ville

TROISIEME PARTIE :

LES HOPITAUX DE PETITES VILLES : UNE CAPACITE DE CHANGEMENT FORTE, DES ATOUTS EVIDENTS

A / L'engagement dans une dynamique collective territoriale renforcée

- 1) Intégrer la cohérence territoriale des projets
- 2) Intégrer la subsidiarité

- 3) Les hôpitaux de petites villes doivent démontrer leur capacité d’approfondissement, de réflexion et de proposition sur les problématiques sanitaires

B / Augmenter l’offre de service des hôpitaux de petites villes en les ouvrant sur la santé publique et ses déclinaisons

- 1) Les publics intergénérationnels
- 2) La santé publique
- 3) Les conventions hospitalo-universitaires et la recherche.

C) L’investissement sur les personnels est nécessaire au maintien des structures de petites villes

- 1) Valoriser les personnels et les nouveaux métiers
- 2) Utiliser le vecteur des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
- 3) Développer des programmes d’accueil et d’installation des professionnels hospitaliers

QUATRIEME PARTIE

LES PROPOSITIONS CONCRETES DE L’APVF

- I- De la concertation avant toute réorganisation
- II- Les clefs de la réussite des communautés de territoire
- III- Une offre hospitalière performante et juste doit être organisée sur un schéma territorial intégrant les petites villes et leurs hôpitaux
- IV- La spécificité des hôpitaux de petites villes dans l’offre de soins territorial nécessite un financement adapté
- V- Mieux gérer les ressources humaines afin de faire face au problème de démographie médicale dans les hôpitaux de petites villes

CONCLUSION

LA PLACE DES ELUS

INTRODUCTION

Si une nouvelle fois l'APVF intervient sur le terrain de l'hôpital et en particulier sur les questions de l'égalité devant la santé, de la qualité de prise en charge et de la proximité, ce n'est pas seulement pour rappeler d'anciens débats.

Oui ! la recomposition de l'offre hospitalière est indispensable, il faut ouvrir des lits de médecine, favoriser les coopérations et développer l'exercice partagé au niveau d'un territoire.

Nous ne sommes plus il y a vingt ans, nous ne sommes plus il y a dix ans et les hôpitaux de petites villes ont pris conscience de la nécessité d'évoluer. Ils développent d'ailleurs à bien des égards des démarches innovantes dont quelques exemples se retrouveront dans ce troisième livre blanc de l'APVF consacré à l'hôpital.

Nul n'ignore que les études menées par l'Assurance Maladie dans le cadre de la préparation des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) évaluent à environ 30 % les journées d'hospitalisation non pertinentes à l'hôpital en court séjour. Les deux grandes raisons d'égale importance sont, d'une part, le défaut d'organisation des prises en charge au sein de l'hôpital, dysfonctionnement pour lequel les hôpitaux de petites villes ne sont pas, loin s'en faut, les seuls responsables, et, d'autre part, la présence en nombre insuffisant de structures d'aval, problème pour lequel les petits hôpitaux sont les premiers à proposer des solutions afin de combler ce manque.

Certes, l'environnement du service public hospitalier est suffisamment préoccupant pour justifier à lui seul une prise de position de l'APVF. La modification fondamentale des règles de financement des établissements de santé, qui s'est opérée dans une grande opacité, inquiète particulièrement les petits établissements. On a beau nous dire que les effets mécaniques de la tarification à l'activité (T2A) pèsent négativement principalement sur les plus gros établissements, rien ne paraît vraiment clair sur les moyens permettant aux hôpitaux de petites villes de poursuivre dans le bon sens leurs projets médicaux. Surtout, le rôle social des petits établissements est fort et n'est pas traduit en terme de T2A.

Dans ce nouveau processus budgétaire, qui « tient » l'enveloppe MIGAC¹, « tient » le système ; qui maîtrise l'évolution de la construction du MIGAC tient le jeu des acteurs. On ne sait pas exactement qui « tient », mais on sait que celui qui notifie est le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et on est certain que les élus locaux sont absolument étrangers à l'opération.

Une nouvelle fois il sera redit que la transparence du système de santé est une règle d'or des relations entre l'Etat, l'Assurance maladie et les Hôpitaux, mais l'inquiétude est là.

Inquiétude quant à l'écart de traitement qui demeure au bénéfice des plus gros établissements de santé, même si nous sommes d'accord pour saluer leur rôle dans les prises en charge les plus pointues. Cependant, les problèmes sont différents : les gros établissements s'inscrivent dans la concurrence avec leurs homologues ou avec le secteur privé lucratif tandis que les plus petits luttent pour leur survie.

Inquiétude aussi quant au comportement de nos gouvernants, qui introduisent une authentique fracture des moyens entre les gros et les petits établissements de santé créant, de fait, des capacités de changement à deux vitesses.

Inquiétude enfin quant à l'acharnement médiatique qui cible les plus petits.

L'APVF sait bien qu'aujourd'hui demeurer isolé est suicidaire à court terme pour un établissement de santé de petite taille. Elle sait aussi tout l'intérêt d'opérer un changement au bon moment et en particulier avant que la population et les professionnels ne désertent les lieux. Elle sait enfin que nos concitoyens sont chaque jour davantage exigeants quant à leurs

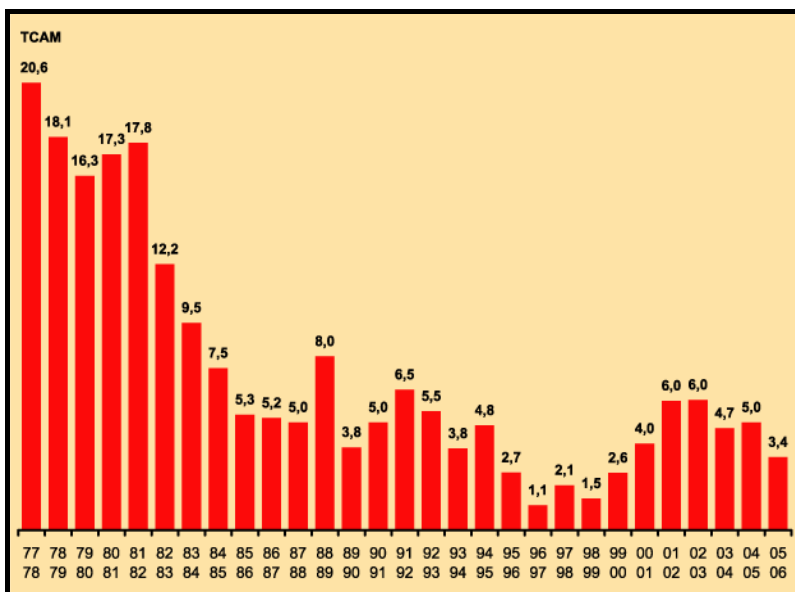
¹ Missions d'intérêt. général et d'aide à la contractualisation. La dotation MIGAC permet de financer soit des missions non directement reliées à la production de soins, comme la recherche, l'enseignement, l'innovation médicale, l'activité de recours, soit des activités de soins dispensés à certaines catégories spécifiques (SAMU, SMUR...).

établissements de santé et qu'il faut aider les plus vulnérables à se hisser au niveau des attentes des plus performants.

La culture de l'hôpital depuis son origine place dans notre pays les établissements de santé publics et participant au service public au premier rang des services publics où la permanence, la disponibilité et l'efficacité sont accessibles à tous. Les hôpitaux de petites villes, dans le respect des règles de sécurité et des contraintes de démographie professionnelle, ont un rôle à jouer que personne ne conteste. A ce stade, ce rapport aura le mérite de conforter leur rôle dans cet environnement mouvant et perturbé.

L'APVF souhaite aussi placer le débat autour du sens des missions de l'hôpital dans notre société. Il est aujourd'hui admis que personne ne sait quel est le niveau approprié de la dépense de santé qui correspond au meilleur soin possible, c'est-à-dire au soin fourni en quantité juste et adaptée et au meilleur coût. Parmi les pays de l'OCDE, la France se place dans le groupe des pays qui dépensent pour la santé de leur population environ 10 points de P.I.B. Ce niveau élevé concerne, rappelons-le, un grand nombre de pays puisque 9 de nos voisins européens ont une dépense de santé comprise entre 9 et 11 % du PIB². Les Etats-Unis, avec plus de 15% du PIB, sont largement en tête. Cependant, prenons garde de ne pas oublier que des dérapages des dépenses de santé peuvent se trouver amplifiés par un accroissement non maîtrisable des inégalités de santé.

Accroissement annuel des dépenses de santé en France depuis 1977



Source : IRDES - Eco-Santé France 2008, d'après données Drees, Comptes de la Santé

L'hôpital public n'est pas le bon samaritain qui doit à lui tout seul corriger les déficits publics des régimes d'assurance maladie. Il doit cependant œuvrer dans l'esprit de la solidarité et de l'approche humaniste sans lesquelles la sécurité sociale, notamment l'assurance maladie, ne serait pas née en 1945

Les hôpitaux de petites villes sont directement concernés par les dimensions sociales d'accès aux soins et d'accueil des personnes quelles que soient leurs ressources, ce que peu de gens aujourd'hui ne contestent et certainement pas les cliniques privées ou la médecine libérale. L'hôpital de proximité, pivot irremplaçable du service public local, devient de plus en plus

essentiel.

C'est dans cet esprit que l'APVF rejoint sans difficulté certaines propositions du rapport LARCHER en faveur de l'organisation hospitalière réaménagée avec davantage de pertinence territoriale, mais en regrettant qu'un hospitalo-centrisme très urbain ait guidé la majorité de ses pages. La place de la santé publique dans les missions de l'hôpital, l'accès de nos concitoyens

² En 2005, 10.7% pour l'Allemagne, 10,2% pour l'Autriche, 10.3% pour la Belgique, 10.1% pour la Grèce, 10.2% pour le Portugal, 11.6% pour la Suisse, 9.1 pour le Danemark, 9.2 pour les Pays-Bas, 9.1% pour la Suède et 11.1 % pour la France. Source : Tableaux de l'économie française, édition 2007, INSEE.

les plus pauvres à une prise en charge hospitalière auraient sans doute mérité bien d'autres développements. Des propositions seront faites en ce sens.

Le vent de réforme, qui souffle une fois de plus sur l'hôpital, présente pour l'APVF le bénéfice de placer la discussion, au-delà d'une logique de défense arc-boutée sur la routine et de vieux acquis, sur le terrain des propositions positives d'évolution de notre système hospitalier. L'APVF est prête à poursuivre, avec tous, des discussions en ce sens dès lors que de véritables temps de négociations lui seront consacrés. Elle y voit dans tous les cas le pré-requis indispensable à la progression des établissements de santé de petites villes vers la satisfaction des attentes de nos concitoyens.

Part de la dépense nationale de santé dans le PIB dans quelques pays de l'OCDE

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
États-Unis	5,1	7,0	8,8	11,9	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3
Suisse	4,9	5,5	7,4	8,3	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6
France	3,8	5,4	7,0	8,4	9,6	9,7	10,0	* 10,9	11,0	11,1
Allemagne	nd	6,0	8,4	8,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
Autriche	4,3	5,2	7,5	7,0	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2
Portugal	nd	2,5	5,3	5,9	*8,8	8,8	9,0	(e) 9,7	(e) 9,8	(e) 10,2
Belgique	nd	3,9	6,3	7,2	8,6	8,7	9,0	* 10,1	(e) 10,2	(e) 10,3
Grèce	nd	4,7	5,1	5,8	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1
Pays-Bas	nd	nd	7,5	8,0	8,0	8,3	8,9	(e) 9,1	(e) 9,2	(e) 9,2
Suède	nd	6,8	9,0	8,3	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1
Danemark	nd	nd	8,9	8,3	8,3	8,6	8,8	* 9,1	(e) 9,2	(e) 9,1
Italie	nd	nd	nd	7,7	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
Hongrie	nd	nd	nd	nd	6,9	7,2	7,6	(e) 8,3	(e) 8,1	(e) 8,4
Royaume-Uni	3,9	4,5	5,6	6,0	7,3	7,5	7,7	* 7,8	(1) 8,1	(1) 8,3
Espagne	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	7,2	7,3	* 7,9	(e) 8,1	(e) 8,2
Japon	3,0	4,6	6,5	6,0	7,7	7,9	8,0	(e) 8,1	(e) 8,0	(e) 8,0
Irlande	3,7	5,1	8,3	* 6,1	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5
Finlande	3,8	5,5	6,3	7,7	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
Luxembourg	nd	3,1	5,2	5,4	5,8	6,4	6,8	* 7,8	(e) 8,3	(e) 7,3
République tchèque	nd	nd	nd	4,7	*6,5	6,7	7,1	* 7,4	7,3	7,2
Slovaquie	nd	nd	nd	nd	5,5	5,5	5,6	5,9	* 7,2	7,1
Pologne	nd	nd	nd	4,8	5,5	5,9	*6,3	6,2	6,2	(e) 6,2

nd : résultat non disponible. e : estimations. * : rupture de série. (1) : différence de méthodologie.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Source : OCDE.

AVANT-PROPOS

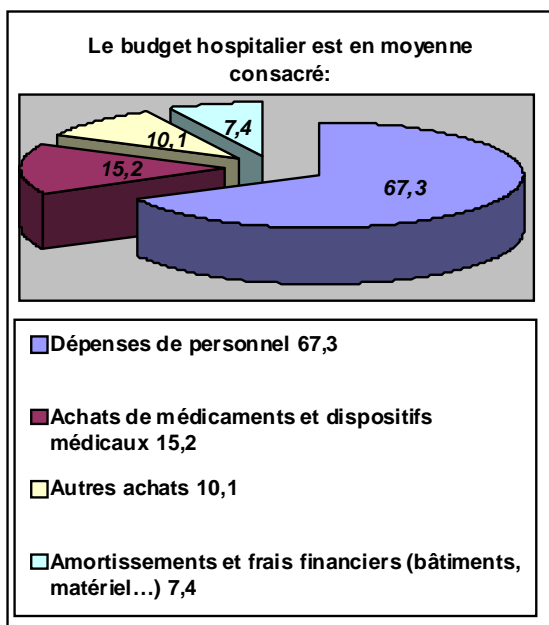
Caractéristiques et dynamique des hôpitaux de petites villes

Les établissements hospitaliers de petites villes ont des statuts divers : plus de 500 centres hospitaliers (CH) pouvant être rattachés à plusieurs communes et de ce point de vue davantage insérés dans les logiques d'intercommunalité, plus de 300 hôpitaux locaux (HL)³. Même si plus de la moitié des centres hospitaliers se situent dans des petites villes, certains le sont dans des communes rurales et d'autres dans de plus grandes villes.

Minoritaires au niveau macro-économique et dans les discussions sur l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), puisqu'ils pèsent moins de 50% des dépenses hospitalières et emploient moins d'un agent sur deux, ils sont majoritaires en nombre d'établissements publics.

C'est dire que les petits hôpitaux sont visibles de la population, en particulier dans les zones rurales, et ceci d'autant plus que le démantèlement des services publics locaux se poursuit...

- Directement concernés par la permanence des soins, ils sont surtout aujourd'hui occupés à rechercher des pistes pour subsister.
- Implantés dans des petites villes, souvent au centre de territoires ruraux, ils sont progressivement écartés d'un système qui se recentre sur les capitales régionales.
- Particulièrement touchés par les effets de la démographie médicale, ils sont pourtant les premiers concernés par l'augmentation de l'espérance de vie qui met en exergue le besoin de proximité des soins.
- Fragilisés dans une pure logique de spécialisation médicale et de plateaux techniques, ils sont en revanche naturellement impliqués dans la dimension des actions de santé publique et d'aides aux plus démunis. D'une certaine façon, ils sont les premiers à avoir traduit le fait que l'hospitalo-centrisme tourné vers le curatif – certes le cœur de métier de l'hôpital – devait se développer en intégrant la prévention, les déterminants de santé et les relations avec le domicile pour une satisfaction réelle de la population.
- Tenus d'innover depuis plus de 10 ans, ils peinent à obtenir la reconnaissance de leur spécificité et doivent encore consacrer beaucoup d'énergie pour combattre des idées reçues.



Source : hopital.fr / APVF

Non ! les établissements de petites villes ne sont pas, *a priori*, plus dangereux que les autres, sinon ce serait déjà publiquement démontré. Selon les données issues de l'Indice Composite d'Activité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) pour 2006, présentées en janvier 2008, si 44,6 % des CHR-U sont classés en A, les établissements de taille plus modeste détiennent de meilleurs résultats puisque 61 % des centres hospitaliers de moins de 300 lits et 68 % de ceux de plus de 300 lits obtiennent la même note.

Non ! les établissements de petites villes ne sont pas plus coûteux que les autres. En terme de gestion, les études récemment publiées font apparaître un seuil d'économies d'échelles assez bas (200 lits environ) et un seuil de déséconomie d'échelle, c'est-à-dire de rendements d'échelles décroissants, à 650 lits installés environ, information reprise dans le rapport Larcher sur les missions

³ Source : Les grands chiffres nationaux de l'hospitalisation (2002).

de l'hôpital⁴. Regrouper toutes les activités dans un seul hôpital, qui dépasserait les 650 lits, est donc contre-productif au plan budgétaire.

Si les petits hôpitaux n'ont pas les moyens techniques pour soigner les pathologies graves, les gros hôpitaux usent de moyens disproportionnés pour soigner des pathologies qui ne nécessitent pas tant de moyens. C'est donc l'absence de coordination et de complémentarité entre petits et grands hôpitaux qui engendrent des coûts structurels non négligeables.

Oui ! les établissements de petites villes doivent évoluer et leur dynamisme en la matière est réel.

Oui ! les établissements de petites villes sont capables de comprendre que seuls ils ne peuvent pas tout faire.

Personne ne conteste que les soins les plus pointus, comme la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la neuroradiologie interventionnelle ou le traitement des grands brûlés, soient inscrits au niveau interrégional.

Personne ne conteste non plus que les équipes hospitalières doivent être réactives aux situations d'urgence, en particulier en chirurgie, réanimation, obstétrique.

Personne ne conteste qu'il faut se regrouper pour conserver une cohérence territoriale, et les établissements publics des petites villes ne sont pas les derniers à s'être rapprochés des établissements privés en la matière.

Dans les petites villes, à l'inverse des plus grandes, on parle moins de concurrence que de complémentarité.

Les premières conclusions des Etats Généraux de l'Organisation des Soins (EGOS) l'illustrent parfaitement. Les ministres ont souhaité que ces états généraux aient pour objectif de recueillir des contributions de professionnels afin de préparer le projet de loi sur la modernisation de l'accès aux soins prévue pour l'automne 2008. Plusieurs axes avaient été fixés : rénover l'offre de premier recours, identifier des outils qui permettront de garantir aux citoyens une plus grande égalité d'accès aux soins, améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Au terme de quatre mois de concertation, ont été recensés des propositions sur :

- le partage des compétences administratives et médicales afin d'éviter l'émiettement du temps de travail lié à l'isolement ;
- l'encouragement à l'implantation de maisons de santé pluridisciplinaires financées par l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales en évitant les projets concurrents sur un même territoire ;
- la mise en place de l'interlocuteur de sortie à l'hôpital pour les patients et les professionnels libéraux ;
- des outils pour favoriser le décroisement, dès la formation initiale, entre la ville et l'hôpital.

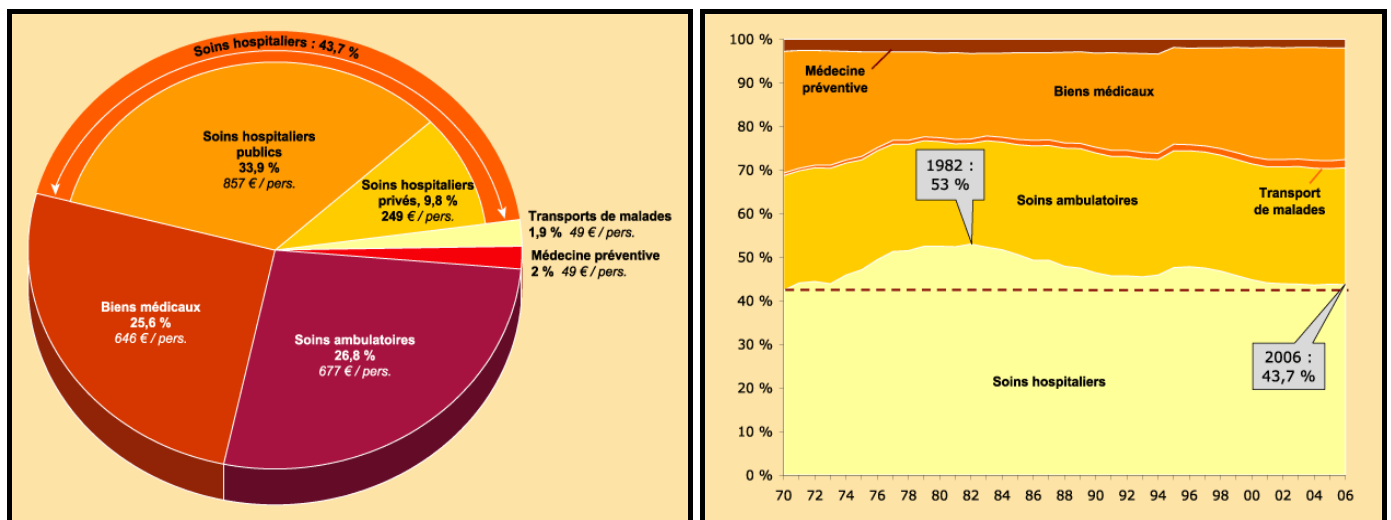
Les hôpitaux des petites villes sont prêts à débattre de ces questions.

Au demeurant, les prochaines années imposent des changements collectifs importants, autour de plusieurs enjeux.

⁴ Voir par exemple les études citées dans le rapport Larcher : Aletras V., Jones A., Sheldon T.A., *Economies of scale and scope*, et Ferguson B. Goodard M., *The case for and against mergers*, in Ferguson B., Sheldon T., Posnett J., *Concentration and choice in health care*, Glasgow, Royal Society Medicine Press, 1997

- l'exercice isolé est pénalisant, aussi bien en termes financiers qu'au niveau de la qualité ; il est pourtant de règle aujourd'hui, y compris dans les cabinets médicaux libéraux. Cependant, mobiliser les professionnels de santé par la prescription ne signifie pas travailler en équipe.
- la promotion de la santé, y compris la réduction des inégalités sociales ou régionales, est encore insuffisante, malgré des efforts notamment européens (le 2^{ème} programme d'action communautaire 2008–2013 dans le domaine de la santé est doté de 321 millions d'euros).
- l'amélioration de la sécurité sanitaire des citoyens, y compris en cas de crise ou de catastrophe sanitaires, est essentielle.
- La production et la diffusion des connaissances en matière de santé avec le développement « des cyber-citoyens » soucieux de gérer leur santé de façon autonome et responsable doit être prise en compte, les établissements de petites villes ont là aussi un rôle à jouer.

Découpage des dépenses de santé en France



Source : IRDES - Eco-Santé France 2008, d'après données Drees, Comptes de la Santé

PREMIERE PARTIE

La proximité comme clef de développement des hôpitaux : les principaux points de malentendu

La proximité des soins hospitaliers est nécessaire pour assurer une offre de soins juste et de qualité. Pourtant, la proximité semble paradoxalement se faire sans négociation avec les hôpitaux de proximité, sans cohérence et sans discussion financière.

A/ Des décisions relatives à la proximité des soins perçues comme unilatérales pour les hôpitaux

Qu'est-ce qu'un territoire de santé ?

Les territoires de santé se substituent aux anciens secteurs sanitaires depuis la mise en place des SROS. Leur découpage est hiérarchisé en quatre niveaux reposant sur une technicité croissante :

1) Territoires de santé de premiers recours : ils correspondent aux bassins de vie déterminés par l'INSEE. C'est le niveau pertinent pour l'organisation des soins de premiers recours. Leurs frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives.

2) Territoires de santé de proximité : Ils s'appuient sur l'analyse des flux vers les établissements de santé pour les activités médecine et chirurgie en délimitant les aires d'influences de différents sites.

3) Territoires de plateaux techniques : Ils correspondent à l'esprit des anciens secteurs sanitaires. L'accès se fait 24h sur 24h avec l'organisation graduée pour :

- L'anesthésie, la réanimation,
- La chirurgie,
- L'obstétrique, la pédiatrie,
- L'imagerie, la biologie,
- Les disciplines interventionnelles.

4) Territoire régional : il constitue le dernier maillon structurant l'offre régionale. C'est à ce niveau que s'organisent la coordination de l'offre de soins régionale pour un segment d'activité (réseaux régionaux), l'offre de soins pour des équipements onéreux, les techniques de pointe, l'activité hyper spécialisée et pour la recherche.

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) passés avec chaque établissement de santé déclinent des objectifs régionaux (notamment par la définition d'objectifs quantifiés de l'offre de soins).

Les Agences Régionales de l'hospitalisation (ARH) ont, lors du Schéma régional d'organisation des soins précédent, procédé à des restructurations qui ont concerné principalement les maternités. Cependant, à l'issue des SROS 2, il a été observé que la chirurgie et les plateaux techniques ont été assez peu restructurés et de manière générale très peu traités dans le cadre de ces schémas.

En conséquence, et compte tenu des enjeux de sécurité, la circulaire du 5 mars 2004 a fait de la réorganisation des plateaux techniques un enjeu majeur pour ces schémas en émettant des recommandations précises en matière de seuil d'activité. Ce texte recommande de faire évoluer les sites de chirurgie qui ont une activité annuelle inférieure à 2000 interventions avec anesthésie vers des disciplines répondant à des besoins avérés pour la population, tels que les soins de suite ou de réadaptation et la médecine, sauf si des raisons d'ordre géographique justifient leur maintien, après une évaluation rigoureuse des risques. Pour les sites dont l'activité est supérieure mais qui connaissent également d'importantes difficultés, la sécurité des soins impose qu'une analyse soit conduite pour évaluer la nécessité de maintenir l'activité de chirurgie. Les recompositions prévues par le SROS 3 devraient porter majoritairement sur la chirurgie.

Si l'APVF n'entend pas contester dans son esprit la graduation des soins, elle s'élève contre la logique couperet qui n'a pas vraiment disparu quand bien même les discours auraient formellement changé. Elle admet le repositionnement d'un établissement hospitalier dans une démarche d'amélioration des soins, pour autant que cette dernière soit démontrée.

La concertation est nécessaire pour toute réflexion sur la proximité des soins. Il est aberrant de retirer *sine die* une autorisation d'activité dès l'instant où cette dernière

est en dessous d'un seuil. La restructuration d'un hôpital doit prendre en compte la réalité locale et pas seulement des données techniques et financières.

B/ Une proximité perturbée par la « cohérence » SROS/T2A

Le financement des établissements de santé avant la T2A

Le financement des Établissements publics de santé (ESP) et des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH)

Les ESP et les établissements PSPH étaient dotés, depuis la loi du 19 janvier 1983, d'une dotation globale de fonctionnement (DG) annuelle, reconduite chaque année en l'absence de toute négociation réelle entre l'autorité de tutelle et l'établissement. La DG était ainsi calculée sur la base de l'exercice précédent modulé du taux de croissance des dépenses hospitalières, déconnectant ainsi les moyens de l'évolution de l'activité.

Le financement des établissements de santé à but lucratif

La structure étant ici séparée des praticiens, les hôpitaux privés facturaient directement à l'Assurance Maladie les forfaits de prestation (rémunération de la structure) et les actes (rémunération des praticiens libéraux), sur la base de tarifs variables géographiquement et négociés avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Les forfaits de prestation étaient ainsi encadrés par la mise en place d'objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à réguler le financement par rapport à l'activité.

Source : wikipedia

Les outils de coopération hospitalière entre hôpitaux sont multiples et le rapport Larcher veut encore en rajouter.

Avant l'application de la tarification à l'activité, le paysage des coopérations était schématiquement différent. Les diverses dispositions financières et pratiques comprenaient :

- des accords sur l'orientation des patients ;
- des prestations gratuites (en personnel et en moyens matériels) ;
- un établissement support obtenant le financement de postes partagés ou le financement de postes partagés réparti entre les établissements ;
- des mécanismes simples de remboursement de prestations, même si des difficultés pouvaient exister avec le financeur et les autorités de tarification ;
- des désaccords sur le montant et la nature des remboursements
- des divergences d'appréciation sur la nature des services rendus (durée et continuité de la prestation, orientation des patients)

Aujourd'hui le paysage est profondément modifié.

La tarification à l'activité et les fonds MIGAC, accessoirement avec le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)⁵, définissent actuellement le paysage financier, avec en permanence des décisions régaliennes, sans consultation ni explications en terme de régulation prix/volumes et d'arbitrages MIGAC/T2A.

Dans le cadre des coopérations, des établissements supports peuvent être mis en difficulté car une convention type rembourse les salariés médicaux mais pas le « chiffre d'affaires ». La situation sera d'autant plus mal ressentie que le produit de la T2A ira à l'établissement dans lequel l'activité est réalisée (les exemples des filières d'urgence et de financement des lignes de garde sont typiques).

Il n'est pas normal que les solutions - parlons plutôt « d'arrangement » - soient trouvées au cas par cas. S'agissant de la régulation prix/volume, il convient de déplorer que le nouveau dispositif de régulation ne facilite pas la coopération. Il est aujourd'hui impossible de mutualiser les

⁵ Le FIQCS finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS)⁶, il est encore moins possible d'obtenir une exclusivité d'activité du fait des coopérations. Dommage que le rapport Larcher sur ce point demeure si discret.

Il est donc nécessaire d'inscrire les coopérations dans une approche stratégique, il ne faut pas négliger le facteur humain et les logiques d'acteurs

Le financement des hôpitaux avec la T2A

En 2004, la réforme de l'assurance maladie a modifié le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement. Les modalités de financement des hôpitaux ont été profondément bouleversées pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Une part de plus en plus importante des ressources hospitalières dépend désormais du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2008, la part de la T2A est portée à 100%.

Les coûts sont détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital. Certaines d'entre elles - comme les missions d'intérêt général, les activités d'urgence ou les prélèvements d'organes - continuent cependant de bénéficier d'une part forfaitaire (le MIGAC).

Cette « tarification à l'activité » s'appuie sur l'activité réalisée et devrait favoriser - entre autres - une plus grande équité dans la répartition des moyens entre les établissements de santé.

Dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, la notion de budget est remplacée par l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, car ce sont les produits de l'activité qui déterminent les ressources de l'hôpital.

Source : *hopital.fr*

C/ Une proximité à négocier financièrement

1/ Les ARH sont moins des régulateurs territoriaux que des opérateurs budgétaires et tarifaires.

La T2A est un révélateur puissant de la sous-performance théorique des hôpitaux. Elle ne peut trouver ses effets que si elle s'inscrit dans une bonne articulation entre planification et régulation par les tarifs. La marge de progression en ce sens reste énorme. L'exemple des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est évocateur. En effet, les problèmes posés par les CPOM sont doubles :

- D'une part, ils font l'objet d'une négociation en deux volets, ce qui scinde la partie « prospective » de la partie « financement » et ne permet pas de disposer d'une vue d'ensemble. Il conviendrait de donner aux établissements, dans un cadre contractuel, une visibilité budgétaire à long terme sur les enveloppes hors T2A (missions d'intérêt général, investissements stratégiques).
- D'autre part, les CPOM reflètent les limites des mécanismes de planification dans leur ensemble, manquant d'une vision cohérente de ce que doit être l'évolution des territoires de santé : il n'y a pas de cohérence entre le plan de redressement de chaque établissement et l'organisation des soins à l'échelle de la région.

Des incertitudes existent sur le principe même de la T2A. Le pari de la T2A consiste à donner plus à certains et moins à d'autres, ce qui implique que ceux qui ont des efforts à faire les fassent vraiment. Dans les faits, ceux qui devaient rendre de l'argent ne sont pas en mesure de le faire – ce qui ne permet pas d'assurer l'équilibre financier de la réforme.

⁶ Cadre quantitatif par activité de soins déterminé pour chaque territoire de santé et ensuite décliné par établissement dans le cadre d'une négociation.

Par ailleurs, en l'absence de véritable pilotage national, on ne sait pas toujours quelle serait la situation des établissements si on passait à une T2A à 100 % « pure », donc sans les enveloppes MIGAC qui ont vocation à financer les missions d'intérêt général. Faute de communication, ou plus simplement de simulation chiffrée nationale, rares sont ceux qui maîtrisent le poids que génère mécaniquement la T2A dans le déficit des hôpitaux. C'est d'autant plus inquiétant que la montée en charge progressive de la T2A devrait dégager des marges de manœuvre pour accompagner la réorganisation de l'offre territoriale. Que sont-elles devenues ? Comment aujourd'hui les financer ? Qui peut se satisfaire de la seule information selon laquelle le tarif correspond à un « tout compris » alors même que les questions précédentes demeurent jusqu'à présent sans réponse très nette.

L'APVF s'est inquiétée à la suite du rapport Larcher qu'aucune proposition n'ait été faite sur le financement des petites structures hospitalières. Le rapport Larcher n'évoque pas les problèmes découlant de l'application de la T2A, or sa mise en œuvre pose de véritables difficultés dans les petits hôpitaux.

En tout cas, c'est dire l'importance des problèmes de pilotage. Au niveau central, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) peine à suivre le dispositif. Au niveau régional, les ARH font parfois preuve d'un certain scepticisme sur leur capacité à piloter cet outil, ce qu'a récemment relevé le Président de la République dans son discours lors de la remise du rapport Larcher.

2/ Les éléments financiers de négociation sont de plus en plus fréquemment indisponibles

La logique de la réforme implique que soit poursuivie à un rythme rapide la montée en régime de la convergence intra-sectorielle.

Pour les établissements anciennement sous dotation globale, il a été proposé d'appliquer la tarification à l'activité à 100%, en adoptant un processus de transition similaire à celui en vigueur

pour les établissements antérieurement sous OQN⁷. La transition serait gérée selon un mécanisme de coefficient qui serait calculé pour chaque établissement et convergerait chaque année de sorte que l'écart à 1 se réduise. Il s'agit par ce moyen de poursuivre la réforme du financement des établissements de santé en favorisant les éléments les plus dynamiques et en incitant les moins efficaces à se réformer.

La question centrale est celle du choix des outils adéquats d'établissement d'un diagnostic et d'accompagnement des restructurations. De ce fait, les propositions ne peuvent avoir de valeur que si elles sont précédées d'une analyse systémique et d'une prise en compte des délais nécessaires à la conduite du changement (les objectifs de

Les agences régionales d'hospitalisation

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie.

Elles sont chargées de mettre en œuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le Gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources.

Elles s'appuient sur les travaux des conférences régionales de santé qui définissent annuellement les priorités régionales de santé et sur les avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS).

Elles élaborent, en partenariat avec tous les professionnels de santé, les schémas régionaux de l'organisation sanitaire qui tracent, tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé.

Source : www.sante.gouv.fr remanié

redressements des établissements à court terme ne sont pas forcément concordants avec la logique du système). De même, la complexité du système est telle que toute proposition, pour être opérante, doit être d'une radicale simplicité d'application.

⁷ Objectif quantifié national.

L'APVF regrette que la mission Larcher ait été si peu bavarde sur ce sujet. Elle attend que cette question soit démocratiquement débattue. La généralisation des mauvais résultats financiers dans le secteur public ne peut plus s'accommoder de mécanismes d'attente, et les hôpitaux supportent de plus en plus mal les années de transition.

3/ Les termes des échanges sont de plus en plus difficiles à équilibrer

Aujourd'hui, parmi les plus petits établissements, les seuls qui s'en sortent financièrement sont ceux qui bénéficient de l'exonération des charges dans les zones de revitalisation rurales, que le gouvernement a tenté de supprimer, ou ceux qui ne supportent pas la rémunération des médecins qui perçoivent directement leurs honoraires (en cas de rachat de clinique par exemple).

Le seuls chiffres officiels de recomposition dont nous disposons mentionne à l'issue des SROS 3 une diminution d'implantations chirurgicales comprise, selon les régions, entre 5,4 et 12,4%, à rapprocher d'une augmentation d'implantation en médecine compris entre 1 et 3%. Le compte n'y est pas.

Il est urgent d'expliquer aux petits hôpitaux qu'ils ne sont pas les seuls à payer la réforme.

DEUXIEME PARTIE

Rétablir un dialogue plus sincère sur la réorganisation hospitalière

Le rapport Larcher sur les missions de l'hôpital comporte de nombreuses recommandations, dont certaines sont reprises par l'APVF qui souhaite que les élus des petites villes soient pleinement associés à leur mise en œuvre.

La concertation est nécessaire, la réforme hospitalière ne doit pas être marquée d'un parisianisme exacerbé, l'enjeu est trop important pour qu'elle se fasse sans concertation, sans dialogue. Les comportements institutionnels doivent changer afin que les élus locaux et tous les acteurs concernés par l'organisation hospitalière soient consultés, associés voire co-décisionnaires sur ces questions.

Le retour des urbains dans les petites villes et les espaces ruraux est bénéfique, il permet une baisse de la concentration urbaine et des problèmes qui en découlent : pollution, stress, nuisances, etc. Ce retour ne peut se faire que si les petites villes offrent un minimum de services aux citoyens, pour qui l'offre de services de santé est déterminante.

Le développement de déserts médicaux, c'est la fin des territoires. Cette donnée doit être prise en compte dans la négociation sur la réorganisation hospitalière. La permanence des soins est une donnée essentielle de l'aménagement du territoire, c'est pourquoi les petites villes ne peuvent pas se satisfaire d'une seule logique comptable de rentabilité à court terme.

La cohérence est ici nécessaire : il n'est plus possible de se féliciter de la réussite de certaines politiques de santé publique et de laisser certains citoyens à une distance déraisonnable et dangereuse du premier service d'urgences.

A/ Une meilleure prise en compte de la situation des petits hôpitaux est nécessaire avant de fixer les objectifs d'une réforme

1) *Les Communautés hospitalières de territoire*

Le maintien des hôpitaux de petites villes est essentielle pour assurer une prise en charge équitable des soins sur le territoire. Ce maillage sanitaire est nécessaire et doit être sauvegardé.

L'APVF partage les conclusions du rapport Larcher concernant l'instauration d'une politique hospitalière davantage personnalisée avec une redéfinition des organisations territoriales ; elle souhaite être associée à la discussion des modalités de mise en œuvre. La mise en place des communautés hospitalières de territoires doit se faire en prenant en compte les problèmes mais aussi les atouts des petits hôpitaux. Ces communautés hospitalières ne doivent pas se faire contre les petits hôpitaux mais avec eux, en les intégrant, en utilisant leur potentialité pour aboutir à un maillage sanitaire juste, équilibré et économiquement efficient. L'idée de rapprocher les acteurs de l'offre publique est séduisante pour autant qu'elle débouche sur des projets communs qui devront être d'autant plus solides et réfléchis que les difficultés techniques, notamment liées au choix du périmètre communautaire, abonderont.

L'APVF considère que l'ampleur du rôle joué par les communautés hospitalières de territoire dépendra tout d'abord de la stabilité de ses membres.

Il n'est pas admissible qu'il s'agisse, sous couvert de libre adhésion, de diluer les activités hospitalières et de précipiter les fermetures.

Il convient au surplus de respecter tous les acteurs des territoires. La communauté hospitalière de territoire ne doit pas être une nouvelle « citadelle publique » qui relève exclusivement du pouvoir du directeur d'Agence. La loi devra apporter les garanties nécessaires pour que tous les acteurs de santé, notamment les professionnels libéraux et les établissements associatifs trouvent toute leur place.

L'APVF sera particulièrement vigilante aux résultats de l'évaluation annoncée dans le rapport Larcher. Elle souhaite être auditionnée à cette occasion.

L'APVF partage aussi les conclusions du rapport Larcher sur la généralisation des filières de soins.

2) La télémédecine

Elle est attentive quant aux recommandations sur la télémédecine. Cette nouvelle capacité technologique est un atout pour la proximité des soins et donc pour le développement des hôpitaux de petites villes puisqu'elle consiste à permettre ou à faciliter la pratique à distance de la médecine grâce aux techniques modernes de télécommunication et de traitement d'informations numériques de tous types.

Différentes familles d'utilisation de la télémédecine peuvent être envisagées, selon que l'application concernée vise principalement à :

- des échanges d'avis entre professionnels de santé (téléconsultation, téléexpertise, visioréunions, parfois multidisciplinaires)
- assister à distance, principalement par des conseils, un patient localement démuné (téléassistance)
- surveiller à domicile, en ambulatoire, une fonction vitale défaillante (télésurveillance)
- pratiquer totalement et exclusivement à distance un acte médical (télédiagnostic, téléchirurgie)
- organiser la circulation des données dans un réseau de santé (cyber-réseaux de santé)
- délivrer des informations, voire un enseignement (cyberformation ou e-learning)
- participer à la gestion des systèmes de santé (cybermanagement ou e-management)
- offrir aux patients un accès direct et permanent à leur dossier de santé ou à des téléservices.

Les pratiques de télémédecine doivent être encouragées en valorisant les prestations réalisées à distance, qu'elles soient pratiquées à domicile ou à l'hôpital. Les petits hôpitaux doivent rejoindre les réseaux disponibles. Par exemple, en Midi-Pyrénées existe le Réseau Télémédecine Régional Midi-Pyrénées qui réunit 49 établissements de santé du secteur. Outre son action sur le soin, il facilite les actions de prévention et d'éducation à la santé ainsi que la coordination des programmes de recherche clinique.

Une parfaite intégration des hôpitaux de petites villes dans les réseaux de soins nécessite d'achever leur modernisation ; les petites structures doivent bénéficier du plan d'informatisation dans le cadre du plan hôpital 2012 afin de permettre une utilisation systématique des techniques de télémédecine.

3) La certification

La certification, nécessaire, des hôpitaux, pose trois problèmes principaux pour les petits hôpitaux :

- La première conséquence d'une non certification est la médiatisation. Devant les procès faits aux petites hôpitaux, une non certification de l'un d'entre eux est fatale. L'impact sur la population en cas de non certification sera forte : les patients se détourneront de l'hôpital non certifié, ce qui, dans un mécanisme de financement à l'acte, est gravement préjudiciable.
- La deuxième conséquence a trait à la réaction des ARH. Si plusieurs établissements présentent le même projet sur le même territoire, l'ARH attribuera le projet à l'établissement ayant obtenu la meilleure certification. Il faut aussi tenir compte de la possibilité de voir, plus tard, les moyens financiers liés aux critères de certification.
- La troisième conséquence a trait à l'impact de la certification sur le recrutement des professionnels. Les professionnels médicaux s'assureront des résultats de la certification avant de rejoindre un hôpital et en cas de mauvais résultats l'attractivité de l'hôpital en pâtira.

Il convient donc d'aider les petits hôpitaux à obtenir des bons résultats lors de la procédure de certification, en aidant financièrement leur modernisation et en favorisant la mutualisation des compétences. La non certification ne doit pas devenir un nouveau couperet pour les petits hôpitaux légitimant au yeux de tous la fermeture de services.

Les normes de sécurité difficiles peuvent être difficiles à respecter pour les établissements les plus petits : la présence d'une infirmière hygiéniste ou d'un qualicien n'est pas possible dans tous les hôpitaux. Il est nécessaire pour les petits hôpitaux de mutualiser ces compétences. La certification doit être adaptée à la taille de l'établissement. Aujourd'hui, le référentiel est le même quelle que soit la taille de l'établissement.

B/ Le développement des alternatives à l'hospitalisation doit permettre aux petits hôpitaux de se repositionner dans le schéma territorial

L'APVF partage les conclusions du rapport Larcher sur l'ambulatoire et les hôpitaux de jour.

Concernant l'Hospitalisation à Domicile (HAD), il est dommage que le rapport Larcher ait été aussi timide. Outre le fait qu'il s'agisse d'une alternative économique démontrée pour les soins de suite et de réadaptation, l'HAD est une activité de soins à part entière, particulièrement pertinente en termes de services rendus à tous les âges de la vie et d'organisation des soins entre l'hôpital et les professionnels libéraux. Cette pratique est donc essentielle à l'offre locale de services et doit être bien plus fortement soutenue. Si les petits hôpitaux ne la prennent pas, c'est le privé, déjà majoritaire, qui la monopolisera.

L'APVF partage les observations du rapport Larcher concernant la liaison avec le médico-social. Le contenu du sujet est tellement important qu'il appelle à ce jour de nombreuses études supplémentaires, en lien directe avec la mise en œuvre des ARS.

C/ L'APVF demande une modification des comportements institutionnels

- 1) L'APVF réclame davantage de transparence dans les décisions administratives

L'APVF demande davantage de transparence, en amont et en aval des décisions stratégiques concernant tous les établissements de santé, par exemple :

- publication des avis des rapporteurs aux Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) en complément des positions des CROSS.
- motivations explicites, en fonction du contexte des décisions prises, y compris des décisions positives, car aujourd'hui toute décision stratégique fait grief à des tiers.
- suivi et publication des indicateurs de performance mis en œuvre dans les CPOM.
- suivi et publication réguliers des situations financières des établissements.

L'APVF se tient prête à toute discussion pour progresser dans ce sens.

2) L'APVF réclame davantage de solidarité entre les établissements

La solidarité existe et elle se manifeste déjà par de nombreuses conventions de gestion. Encore faut-il introduire de l'objectivité dans ce qui se fait en respectant trois dimensions :

- l'état des lieux
- le bilan financier
- le service rendu à la population

C'est justement parce que le rapport Larcher veut aller plus loin dans la solidarité entre établissements qu'il est nécessaire de s'y préparer. Etrangement, ce type d'exercice ne figure pas dans les innombrables commandes des autorités de régulation passées aux établissements ou dans celles qu'elles s'imposent à elles mêmes.

3) L'APVF réclame davantage d'ouverture sur la ville

Les hôpitaux de petites villes, plus que les grands établissements, doivent se restructurer en s'ouvrant sur la ville, et donc en favorisant les partenariats avec la médecine libérale mais aussi avec le secteur médico-social.

La politique dite du « guichet unique » est certainement à développer dans les petites villes. Profiter d'une reconstruction pour associer par exemple un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), un Centre local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC)⁸ et une maison du handicap, est une initiative à promouvoir.

Aucune formule n'est à écarter, y compris de s'associer avec les collectivités locales pour développer des logements intergénérationnels et les proposer aux élèves des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

Ambulatoire / Hôpital de jour / Hospitalisation à Domicile

L'ambulatoire désigne un traitement qui ne nécessite pas l'hospitalisation du malade. Une prise en charge ambulatoire permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans que celui-ci ne soit hospitalisé. Une chirurgie ambulatoire est un geste chirurgical qui se fait dans la journée, et qui ne nécessite pas que le patient reste le soir à l'hôpital.

Un hôpital de jour est un établissement, ou une partie d'un établissement hospitalier, qui accueille ses patients durant une matinée, une après-midi voire une journée complète afin de réaliser des soins ou examens qui nécessitent la proximité d'un plateau technique, sans pour autant devoir être hospitalisé plusieurs jours, dans le cadre de maladies chroniques le plus souvent.

L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement.

TROISIEME PARTIE

Les hôpitaux de petites villes : une capacité de changement forte, des atouts évidents

Les hôpitaux de petites villes doivent développer des missions spécifiques, adaptées à leur situation particulière. Les spécificités des petits hôpitaux doivent devenir un atout dans l'offre de soins.

A / L'engagement dans une dynamique collective territoriale renforcée

C'est l'atout maître des hôpitaux de petites villes s'ils acceptent d'entrer dans cette dynamique territoriale. Ceci suppose d'intégrer la cohérence des projets au niveau d'un territoire, d'intégrer la subsidiarité et de démontrer la capacité des hôpitaux de petites villes à l'approfondissement de leur réflexion sur les sujets les concernant.

1) Intégrer la cohérence territoriale des projets

Tout projet hospitalier ou médico-social doit comporter une réflexion sur l'aménagement du territoire. La réflexion sur la cohésion territoriale ne doit pas se faire uniquement à la Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires (DIACT) ou au ministère de l'Intérieur, mais dans toutes les institutions, et en l'occurrence au Ministère de la Santé.

L'ouverture d'un service d'hospitalisation à domicile, la création d'une Unité de soins intensifs cardiologiques (USIC), la mise en œuvre territoriale du plan cancer, la création de filières de soins sont autant de circonstances et d'exemples où la cohérence territoriale doit être objectivée, c'est-à-dire que doivent être envisagés :

- un état des lieux du territoire,
- une analyse de l'activité par établissement,
- une mesure de l'accessibilité aux soins au regard des seuils de fonctionnement (urgences, oncologie, interventions chirurgicales),
- une analyse de la situation en amont et en aval de l'hôpital (prévention, santé publique),
- une analyse de l'organisation médicale et administrative.

Il s'agit d'un préalable à toute amélioration de la structuration des filières et à l'engagement d'outils communs.

L'APVF s'est félicitée de la volonté du Ministère de la santé de vouloir que 90% de la population puisse être prise en charge en moins de 20 minutes par une structure d'urgence, contre 80% aujourd'hui⁹. L'APVF veillera à ce que ces restructurations hospitalières intègrent ce paramètre.

2) Intégrer la subsidiarité

De l'analyse objective de la cohérence territoriale découle le choix du portage des futurs projets selon le principe de subsidiarité. Le rapport Larcher développe largement ce point dans ses

⁹ Discours de M. BACHELOT lors de l'ouverture d'Hôpital expo, le 27 mai 2008

réflexions sur les communautés hospitalières de territoire, en l'enrichissant de réflexions sur la gouvernance commune. La mise en réseaux, entre CHU et petits hôpitaux notamment, doit devenir une pratique systématique intégrée dans les CPOM.

Réseaux de soins / Filières de soins

"Les réseaux de Santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations."

"Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médicales-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers."

"Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement, et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4 du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale."

Les filières de soins, quant à elles, sont organisées autour d'un médecin référent qui décide de l'orientation du patient et assure son suivi médical.

www.cnr.asso.fr

L'APVF qui, sur le principe, n'est pas hostile à cette étape, rappelle l'importance de la clarté et de l'impartialité qui doit accompagner ces diagnostics. L'histoire récente est peu encourageante. Elle alerte sur trois risques qui attendent les hôpitaux de petites villes.

- Sur la chirurgie, les établissements d'un même territoire ou simplement voisins, par groupes d'activité, risquent de se battre entre eux dans une logique de concentration. Les plus faibles perdront avec tous les risques de recombinaison sauvage.
- Les plus gros établissements, réfléchissant plus vite à l'identification de leur part de marché la plus rentable, risquent de laisser aux petits établissements la réalisation d'activités que ceux-ci ne pourront pas supporter financièrement ou ne pourront pas assurer pour des questions de sécurité. Dans les deux cas, la mauvaise image reviendra sur le plus faible.
- Les établissements de petites villes doivent bénéficier d'une autorité de régulation, d'une bonne formation interne pour bien gérer la négociation de leur contrat d'objectif et de moyens. Les éléments de comparaison non disponibles actuellement devront l'être très rapidement. Encore faut-il garder à l'esprit que des petites villes disposent de différentes catégories d'hôpitaux, dont certains têtes de réseau qui n'auront pas forcément les mêmes réflexes que leurs voisins plus petits, installés tout à côté.

3) Les hôpitaux de petites villes doivent démontrer leur capacité d'approfondissement, de réflexion et de proposition sur les problématiques sanitaires

Les nouvelles règles de jeu imposent des exercices auxquels les établissements sont peu habitués : passer du « ressenti » à « l'objectif » et ouvrir de nouveaux créneaux à la fois perturbants en terme d'habitudes et imposant de nouvelles règles de gestion. Comme cela est connu lors de nos grandes réformes, l'Etat qui impulse est rarement mieux préparé que les établissements à ces démonstrations qui doivent, du coup, être testées sur le terrain ; cela s'appelle l'expérimentation.

Malgré leur aide, les organes spécialisés (Mission d'expertise et d'Appuis aux Hôpitaux - MEAH, groupes de travail ministériels) et les représentants des établissements (grandes fédérations et associations) comptent aussi sur les opérateurs de terrain pour présenter des monographies qui seront publiées si celles-ci sont probantes.

C'est une chance pour les petits hôpitaux de mieux se faire connaître, d'autant que ces études sont le plus souvent financées. A titre

d'exemple, l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Midi-Pyrénées a décidé de soutenir financièrement la définition d'une méthodologie de comptabilité analytique de filière gériatrique qui intéresse également la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

B / Augmenter l'offre de services des hôpitaux de petites villes en les ouvrant sur la santé publique et ses déclinaisons

1) Les publics intergénérationnels

C'est le cœur de métier des établissements de petites villes. L'APVF considère que la réforme des Agences régionales de l'Hospitalisation en Agences régionales de Santé constitue une occasion positive de faire reconnaître les établissements de petites villes comme pivots dans la prise en charge des seniors.

Le rapport Larcher reprend nombre de propositions qui vont dans le sens d'une meilleure prise en charge pour les personnes âgées et les personnes handicapées, et l'APVF y souscrit globalement.

Il est notamment nécessaire de reconnaître aux petits hôpitaux leur rôle de tête de réseau dans la prise en charge des personnes âgées.

2) La santé publique

La généralisation des pôles hospitaliers de santé publique dans les hôpitaux de petite ville, ou à tout le moins sur un territoire rural, est une nécessité. Nous devons nous rappeler de la place de l'hôpital vis-à-vis des plus démunis. Il en va non seulement de notre histoire mais de l'éthique. Pour la santé, l'unique recours pour les personnes les moins favorisées est très souvent l'hôpital. L'accès total au soin se fait quasi-uniquement à l'hôpital.

Sur ce point, l'APVF regrette que le rapport Larcher sur les « missions de l'hôpital » soit avant tout pensé comme un rapport sur « l'organisation de l'hospitalisation ». En conséquence, la majorité des propositions concernent l'organisation des soins en médecine curative.

Alors que le ratio coût/efficacité de la médecine curative atteint un plateau, aucune proposition n'est faite sur la place de la prévention dans les missions de l'hôpital public. Les missions de santé publique apparaissent comme le seul moyen de faire baisser les dépenses de santé, ou au moins de ne pas les faire croître, tout en ayant une population en meilleure santé.

La dimension de santé publique des centres hospitaliers n'est pourtant pas débattue, ce qui va à l'encontre des politiques de santé menées récemment dans de nombreux pays. Cet aspect est pourtant au cœur de beaucoup des enjeux développés par le président de la république dans sa lettre de mission.

La santé publique progresse pourtant en France, en témoignent les campagnes de l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES), mais elle tarde à devenir une des missions essentielles de l'hôpital. Elle doit pourtant entrer à l'hôpital, par la mise en place de lieux d'écoutes, de dépistages et d'informations notamment.

Ainsi, à titre d'exemple, dans le rapport Larcher :

- les propositions d'amélioration du parcours du patient et de coordination avec les soins de ville ne concernent que les malades chroniques. « L'hôpital ne peut pas se penser sans sortir de ses murs » était une des phrases de la lettre de mission. Elle a été traitée sans innovation, de manière hospitalo-centrée, dans une optique d'adhésion de

l'ensemble des acteurs privés, institutionnels et associatifs à l'action hospitalière. Cette vision, qui n'aborde aucun thème de santé publique, est contraire au concept de travail en réseau.

- L'intégration de la dimension sociale et médico-sociale est axée sur les personnes âgées et les personnes atteintes d'affection invalidantes. Ce volet aurait pu intégrer la mission d'accès aux soins pour tous des hôpitaux et ainsi poser à la fois la question du rôle de l'hôpital dans les soins aux personnes en situation de précarité et aussi celle des relations avec la médecine libérale et l'hospitalisation privée.
- Les grandes thématiques de santé publique ne sont pas abordées dans la proposition concernant la coordination intersectorielle et les missions de l'hôpital « hors les murs ». Elles y auraient pourtant leur place.
- La même remarque peut être faite concernant les propositions sur la distribution territoriale de l'offre de soins et sur les rôles respectifs des acteurs publics et privés. Cette absence de positionnement peut nuire à la mise en place de politiques territoriales de santé et profiter à l'hospitalisation privée qui, paradoxalement, est en train de remporter le « marché » de la prévention.
- La réflexion sur l'avenir des Missions d'Intérêt Général était d'une importance capitale du point de vue de la santé publique. Aucune proposition n'est faite dans le rapport Larcher («poursuivre les travaux... »).

L'APVF considère que les activités de soins ne sauraient être dissociées de la prévention, de la santé publique et de la lutte contre les effets de la précarité.

Elle attend que les engagements du Gouvernement en la matière, en particulier en faveur des plus faibles, se retrouvent nettement dans le projet de loi en préparation.

3) Les conventions hospitalo-universitaires et la recherche.

La proposition du rapport Larcher de refonte de l'enseignement et de la recherche est un élément dynamique incontestable qui est aussi intéressant pour la formation initiale que pour la formation continue.

Les hôpitaux de petites villes ont toute leur place dans ce dispositif qui doit être ouvert plus largement dans les domaines où leur expertise est reconnue. L'enseignement et la recherche peuvent aussi être menées dans les hôpitaux de petites villes en tant que partenaires de filières, telle la filière gériatrie, ou la médecine de premier recours.

Plus largement, la formation des jeunes médecins nécessite d'être revue en offrant une formation universitaire solide sur le plan de la médecine de premiers recours et de nombreux stages de terrain où cette pratique serait concrètement approchée.

A titre d'exemple, les Gérontopôles en partenariat avec les hôpitaux des petites villes permettront de fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens, afin de dynamiser la recherche sur la longévité, de mieux prévenir les maladies responsables de la dépendance et de promouvoir la santé des personnes âgées.

C) L'investissement sur les personnels est nécessaire au maintien des structures de petites villes

Le problème de la démographie médicale touche directement les petits hôpitaux, dans lesquels les équipes sont souvent vieillissantes et leur renouvellement difficile. Surtout, un hôpital est un point d'attraction pour les généralistes et permet donc de lutter contre la désertification médicale.

Dans le monde rural, l'hôpital de petite ville est la principale structure de santé. Quand il n'y a plus de médecins libéraux, il n'y a plus que l'hôpital qui assure une permanence des soins.

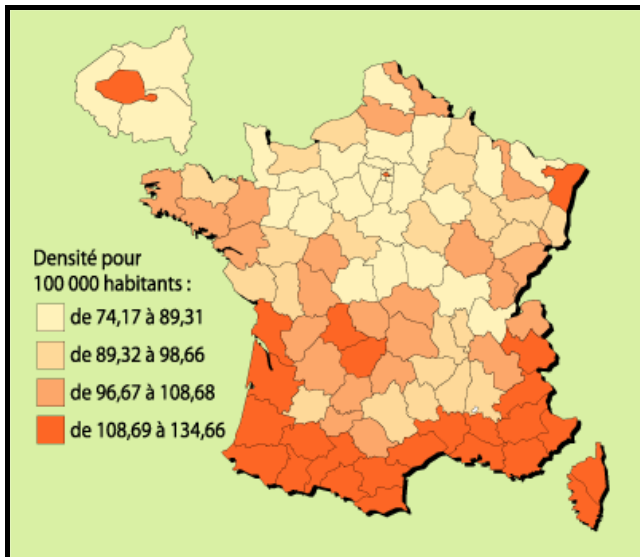
1) Valoriser les personnels et les nouveaux métiers

L'évolution des métiers de la santé, comprenant notamment les expérimentations de coopération et de délégations de tâches entre professionnels de santé, mises en œuvre en 2004 et 2006, est à développer ; les hôpitaux de petites villes sont directement intéressés.

Au delà des aides-soignants, aides médico-psychologiques, des auxiliaires de puériculture, des infirmiers ou des manipulateurs en radiologie, on ne peut plus ignorer que le suivi du dossier patient, de l'identification de la personne au circuit de la facturation, repositionne totalement les secrétaires médicales. Un chantier paraît mériter un éclairage particulier : la présence d'un technicien de l'information médicale (T.I.M.) dans tous les centres hospitaliers de petites villes, par recrutement direct ou par mutualisation. Le TIM collecte, saisie et traite les informations des patients afin d'évaluer l'activité médicale de l'établissement de santé. Il faut encourager la formation de TIM et leur emploi par les hôpitaux de petites villes.

2) Utiliser le vecteur des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)

Répartition des médecins spécialistes en France



Source : IRDES - Eco-Santé Régions & Départements d'après données du SNIR (CNAMTS)

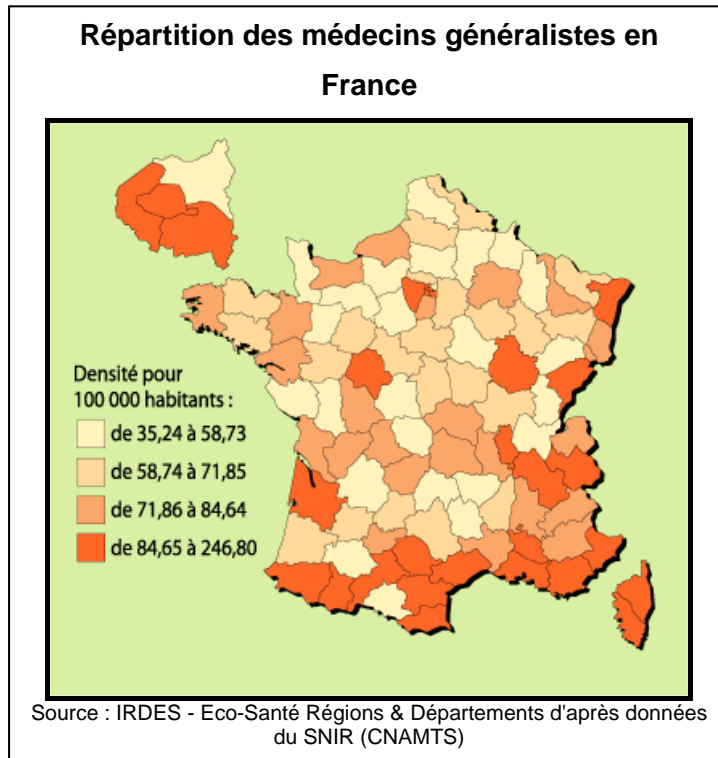
Les changements de notre système de santé font des IFSI des lieux à développer. Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales soulignent les enjeux reliant l'offre de formation à l'aménagement du territoire, pointant que ces enjeux résident plus dans la déconcentration des lieux de stages que dans la déconcentration des lieux de formation. Ceci n'interdit toutefois rien.

Ce qui est important, c'est de présenter un catalogue de formation continue permettant aux petits hôpitaux de se développer à travers les filières de proximité, en tenant compte des évolutions en terme d'emploi et en identifiant les éléments de facilitation potentiels tels que les changements de fonctions au sein de ces établissements.

De ce fait, les instituts de formation doivent être expressément chargés de :

- recenser les besoins en formation des établissements de santé et structures extrahospitalières tant sur le plan sanitaire (formation des infirmiers et des aides-soignants) que sur le plan social (formation des auxiliaires de vie sociale).
- élaborer des programmes de formation respectant les attentes et besoins de formation des établissements partenaires, notamment des plus petits.

Il s'agit en effet d'un bien collectif qui doit être perçu par l'ensemble des acteurs comme un véritable enjeu d'aménagement du territoire.



3) Développer des programmes d'accueil et d'installation des professionnels hospitaliers

Il faut souligner que plus les hôpitaux sont attractifs, plus la facilité de recrutement est forte. C'est pourquoi la mise en place d'activités de recherche, de formation, le développement de la télémédecine, des réseaux de soins, l'investissement dans les infrastructures sont les meilleurs moyens d'assurer un dynamisme de la démographie médicale dans les hôpitaux de petites villes.

Les incitations à l'installation doivent être fortes, à l'instar des mesures adoptées par exemple au Québec. Les praticiens doivent être vivement incités à exercer dans les hôpitaux de petites villes mais aussi en médecine de ville. La répartition territoriale des médecins de ville est très largement liée à l'offre de soins hospitaliers sur le territoire.

Le gouvernement a engagé des fonds (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés - FMESPP) pour faciliter l'installation des personnels et leur accompagnement familial. La loi du 19 octobre 2007 par exemple, prône le développement des crèches hospitalières. Toutes les initiatives locales sont les bienvenues et l'APVF souhaite que ces projets soient davantage accompagnés surtout lorsqu'ils sont innovants.

QUATRIEME PARTIE

Les propositions concrètes de l'APVF

Les services publics sont essentiels au dynamisme des petites villes. Le service public de la santé arrive en tête des préoccupations des habitants de petites villes, qui voient, à juste titre, la disparition de leur hôpital ou de services au sein de leur hôpital comme une tragédie. C'est pourquoi l'APVF reformule sa proposition faite en 2007 d'instaurer un « bouclier de service public », qui couvre bien entendu les activités du service public hospitalier.

Dans la même logique, l'APVF reprend la proposition formulée par la FHF en 2007 dans ses « 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier » qui mentionne que « *quel que soit le territoire dans lequel il vit, tout patient doit avoir accès à des prestations assurées dans le respect des principes du service public (tarifs conventionnels et permanence des soins), y compris lorsqu'elles sont assurées exclusivement par un établissement privé* ».

I- DE LA CONCERTATION AVANT TOUTE RESTRUCTURATION

➔ **Les élus doivent être nécessairement concertés avant toute restructuration hospitalière**

Il faut laisser du temps au temps, car la **cohérence territoriale prend du temps**. Il faut **abandonner l'idée des couperets**. La période de concertation, dans un bon calendrier, doit comprendre le temps de la négociation. Les fermetures administratives décidées « d'en haut » et sans études d'impact, sont contre-productives et ne sont plus possibles.

Des **rencontres systématiques** entre le Directeur de l'ARS et le Président du Conseil de chaque établissement doivent être encouragées. Leur format doit laisser un temps sincère de discussion sur la politique du territoire.

L'APVF réitère sa demande faite en 2007, à savoir d'associer les élus locaux et les usagers dans le cadre d'un **Conseil régional de santé publique** obligatoirement consulté avant toute décision de restructuration.

Les élus de petites villes demandent qu'une place leur soit réservée au sein des futures **Agences Régionales de Santé**, afin d'inscrire l'hôpital de petite ville comme maillon indispensable à la fois dans l'offre de soins et aussi dans l'élaboration des politiques de santé publique.

Les élus demandent une place de premier plan dans les futurs conseils de surveillance des hôpitaux. Ils refusent de se voir retirer leur rôle au sein de l'hôpital. Le rapport Larcher a fortement inquiété les élus locaux sur ce point.

II- LES CLEFS DE LA REUSSITE DES COMMUNAUTES DE TERRITOIRE

⇒ **L'APVF demande que les élus soient concertés lors de la mise en place des communautés de territoire, que celles-ci soient évaluées, sécurisées financièrement et transparentes quant à leur fonctionnement.**

La mise en place des communautés hospitalières de territoire doit se faire **en concertation** avec les élus des petites villes dont les recommandations d'organisation de l'offre de soins reflètent avec une acuité particulière les nécessités sanitaires de leur territoire. Les communautés ne doivent pas être imposées par les Agences.

La mise en place de ces communautés doit tenir compte de la **situation sanitaire de certains territoires** afin d'assurer un **égal accès aux soins** pour tous et de ne pas voir se développer des « **déserts sanitaires** » à l'intérieur desquels certains citoyens verraient leur santé menacée du fait de l'éloignement de structures de premier recours.

Il convient de maintenir dans tous les centres hospitaliers de territoire concernés un service d'accueil des urgences jour / nuit.

Pertinence, persuasion et évaluation objective sont les clefs de la réussite des communautés de territoire, qui doivent s'inscrire dans les limites du praticable en termes de dimensionnement territorial et dans le souci d'ouverture à l'ensemble des acteurs de santé territoriaux. En particulier, la qualité des relations entre médecins libéraux et confrères hospitaliers limitera les risques de créer de « fausses proximités » tout en offrant davantage de chances de succès à la permanence des soins, au dépistage, à la prévention et à l'éducation des patients.

La question du coût engendré par le personnel hospitalier appelé à se déplacer entre les établissements d'une même communauté devra être précisée lors de la création de la communauté.

III- UNE OFFRE HOSPITALIERE PERFORMANTE ET JUSTE DOIT ETRE ORGANISEE SUR UN SCHEMA TERRITORIAL INTEGRANT LES PETITES VILLES ET LEURS HOPITAUX

→ L'APVF demande que les hôpitaux de petites villes, à travers la voix des élus locaux, soient pleinement intégrés dans les réflexions sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Le secteur public doit être présent dans la totalité de l'offre régionale, dans chacune des régions. Par conséquent, l'offre publique doit être construite en **filière**, alliant **proximité** et **qualité**. Les filières doivent être complètes et cohérentes. Ainsi, l'offre d'une filière gériatrique doit intégrer les Unités de soins de longue durée. L'hôpital de petite ville a un rôle majeur à jouer dans ce domaine.

La cohérence de l'offre de soins hospitaliers au niveau d'un territoire passe par :

- La systématisation des mises en réseau (urgences, chirurgie, cardiologie). L'APVF souhaite une mise en réseaux des structures de santé mais veille à ce qu'elle ne débouche pas sur une absorption des petits hôpitaux pas les plus gros.
- La généralisation de la chirurgie ambulatoire dans le secteur public.
- Le développement de l'hospitalisation à domicile.
- Le développement de soins de suite et de réadaptation de qualité.

Il convient de rendre publique dans chaque région la panoplie du possible pour les petits hôpitaux, dans une **logique de sur-mesure** pour les petits hôpitaux, et non en creux des préoccupations des CHU, et après accord entre les établissements hospitaliers d'un bassin de vie.

Surtout, il apparaît évident que le CHU ne peut pas tout faire dans ses murs. Une réflexion générale doit déboucher, partout, sur la **définition et l'organisation de partenariats** incluant des échanges de personnels, d'expériences et de formations. Le renforcement du partage des

informations en temps réel, avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication (télédiagnostic), est une priorité pour les petits hôpitaux. Les solutions industrielles existent, notamment pour les blocs opératoires.

Il est nécessaire de **mettre l'état des recompositions et des partenariats hospitaliers à disposition de tous** en les rassemblant dans des lieux connus, tels les observatoires. Le bilan de ces recompositions doit être suivi précisément. Il doit être porté régulièrement à la connaissance des conférences de territoire. Il faut évaluer avec une égale rigueur le coût du non maintien d'un service de proximité.

La **télé médecine doit être fortement développée** car elle rompt l'isolement géographique de certains hôpitaux. Elle permet aux hôpitaux de petites villes de dispenser une offre de soins plus pointue, avec davantage de qualité et de sécurité. Elle est indispensable dans la mise en place de filières de soins de qualité.

Les hôpitaux de petites villes doivent être pleinement insérés dans les **dispositifs d'alerte sur les catastrophes sanitaires**. Ils font à ce titre partie intégrante de la politique d'aménagement du territoire.

Les **activités de santé publique doivent devenir des missions hospitalières essentielles**, surtout dans les petits hôpitaux : la prévention et l'éducation à la santé sont des missions que l'hôpital de proximité est le plus à même de remplir. Il conviendrait d'assurer un suivi annuel des priorités de santé publique lors du vote de l'ONDAM (proposition déjà faite par la FHF) et ainsi mettre en avant le rôle majeur des hôpitaux de petites villes dans ce domaine.

Les petits hôpitaux doivent faire, dans le pilotage hospitalier au niveau national, l'objet d'une **attention particulière**. La transparence du système sera plus forte dès lors que les méthodes de gestion seront simplifiées, concernant notamment « l'ingénierie administrative de projets » des dossiers. Les petits hôpitaux doivent être **aidés pour ne pas être victimes de la fracture de la technicité des dossiers**. Les instruments qui existent en terme d'aides (MEAH, MAINH, HAS,...) doivent leur consacrer davantage de temps.

IV- LA SPECIFICITE DES HOPITAUX DE PETITES VILLES DANS L'OFFRE DE SOINS TERRITORIAL NECESSITE UN FINANCEMENT ADAPTE

➔ **L'APVF demande la prise en compte financière de l'atout principal des hôpitaux de petites villes : la proximité, qui permet une permanence des soins et l'accessibilité pour tous.**

➔ **L'APVF demande la mise en place d'un plan de modernisation à destination des hôpitaux de petites villes.**

Il convient non pas d'aider par charité les petits hôpitaux, mais leur permettre de travailler. Ceci suppose de reconnaître leur rôle clé, de s'appuyer sur leur situation et leurs atouts dans l'offre de soins, et donc de les accompagner par des moyens appropriés, notamment en définissant la « **prise en charge de proximité** » en terme de T2A pour garantir leur fonctionnement. Pour ce faire il est nécessaire :

- de définir la réalité du service rendu sur le territoire (cette étude doit être faite par les ARH et la mission T2A).
- de payer le télédiagnostic dans les petits hôpitaux (aide à l'équipement systématique).
- de payer le conditionnement de jour/de nuit en urgence des patients avant tout transfert.

- de reconnaître le rôle de tête de réseau des petits hôpitaux dans la prise en charge des personnes âgées et dans l'éducation thérapeutique.
- d'approfondir le dispositif d'urgences et de transport sanitaire.
- de reconnaître le coût de la précarité

Il est nécessaire de développer les **investissements sanitaires dans les hôpitaux de petites villes**. Les aides à l'investissement versées par les différents canaux prévus (ARS au titre du Plan 2012, CNSA...) doivent contribuer à aménager les sites des petits établissements dans des proportions fortes. La certification nécessite des investissements parfois onéreux pour les petits hôpitaux, des financements doivent donc être consacrés à leur modernisation.

Ces efforts collectifs, les territoires ne peuvent les supporter seuls. L'APVF attend de l'Etat des aides en la matière. La seule vraie franchise sur les questions financières qui est aujourd'hui attendue concerne la **détermination, l'évolution, la distribution et l'évaluation de l'enveloppe MIGAC**, qui doit comporter des prévisions pluriannuelles.

V- MIEUX GERER LES RESSOURCES HUMAINES AFIN DE FAIRE FACE AU PROBLEME DE DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS LES HOPITAUX DE PETITES VILLES

➔ **L'APVF demande un véritable plan national d'incitation à l'installation du personnel médical dans les zones sous dotées et dans les établissements rencontrant des difficultés de recrutement.**

Les élus de petites villes ont le sentiment d'être face à un « **plan social** » de l'Etat, qui veut supprimer des postes dans la fonction publique mais en demandant aux autres recruteurs, notamment l'hôpital, de le faire à sa place.

La présence de professionnels qualifiés dans les petits hôpitaux est une responsabilité collective. Les **parcours professionnels réaménagés** doivent être systématisés. Des aides doivent être disponibles auprès des ARS pour le faire. Les autorités territoriales, au premier rang desquelles les régions, doivent y contribuer, notamment en matière de transport, de logement. Les professionnels de santé doivent être **incités financièrement à exercer dans les zones sous dotées** ; les incitations doivent notamment porter sur les conditions d'exercice dans deux hôpitaux à la fois. Toutes les formules doivent être recherchées, y compris les plus innovantes.

Les professionnels doivent être **valorisés dans leurs fonctions**, en particulier l'encadrement. Plus généralement, c'est l'intéressement collectif et individuel aux résultats positifs qui est posé.

Les **Instituts de Formation en Soins Infirmiers doivent être renforcés** et largement ouverts et des relais universitaires doivent s'établir. Les petits hôpitaux doivent être pleinement intégrés dans ces réseaux.

L'information devenant le cœur du système, non seulement français mais européen et mondial, il faut impérativement **lancer un programme prioritaire d'embauche de techniciens de l'information médicale (T.I.M.)** afin que les territoires perçoivent la réalité de leur situation. Le dispositif à deux vitesses qui aujourd'hui existe entre les différentes catégories d'établissement et de services est inadmissible, puisque seuls les plus grands peuvent mener une réflexion stratégique.

CONCLUSION

La place des élus

Si l'hôpital ne doit être accaparé par personne, la construction de solutions pérennes est une responsabilité collective, avec toutefois une identification facile des responsables. La réussite exige le respect de trois principes essentiels :

- le réalisme des scénarios ;
- la transparence des démarches ;
- l'accompagnement des réalisations.

Rien n'est donc possible sans concertation authentique. La mise en œuvre des communautés hospitalières de territoire ne sera réussie que si les élus y sont réellement associés.

L'APVF sait bien que le piège du territoire, qui peut se retourner contre elle, c'est la subjectivité argumentée par la proximité. Elle sait aussi que le débat peut trouver de l'apaisement dans les échanges de point de vue que lorsque sont mises sur la table des analyses sérieuses de données approfondies permettant, au bon moment c'est à dire suffisamment tôt, d'éclairer les problématiques, et qu'alors un climat de confiance peut s'établir avec les représentants de l'Etat, désignés comme interlocuteurs.

Sur le premier point, il doit être possible, mais cela est encore à prouver, de réduire les lieux communs, les débats trop larges et donc démagogiques pour avancer ensemble. Il doit également être envisageable de restreindre les espaces de négociation accaparés par les familiers de nos institutions et qui d'ailleurs ne restituent le plus souvent rien à leurs pairs.

Sur le second, il s'agit de la parole de l'Etat et de sa valeur. Comment ne pas convenir qu'à chaque réforme l'administration améliore sa maîtrise de l'hypnose et de la trahison « contractuelle ». Sauf qu'aujourd'hui il ne s'agit plus de coups de canifs mais de prélèvements d'organes sur vifs sans consentement. Si la victime se remet du choc elle découvre que tout est de sa faute, surtout si elle est dans une petite ville.

Cette situation doit cesser, c'est promis... depuis au moins 20 ans.

L'APVF estime que les élus doivent se mobiliser pour être partout présents et tenir toute leur place dans les diverses conférences de territoire, et bien sûr très fortement dans la conduite des futures agences régionales. Ils ne doivent pas pour autant se désengager du fonctionnement des établissements eux-mêmes. Le Président de la République a demandé au Gouvernement d'approfondir les propositions de réforme du rapport Larcher sur les conseils d'administration hospitaliers. La perspective de permettre aux élus de se décharger de leur responsabilité de présider le nouveau conseil, quel que soit son nom, sera suivi avec grande attention.

Souplesse oui, éviction non. S'il s'agit de voir les hôpitaux présidés majoritairement par des anciens hauts fonctionnaires honoraires issus du collège des personnalités qualifiées, mieux vaut le dire d'entrée.

Pour notre part, persuadés que la population attend des élus locaux qu'ils s'impliquent dans les hôpitaux à la hauteur de l'attachement qu'elle leur porte, nous estimons indispensable leur présence à la tête des futurs conseils de surveillance ou de ce qu'il en tiendra lieu, au niveau des établissements de santé, qu'il s'agisse des hôpitaux ou des nouvelles communautés hospitalières.

L'Association des petites villes de France tient à remercier pour leur soutien à la réalisation de cet ouvrage :

**La Caisse des Dépôts et Consignations et la SMACL,
partenaires fidèles de l'APVF**

Alors que se profile l'examen par le Parlement du projet de loi "Patients, santé et territoire", présenté par Madame la ministre de la Santé, la réforme de l'Assurance maladie et de la cartographie hospitalière revêt une importance cruciale sur le plan local.

Les rapports Larcher et Flajolet, dont les conclusions sont largement reprises dans le projet de loi, abondent dans le sens du maintien d'un accès égal aux soins sur l'ensemble du territoire afin de lutter contre la "désertification médicale".

Nous pouvons être heureux de voir s'amorcer ces propositions qui rejoignent nos valeurs mutualistes de proximité. Depuis longtemps – toujours ? – nous avons engagé la promotion et la valorisation des spécificités locales, pour reléguer l'uniformisation nationale du système de santé : nous ne pouvons que nous féliciter de voir les pouvoirs publics prêts à reconnaître la nécessaire mise en place d'une action territoriale de proximité.

Toutefois, tant que le projet de loi n'a pas été adopté par le Parlement, il convient de modérer notre optimisme. Il est essentiel que l'ensemble du système de santé s'implique dans une réflexion globale. Dans ce contexte, une double convergence doit guider nos efforts, vers le retour à l'équilibre financier du système public mais aussi, et surtout, vers l'assurance pour chacun et pour tous de bénéficier des soins de proximité sur l'ensemble du territoire. Avec cette préoccupation à laquelle nous sommes particulièrement attachés : la solidarité intergénérationnelle.

Dans le cadre de cette réflexion, l'expérience de la Smacl peut s'avérer précieuse, tant elle connaît bien la diversité des attentes locales. C'est pourquoi nous sommes particulièrement fiers de compter parmi les partenaires de l'Association des petites villes de France pour contribuer à l'élaboration de ce Livre blanc.

Bernard Bellec
Président de l'Union SMACL

Robert Chiche
**Président du Conseil d'administration de
SMACL Santé**