

Pistes d'action

Élaborer un véritable maillage régional en favorisant la mise en réseau des acteurs du système sanitaire permet de maximiser les potentialités de système assurant un service de qualité aux populations locales.

La place des hôpitaux locaux dans le maillage du territoire en Languedoc-Roussillon

Pierre Chabas

Directeur

François Lebrun

Médecin

coordonateur

régional

Françoise

Vidal-Borrossi

Chargée de mission

Association régionale

des caisses

de Mutualité

sociale agricole

du Languedoc-

Roussillon

Reconnu par la loi de 1991, l'hôpital local est classé dans la catégorie des établissements publics de santé aux côtés des centres hospitaliers. Il répond aux demandes de première intention des patients domiciliés à proximité pour des soins courants et oriente les malades selon les besoins vers un deuxième niveau de soins plus spécialisés. Les hôpitaux locaux remplissent ces missions dès lors qu'ils s'inscrivent dans un travail en réseau et que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) les accompagne dans leur démarche de progrès. La réponse offerte par les hôpitaux locaux doit correspondre aux besoins préalablement identifiés et doit être organisée en partenariat avec l'ensemble des acteurs locaux.

Des besoins de proximité identifiés, une offre de soins graduée

Les besoins sont préalablement identifiés au niveau national (conférence nationale de santé), régional (conférence régionale de santé, schéma régional d'organisation sanitaire...) et local (conférences sanitaires de secteur...). Par ailleurs, en Languedoc-Roussillon, dans le cadre de la construction du Sros de seconde génération, l'ARH a donné l'occasion aux 1 545 maires de définir leurs priorités en matière de santé. Les résultats ont montré des préoccupations fortes pour la prise en charge des personnes âgées.

Les besoins de proximité ont fréquemment les caractéristiques suivantes : ils n'ont pas un caractère d'urgence vitale et peuvent être le plus souvent programmés ; ils sont fonction de la demande sociale exprimée selon plusieurs critères (la perception qu'a le citoyen de sa pathologie, sa disposition ou non à faire plusieurs kilomètres pour avoir une réponse à son attente de diagnostic et de soins...) ; ils sont conditionnés par la fréquence et le niveau technique des soins nécessaires.

Une fois les besoins identifiés, l'offre de soins doit être organisée de façon graduée pour garantir à tous les malades un accès de proximité à des soins de qualité dans des conditions optimales de sécurité.

Les hôpitaux locaux remplissent à la fois des missions sanitaires (médecine, soins de suite et de réadaptation...) et des missions médico-sociales (soins de longue durée, maisons de retraite, services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)).

La médecine de proximité doit être une médecine de soins de premier recours remplissant en outre des missions d'écoute et d'orientation. Elle permet de réaliser des bilans gériatriques initiaux, de traiter des épisodes aigus ou subaigus et de participer à la prise en charge des pathologies chroniques invalidantes (cancéreux, polyhandicapés, alcooliques...). Les hospitalisations programmées pour les personnes très âgées sont développées en liaison avec les médecins généralistes agréés et notamment avec le médecin coordonnateur de l'établissement qui devrait posséder une compétence validée en gériatrie.

Pour l'exécution des bilans gériatriques, l'hôpital local doit être pourvu d'un plateau de réadaptation fonctionnelle adapté, non hautement spécialisé, permettant les

soins de suite et de réadaptation (SSR). Il doit développer des unités de réadaptation gérontologique à visées principalement sociale et multidisciplinaire.

L'hôpital local est encouragé à organiser la mise en place de consultations spécialisées par la signature de conventions avec un centre hospitalier permettant ainsi d'éviter des déplacements.

En complément des missions sanitaires traditionnelles, l'hôpital local développe des missions médico-sociales visant à une prise en charge globale des personnes âgées : accueil médicalisé pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite), gestion de Ssiad... Ces missions classiques d'hébergement ou de maintien à domicile devraient être à l'avenir complétées par le développement d'alternatives très attendues, notamment pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en donnant une place plus grande aux aidants (Cantous).

L'hôpital local peut, en outre, avec l'ensemble des acteurs de santé, développer une politique de prévention sanitaire du vieillissement, de l'alcoolisme, de la dépression, des pathologies liées à la précarité.

Un paradoxe à valoriser dans le cadre d'un fonctionnement en réseau

Le paradoxe de ces établissements réside dans le fait que leur fonctionnement médical repose sur une approche décloisonnée entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, les médecins généralistes libéraux du secteur considéré constituant la ressource médicale des hôpitaux locaux. Des études sont en cours pour pallier une absence de motivation de ces médecins généralistes essentiellement due à une rémunération actuelle non adaptée à la charge de travail requise pour remplir cette mission.

Cette particularité pourrait néanmoins devenir une richesse pour ces établissements conduits tout naturellement à s'ouvrir sur la ville pour apporter une réponse coordonnée à la population locale. S'ils restent isolés, les hôpitaux locaux ne seront plus en mesure d'offrir à terme les conditions de sécurité et de qualité des soins requises localement. L'approche de l'offre de soins doit être globale et décloisonnée. Dans ce contexte, la caisse centrale de Mutualité sociale agricole (MSA) a conçu une grille d'analyse des hôpitaux de proximité valorisant, au regard des besoins, l'offre pluridisciplinaire de ces établissements (sanitaire, médico-sociale) en complémentarité avec le secteur libéral.

Le réseau gérontologique, au sein duquel l'hôpital jouera un rôle essentiel mais non prédominant, peut être défini comme « un ensemble de professionnels entretenant des liens fonctionnels en vue d'un objectif défini : favoriser le bien-être des personnes ». En plaçant les attentes des personnes âgées de la zone sanitaire concernée et de leurs aidants principaux au centre des préoccupations, le réseau permet une approche globale d'accompagnement pour conserver au mieux les capacités des personnes.

Pour ce faire, le réseau doit permettre la mise en place d'un processus personnalisé d'accompagnement du vieillissement en fonction de l'âge, de l'environnement (degré de solitude...) et du degré de dépendance (physique, sociale). Dans cet esprit, les réseaux gérontologiques MSA, validés par la Commission Soubie, développés autour des hôpitaux locaux avec l'ensemble des acteurs médico-sociaux et libéraux de la zone concernée, constituent une approche innovante.

Un réseau ne se décrète pas ; il se construit à partir d'une volonté politique et économique avec l'ensemble des acteurs concernés (usagers, professionnels...) qui doivent se l'approprier pour assurer sa réussite. Ses conditions de réussite sont nombreuses, nécessitant une construction minutieuse et sur le long terme : large couverture populationnelle, disponibilité et légitimité des acteurs pour des actions de prévention et d'éducation sanitaire aux côtés des actions de soins, décloisonnement et élargissement des compétences pour augmenter le dépistage, recherche d'un langage et d'une éthique communs, évaluation de la coordination multidisciplinaire...

Élaborer un véritable « maillage régional », à partir d'un système de soins de proximité bien doté (19 hôpitaux locaux) afin d'en exploiter les potentialités dans une optique de plus-value pour la population locale, tel est l'objectif de l'ARH du Languedoc-Roussillon finalisé par la mise en œuvre d'une mission spécifique.

Le maillage des « hôpitaux locaux » en Languedoc-Roussillon

La région Languedoc-Roussillon se caractérise par une proportion des personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale (8 % de la population contre 7 %).

En termes d'offre de soins, la région est bien dotée tant au plan hospitalier qu'au plan ambulatoire. Les dix-neuf hôpitaux locaux ont un poids relatif dans les domaines financier (3 % de la dotation régionalisée) et capacitaire du secteur sanitaire (8,5 % des lits de médecine, 3,8 % des lits de soins de suite et de réadaptation) ; ils occupent une place plus importante dans le domaine médico-social (30 % des lits de soins de longue durée ; 17 % des lits de maisons de retraite ; 12 % des places de Ssiad).

Bien que présentant des disparités, les hôpitaux locaux d'une même région peuvent développer une véritable synergie régionale dans l'intérêt des populations locales.

Concernant leur profil, la plupart des hôpitaux locaux sont implantés en zones rurales ou faiblement urbanisées (trois seulement sont implantés sur des communes de plus de 10 000 habitants). Leur répartition géographique est un atout. Leur capacité moyenne s'élève à 28 lits de médecine et à 122 lits d'hébergement (soins de longue durée, maisons de retraite). Neuf établissements sur dix-neuf gèrent un Ssiad. Le recrutement local est prédominant dans ces établissements.

Concernant leur activité médicale, il convient tout

Une mission d'accompagnement confiée à l'Arcmsa

À partir de l'ensemble des problématiques des hôpitaux locaux, une dynamique de travail en commun pouvait être trouvée : telle a été la stratégie de l'ARH qui a confié en 1998 à l'Association régionale des caisses de Mutualité sociale agricole, investie prioritairement en direction du monde rural, une mission pluriannuelle d'accompagnement des hôpitaux locaux de la région. Cette mission a pris une double dimension : locale d'une part, avec l'accompagnement des établissements dans la construction de leurs projets médicaux et d'établissement, qui les engage pour le long terme ; régionale d'autre part, avec l'accompagnement des établissements dans la construction des contrats d'objectifs et de moyens en collaboration avec l'ensemble des décideurs de la région et la coordination d'expérimentations ainsi que l'élaboration de protocoles de soins pilotés et partagés par l'ensemble des établissements de la région.

Cette approche stratégique permet de structurer l'organisation et l'activité des établissements pour de longues années. Dans un premier temps, un consultant extérieur a dispensé une formation initiale au « management stratégique hospitalier » aux différents acteurs de la mission. Ensuite, les directeurs

d'hôpitaux et les représentants de l'Arcmsa ont constitué des binômes devant acquérir un savoir-faire suffisant pour prendre en charge de manière autonome l'analyse stratégique des sites n'ayant pas encore déposé leur projet d'établissement auprès des Ddass. Cette première phase arrive à échéance fin 1999 et sera poursuivie par la mise en place des contrats d'objectifs et de moyens.

En février 1999, cette mission a suscité l'intérêt du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui a encouragé ces acteurs à engager une démarche complémentaire. C'est ainsi que la mission de l'ARCMSA s'élargit aujourd'hui avec la mise en place de groupes de travail ciblés en vue de préparer un *programme d'expérimentations-actions* à faire valider par l'ARH et le ministère avant lancement sur le terrain au premier semestre 2000. Six ateliers sont pilotés par les directeurs eux-mêmes :

- « la formation des médecins généralistes » notamment en gériatrie ;
- « l'hôpital local, acteur de prévention » en intra-hospitalier et à l'extérieur dans sa zone d'attraction pour de nombreux domaines (dénutrition, prévention des chutes...) ;
- « faire vivre et évaluer les conventions » conclues avec les autres acteurs hospitaliers

et qui doivent se traduire par des actions concrètes et évaluées ;

- « la mise en place d'un comité technique médical » permettant de regrouper l'ensemble des instances obligatoires dispersées (comité de lutte contre les infections nosocomiales, département d'information médicale, sécurité transfusionnelle...) ;
- « l'accueil inopiné à l'hôpital local » : organisation de l'accueil non programmé de personnes nécessitant une prise en charge immédiate ;
- « le référentiel de bonne pratique du médecin coordonnateur » : constitution d'un guide des missions dévolues au médecin coordonnateur.

La mise au point de *protocoles de soins* communs devrait permettre de favoriser des filières de soins avec les autres établissements et avec la médecine libérale et d'inciter à la création de réseaux de soins. Validés par des groupes de travail réunissant des soignants et des médecins généralistes, ils seront diffusés et appliqués dans tous les hôpitaux locaux de la région. Trois thèmes ont été choisis : la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et la prise en charge des malades mentaux vieillissants et des démences séniles.

d'abord de préciser que la mission principale des hôpitaux locaux est de répondre aux besoins locaux de soins exprimés par la population. C'est pourquoi ces hôpitaux ont vocation à s'inscrire résolument dans une logique de services qui doit se substituer à une logique de structure en termes d'accès aux soins.

L'exploitation des résultats du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les exercices 1997 et 1998 permet d'affirmer que le critère d'évaluation des services fondé sur la notion de durée moyenne de séjour (DMS) ne doit pas être considéré indépendamment de la répartition par âge des malades pris en charge. En outre, à partir de deux ratios pertinents (ratio « actes/effectifs » et ratio « diagnostics/effectifs »), l'analyse permet de déceler la pratique d'activités spécialistes et/ou l'existence d'une prise en charge polypathologique dans certains établissements souvent isolés prenant en charge des cas lourds.

Même s'il convient de limiter le développement d'activités très spécialisées (cardiologie, alcoologie...) au profit d'une offre plus généraliste, une optimisation des activités peut être menée par l'intégration de services

attendus (chimiothérapie, soins palliatifs, lutte contre la douleur...).

Conclusion

Ces résultats montrent que, malgré des différences, résultant des contextes locaux, on peut faire cohabiter, sous le même vocable « hôpital local », dix-neuf établissements présentant des tailles, des modes de recrutement et un environnement géographique différents. Le positionnement géographique des établissements sur le territoire permet de parler d'un véritable « maillage régional » et de leur confier un rôle fondamental dans la politique gériatrique locale ; tous ces établissements ont de plus une interface forte avec les secteurs libéral et médico-social.

La coopération entre l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) d'une part, le rapprochement attendu entre les politiques sanitaires et médico-sociales d'autre part, permettront d'intensifier ce maillage et d'en renforcer la cohérence. ■