RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation
(pour information et mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de départements
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour information et diffusion)

CIRCULAIRE N°DHOS/O3/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2 003 relative aux missions de l'hôpital local.
Date d'application : immédiate
NOR : SANH0330246C (texte non paru au journal officiel)
Grille de classement : SP 3 321

Résumé : L'objet de cette circulaire est de fixer les orientations concernant la place de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins. Les missions et les activités de l'hôpital local sont abordées et mises en perspective (I). Ainsi, l'hôpital local doit constituer un premier niveau de prise en charge sanitaire.
La réalisation de cet objectif, au bénéfice du patient, repose sur le développement des complémentarités (II), le soutien d'une formation adaptée des professionnels de l'hôpital local (III), et une nouvelle organisation de la fonction médicale (IV). Cette réflexion et sa mise en œuvre s'inscrivent dans le cadre de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

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

Textes de référence :
Articles L. 6141-1 et L. 6141-2 du code de la santé publique.
Articles R.711-6-4 à R.711-6-21 du code de la santé publique relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux (décret n°92-1210 du 13 novembre 1992).
Décret n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonction nement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique.

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

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

- certaines régions ont privilégié une organisation des soins graduée à partir des hôpitaux locaux (ou des hôpitaux dispensant des soins de proximité) dans la prise en charge des personnes âgées, ou en matière de soins de suite : l'hôpital local constitue ainsi le premier niveau de prise en charge dans le cadre d'une filière de soins. Un véritable maillage du territoire s'est mis en place en préservant les missions à la fois sanitaires et médico-sociales de ces établissements.

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

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

I – Missions et activités de l'HL.

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

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

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

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

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

A – Missions :

L'article R. 711-6-4 du code de la santé publique, donne une définition des missions de l'hôpital local, qui a pour objet de dispenser " *1° avec ou sans hébergement : a) des soins de courte durée en médecine, b) des soins de suite ou de réadaptation tels que définis par l'article L. 6111-2 ; 2° des soins de longue durée comportant un hébergement,* " tels que définis par le même article*. " Il participe notamment aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux. "*

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

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

C'est pourquoi dans la mesure où les besoins correspondants auront été analysés et identifiés, il convient de veiller à ce que l'hôpital local puisse disposer d'une offre de soins complète en première intention (moyens d'hospitalisation en médecine, soins de suite, soins de longue durée[1] et consultations et soins externes programmées ou non). Cette offre de soins permet à cet établissement d'assurer un premier niveau de prise en charge d'une population vivant à proximité, et favorise le maintien ou le retour à domicile des patients. Elle s'intègre

dans une filière graduée, notamment en matière de prise en charge des personnes âgées.

B – Activités.

La prise en charge des personnes âgées est une activité importante de l'hôpital local, à partir de laquelle, cet établissement a su développer différents métiers et compétences, ainsi qu'une palette très large de services contribuant au soutien à domicile de la population (notamment SSIAD, service d'aide à domicile, portage des repas, téléalarme…).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *les soins de longue durée à l'hôpital local.*

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

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

b) Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Dès lors que la suppression de toute référence à la carte sanitaire et l'obligation de convertir des moyens d'hospitalisation traditionnelle pour créer des places d'alternatives à l'hospitalisation, telles qu'annoncées dans le plan ministériel " Hôpital 2007 ", seront légalisées, l'hôpital local doit pouvoir offrir une diversité de modes de prises en charge adaptés aux besoins des patients qu'il accueille et de la population. Ces alternatives doivent désormais

trouver un écho particulier au sein des hôpitaux locaux, parmi lesquelles sont à privilégier :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) Les réseaux et l'hôpital local.

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

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

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

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

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

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

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

f) la permanence des soins

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

Le directeur de l'hôpital local peut autoriser un médecin généraliste libéral, dans le cadre de sa permanence des

soins de ville, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement, lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer en hôpital local. Il en informe le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le président du conseil départemental de l'ordre des médecins dans les 24 heures suivant l'intervention.

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

g) la prévention et éducation à la santé.

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

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

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

- **Les ateliers d'éducation alimentaire** permettent de réduire certains facteurs de risque de santé pour la population locale en s'appuyant sur le rapport du Haut Comité de Santé Publique de juillet 2001 (la logistique de l'hôpital local permet de mettre en place des ateliers cuisines …).

- **L'aide au sevrage tabagique** : mise en place de consultations de tabacologie, associées à des séances collectives de sensibilisation et de motivation – prise en charge des substituts nicotiniques pour les populations démunies.

- **Les consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage**, en lien avec les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les réseaux d'alcoologie et les associations de malades.

- **La mise en place de cellule d'écoute** pour les suicides et les conduites adictives sur les zones à risque.

- **La mise en place des examens de santé gratuits** pour les précaires, en lien avec les services des caisses d'assurance maladie (expérimentation MSA) (plan précarité).

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

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

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

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

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

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

Médecine du travail….).

h) les activités médico-sociales.

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

* **hébergement et qualité de vie**

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

La qualité n'est certes pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels du secteur médico-social, mais la réforme a introduit un élément nouveau, la formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, dans le cadre des conventions établies entre chaque établissement, l'autorité compétente pour l'Assurance maladie et le Conseil général du département.

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

* **Accueil de jour et hébergement temporaire**

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

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

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

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

Leur spécificité consiste donc à accueillir les personnes hors de leur domicile, et à leur prodiguer un accompagnement et des soins adaptés à leurs besoins, et ce en petit groupe. Ces formules d'accueils temporaires constituent un élément important dans la palette des services mis à disposition de la population concernée par l'hôpital local.

* **la coordination (cf annexes**).

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

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

II – Hôpital local et complémentarités

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

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

- *Recommandation n°1 – La planification régionale de s soins, déclinée et négociée sur des territoires n'exclut pas l'émergence de territoires de proximité différents, notamment à partir de l'hôpital local.*
- *Recommandation n°2 – L'analyse des besoins de sant é d'un territoire peut aboutir à la création d'un hôpital local, ou la transformation d'un centre hospitalier en hôpital local.*
- *Recommandation n°3 - Un projet de santé du bassin d e vie de l'hôpital local peut être envisagé pour favoriser le développement de complémentarités entre les acteurs locaux de l'offre de soins. Ce projet constitue une répartition des missions et compétences entre hôpitaux locaux, et entre l'hôpital local et d'autres structures sanitaires, sociales et médico-sociales.*
- *Recommandation n°4 – La complémentarité doit être un point clé du projet médical des hôpitaux locaux. Cette complémentarité s'exprime à travers des conventions effectives conclues avec les établissements de santé de référence, et leur participation à des réseaux avec les acteurs locaux sanitaires et sociaux.*
- *Recommandation n°5 - Le projet d'établissement de l'hôpital local constitue l'occasion de se positionner dans l'offre locale de soins et de mettre en avant les missions qu'il souhaite développer. Des hôpitaux locaux intercommunaux peuvent être crées à l'instar des actions menées par l'ARH des Pays de la Loire.*
- *Recommandation n°6 : Un accord de coopération inte rARH peut être conclu lorsque le développement d'un hôpital local recouvre des secteurs de compétence partagée.*
- *Recommandation n°7 : l'agence régionale de l'hospi talisation met en place une aide méthodologique technique, un accompagnement et un suivi des hôpitaux locaux dans l'élaboration de leurs projet médical, projet d'établissement et projet de vie*.

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

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

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

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

commun des moyens de gestion et de fonctionnement, notamment des personnels médicaux et para-médicaux.

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

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

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

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

a – la formation médicale.

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

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

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

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

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

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

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

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

c) la formation managériale .

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

projet d'établissement).

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

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

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

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

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

Conformément à la circulaire DHOS-F2 / DSS-1A n°200 2/477 du 9 septembre 2002 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements de santé financés par dotation globale, les deux tiers de la mesure ont été attribués aux agences régionales de l'hospitalisation avec application rétroactive au 1er mai 2002, l'extension en année pleine étant déléguée en 2003.

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

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

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

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

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

L'objectif qui a guidé la mise en œuvre de cette mesure consiste à simplifier et homogénéiser le dispositif de remboursement des honoraires des médecins généralistes autorisés. Par conséquent, à compter du 1er janvier 2003, la dotation globale de fonctionnement intégrera l'ensemble des honoraires. J'attire donc votre attention sur le fait qu'à compter de la signature de la présente circulaire.

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

c– modalités diverses.

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

cette augmentation.

B – le médecin responsable ou médecin coordonnateur.

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

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

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

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

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

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

Sur demande, les médecins généralistes peuvent être autorisés par le DARH, après avis de la CME et du conseil d'administration à dispenser les soins mentionnées à l'article R.711-6-4 du code de la santé publique à l'hôpital local au titre de leur activité libérale (art. R.711-6-9), à condition qu'ils s'engagent à : 1° respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur ; 2°) exe rcer leur activité professionnelle dans une zone géographique déterminée. Cette autorisation est valable pour cinq ans, renouvelable à la demande de l'intéressé.

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

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

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

*

* *

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

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

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

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

Dans un cadre concerté, l'agence régionale de l'hospitalisation initie, conduit ces évolutions et accompagne les

hôpitaux locaux, notamment en appréciant l'adéquation de leurs moyens.

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

Jean-François MATTEI

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

____

[1] cf paragraphe sur les soins de longue durée