Note de prospective de l'Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux (ANCHL)

Introduction

La présente note fait suite à la Contribution du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) à la Stratégie de transformation de notre système de santé, publiée en mai 2018. Ce rapport met en exergue la nécessité d'instaurer *« un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence».* Elle apporte une vision générale et modélisante des CHL.

Cette note s'inscrit également dans le cadre des différentes annonces politiques sur la potentielle évolution des modalités de financement du système de soins, qui risquent de déséquilibrer le fonctionnement de nombreux établissements de santé ruraux, pourtant aujourd'hui acteurs majeurs de la prise en charge des usagers du système de santé.

Elle a été constituée grâce au concours de plusieurs directeurs de CHL, et à une analyse quantitative fondée sur les bases nationales disponibles en ligne et sur plusieurs données internes fournies par un panel de CHL situés dans différentes régions.

> Pour rappel, les Centres Hospitaliers Locaux sont souvent le seul équipement sanitaire installé dans les bassins de vie, leurs particularités en font leur force et représentent un intérêt non négligeable pour l'offre de santé :
>
> - la présence majoritaire des médecins généralistes libéraux
> - leur lien au Dispositif de la Permanence de Soins Ambulatoires, aux Maisons Médicales de Garde et aux Maisons de Santé Pluridisciplinaires, aux Contrats Locaux de Santé
> - les Maisons Médicales de Garde qui y sont souvent adossées
> - leur recrutement exclusivement dans leur bassin de vie, qui est leur territoire
> - la gériatrie, qui est leur activité majeure (moyenne d'âge élevée, les plus de 90 ans y sont de plus en plus représentés)
> - le poids prépondérant du médico-social (85% des lits voire plus)
> - leurs moyens de fonctionnement modestes (budget inférieur de 25 à 30% / budget CH gériatrique avec praticiens hospitaliers) : faible montant / dépenses.

L'Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux (ANCHL) met en évidence dans cette note, l'importance des Centres Hospitaliers Locaux (CHL) dans le système, tout en justifiant de la pertinence de leurs modèles organisationnels. En particulier, certains dispositifs de coopération récents sont identifiés comme des causes potentielles de perte d'efficience de la prise en charge de proximité. L'ANCHL souhaite à ce titre mettre en avant la nécessité d'institutionnaliser les spécificités de la gestion de ces établissements, dont la structure ne peut pas répondre au logiciel productiviste porté par la tarification à l'activité.

1. Les Centres Hospitaliers Locaux : acteurs majeurs du système de santé

En 2017, 277 établissements étaient considérés comme des ex-Hôpitaux Locaux. Sur ce volume d'établissements, 177 ont été labellisés hôpitaux de proximité. Le budget moyen d'hospitalisation de ces établissements est évalué à 12 millions d'euros avec un budget global évalué à environ 3,3 milliards d'euros, soit 5% du montant de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux en 2017.[1]

1.1. Les CHL ont une activité polyvalente

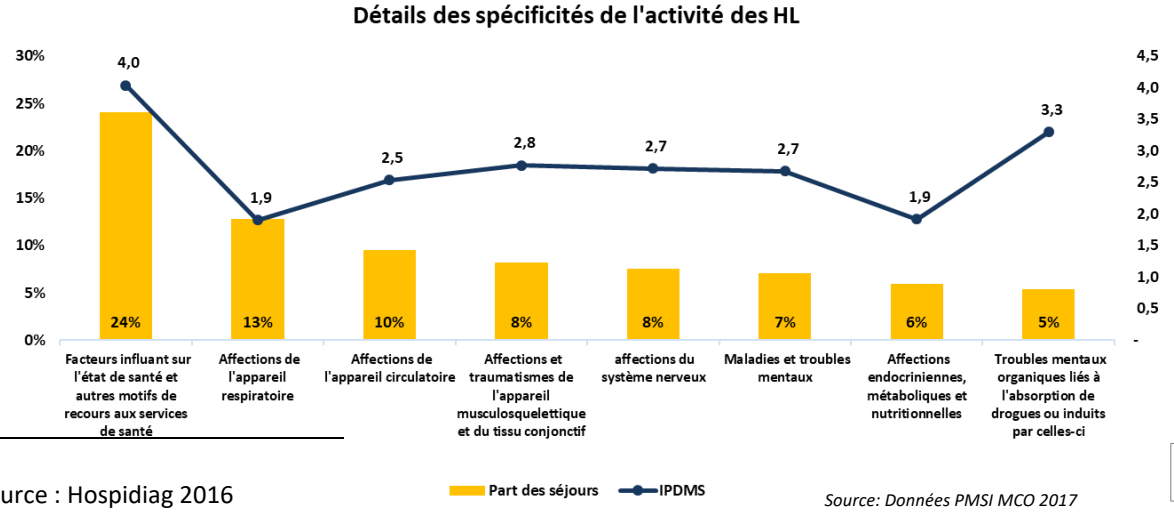
1.1.1. Les CHL assurent une activité à faible technicité principalement orientée vers la prise en charge de la personne âgée

Le cœur de métier des CHL se situe principalement dans la prise en charge de la personne âgée, avec la médecine de court séjour à orientation gériatrique, les soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, les soins palliatifs et l'activité médico-sociale. En 2016, les CHL ont assuré 37.700 séjours de médecine de court séjour (soit 0,7% du total des séjours de médecine opérés par les établissements publics) et 8,5% des journées de SSR de tous les établissements publics et ESPIC[2].

Avec 37.000 lits et environ deux tiers de leur budget, le médico-social est également un secteur très important de ces établissements. Les CHL ont un rôle d'acteurs du maintien à domicile, car y sont souvent intégrés les Services de Soins Infirmiers A Domicile, les équipes de Soins Adaptés aux personnes atteintes de troubles de la mémoire, les structures de répit comme les Accueils de jour et d'hébergement temporaire, les Maisons d'Accueil Spécialisées.

Selon les endroits, certains établissements ont pu conserver des activités de médecine de spécialité ou médico-techniques en interne. Ce phénomène reste aujourd'hui marginal, même si le cas échéant, ces activités rendent des services importants à la population.

1.1.2. La patientèle des CHL comporte des situations complexes



Source: Données PMSI MCO 2017

[1] Source : Hospidiag 2016
[2] Source : Statistiques Annuelles des Etablissements, DREES, 2016

A iso *casemix* de médecine de Court séjour, les patients sont un quart plus âgés dans les CHL que dans la moyenne des établissements publics. Ces patients, polypathologiques pour la plupart, requièrent des soins divers et viennent souvent pour une pathologie, accompagnée de diagnostic associés. En moyenne, ce sont 4,5 diagnostics associés relevés pour ces patients.

Ce phénomène induit mécaniquement des durées moyennes de séjour plus importantes en médecine et une plus grande complexité dans la prise en charge des patients, à la fois au cours de leur épisode de soin, mais également au moment d'organiser la sortie vers le lieu de vie. De même, la prise en charge en soins palliatifs (avec ou sans lits identifiés) est une activité présente dans les CHL. Ce qui affecte la durée moyenne de séjour pour ces établissements.

1.1.3. L'ouverture à de nouvelles activités

Au-delà de leur activité de soins, les CHL représentent souvent la dernière étape du parcours des patients vers un retour à domicile ou un transfert vers une structure médico-sociale. Cette responsabilité oblige les acteurs de ces établissements à participer à des activités importantes de coordination des partenaires des secteurs médico-social, social et sanitaire.

De plus, certains établissements participent de manière active à certains dispositifs de santé publique portant notamment sur la prévention, l'information sur l'importance de la pratique physique.

Dans le cadre du développement de la télémédecine, certains établissements participent au déploiement de matériel médico-technique (radiologie et même IRM), permettant de réduire le temps d'accès aux examens de ce type pour la population de leur bassin de vie.

1.2. La pertinence du modèle des CHL, évalué à travers les principaux indicateurs de la performance

Comme n'importe quel établissement de santé, la performance des CHL peut être évaluée de manière plurielle, à l'aide de nombreux indicateurs produits par les agences d'évaluation et de régulation. Sur les plans de la qualité, des finances et du management, les CHL font état de très bons résultats, ce qui concourt à la justification de leur pertinence dans le système de santé.

1.2.1. Des établissements modèle de la qualité des soins

Dans un premier temps, il est notable que les CHL répondent de manière très efficace aux critères de la certification des établissements publics de santé. En effet, l'analyse des indicateurs de la certification pour les établissements de l'échantillon montre des valeurs A ou B selon les établissements sur les trois critères étudiés (droits des patients, parcours des patients, médicaments).[3]

1.2.2. Des établissements sains financièrement

Dans la lignée du développement des dispositifs de coopération d'un côté, et de la généralisation du mécanisme de financement à l'activité de l'autre, les politiques sont concentrées

[3] Source : Scope-sante.fr

sur l'implémentation de logiques productivistes à l'hôpital. Dans ce cadre, et du fait de leur volume d'activité modeste, il est courant de penser que les CHL sont des établissements avec des niveaux de performance financières faibles. Les chiffres prouvent pourtant l'inverse : en effet, **le panorama des établissements de santé de la DREES montre que la rentabilité nette moyenne des CHL est de l'ordre de 7% (alors qu'elle est négative pour la moyenne des établissements de santé publics) ; de la même manière, on observe que nombre de CHL réussissent à atteindre, voire dépasser, la barre des 6% de taux de marge brute, ce que bien des établissements MCO ont du mal à réaliser.**

Ces données macro sont complétées par des indicateurs analytiques. La restitution régionale du retraitement comptable des établissements de santé bretons de 2016 a montré que dans cette région, les CH avec un chiffre d'affaire inférieur à 10 millions d'euros avaient un coût médian de la journée d'hospitalisation en SSR de 119€ pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de semaine, alors que ce coût était évalué à 167€ pour les CH dont le chiffre d'affaire est compris entre 10 et 90 millions d'euros (soit une variation de 40% entre les deux classes d'établissement).

Concernant les fonctions support, il faut également noter que certains CHL réussissent à assurer un niveau d'efficience supérieur aux plus grands établissements. Par exemple et toujours à partir du retraitement comptable 2016, les trois établissements ayant montré les coûts d'unités d'œuvre les plus faibles en blanchisserie partiellement sous-traitée étaient trois CHL.

1.2.3. Des établissements efficaces pour lutter contre les désertifications médicales et paramédicales

La plupart des CHL doivent faire face à une pénurie médicale et paramédicale. Pourvoir les postes de médecin est devenu de plus en plus difficile. Ce constat se retrouve également dans le recrutement paramédical, notamment des masseurs kinésithérapeutes. Il s'agit là d'un problème de santé publique majeur puisqu'un praticien manquant à l'appel peut menacer l'intégralité de la prise en charge dans un bassin de vie. En ce sens, les directions de CHL mobilisent les praticiens libéraux du bassin de vie et des praticiens hospitaliers. Les médecins libéraux peuvent suivre leurs patients accueillis pour une hospitalisation. Ils participent, avec un fort engagement, à la vie de l'établissement.

Ces directions sont incitées à chercher et offrir des modes d'exercice attractifs, afin de couvrir les besoins en ressources médicales. De l'avis des directeurs des CHL concernés, les praticiens cherchent à quitter l'activité isolée tout en gardant le niveau de rémunération de l'exercice libéral. En participant aux activités des CHL, ils trouvent donc un exercice hybride intégré dans une équipe ; ils acquièrent également une capacité à suivre leurs patients au cours de leur épisode hospitalier, ce qu'ils ne sont pas en capacité de faire lorsque leurs patients sont transférés dans un plus grand CH ; ils y gagnent enfin un intérêt de pratique, car ils peuvent bénéficier de formations post-universitaires dans le cadre des partenariats avec les plus grands CH ou CHU et participer de manière plus large au parcours des patients.

En s'adaptant aux modes d'exercice, les CHL sortent donc leur épingle du jeu, **en réussissant à assurer la prise en charge des patients tout en limitant les déficits médicaux** qui constituent l'un des enjeux majeurs des CH publics.

2. Les principaux risques et enjeux des CHL à court et moyen termes

La bonne performance des CHL doit néanmoins être mise en regard des risques potentiels, dûs aux évolutions du système de santé.

2.1. Le risque sur la qualité des soins induit par la perte d'indépendance et d'efficience

Dans le cadre des coopérations imposées par les Groupements Hospitaliers de Territoire, il existe une contradiction entre une logique macroéconomique, visant à assurer des soins de qualité dans des prises en charge de court séjour, dont la variabilité de prise en charge reste relativement faible, et une logique microéconomique, dans laquelle les établissements cherchent à répondre à tous les critères de la performance, sous des contraintes financières et organisationnelles importantes. Deux exemples de perte d'efficience sont mis en avant par les professionnels interrogés :

- L'exemple de la restauration : les professionnels souffrent de ce qui apparaît comme une injonction paradoxale. D'un côté, les principes théoriques de la mise en place des GHT visent au développement d'économies d'échelle à travers la centralisation des cuisines, ce qui est vu comme une opportunité de réduction des coûts par les tutelles sanitaires. D'un autre côté, les préfectures recommandent de longue date aux mêmes CHL de stimuler l'économie locale à travers des commandes auprès des producteurs issus du bassin de vie. Cette dernière pratique constitue pourtant un gage d'efficience, à travers la qualité des prestations fournies aux patients et résidents et de la faiblesse des coûts observés par rapport à ceux du GHT ;
- L'exemple du système d'informations : la convergence des SI demandée dans le cadre du développement des GHT est perçue par les professionnels des CHL comme délétère à plusieurs égards. Premièrement, la convergence des SI se traduit régulièrement par une intégration des logiciels au sein du GHT. Or les missions des établissements des GHT diffèrent, les informations concernant les usagers à inclure dans les dossiers également. De plus, les SI hospitaliers interagissent de manière peu efficace avec ceux des professionnels de santé libéraux et des EHPAD. D'un point de vue qualitatif, il apparaît donc préférable que la coopération sur cette fonction ne concerne que l'alimentation de plateformes communes de dossiers patients. En complément, la mutualisation des coûts du SI dans le cadre du GHT implique un partage des coûts au regard de clés de répartition sur lesquelles les CHL ont peu de leviers. Certains établissements mettent donc en avant l'impact négatif entraîné par cette coopération en termes de coûts des prestations avec des prestations facturées parfois 10 fois plus cher aux CHL dans le cadre des GHT que ce qu'ils payaient précédemment ;

Les arbitrages qui s'en suivent concernent dans une certaine mesure la prise en charge des patients et de leur famille, car ils ont trait à la réduction des dépenses de titre 1. Or, comme exposé précédemment, les soignants passent aujourd'hui beaucoup de temps à assurer de nouvelles missions qui vont au-delà du simple soin, notamment en ce qui concerne la coordination des parcours.

Une intégration totale, sur le modèle des établissements support de GHT, constitue un risque quant à la capacité des CHL à assurer des missions qu'ils sont aujourd'hui les derniers à assumer en France.

2.2. Les besoins d'investissement dans la modernisation des infrastructures

Malgré la technicité relative des activités des CHL, ces derniers doivent assurer leurs activités dans des locaux parfois anciens, avec des équipements vieillissants. Des investissements importants ont été faits pour remplacer les locaux, souvent avec des aides provenant des ARS, mais certains établissements n'ont pas bénéficié de ces investissements ce qui constitue un risque sur leurs finances.

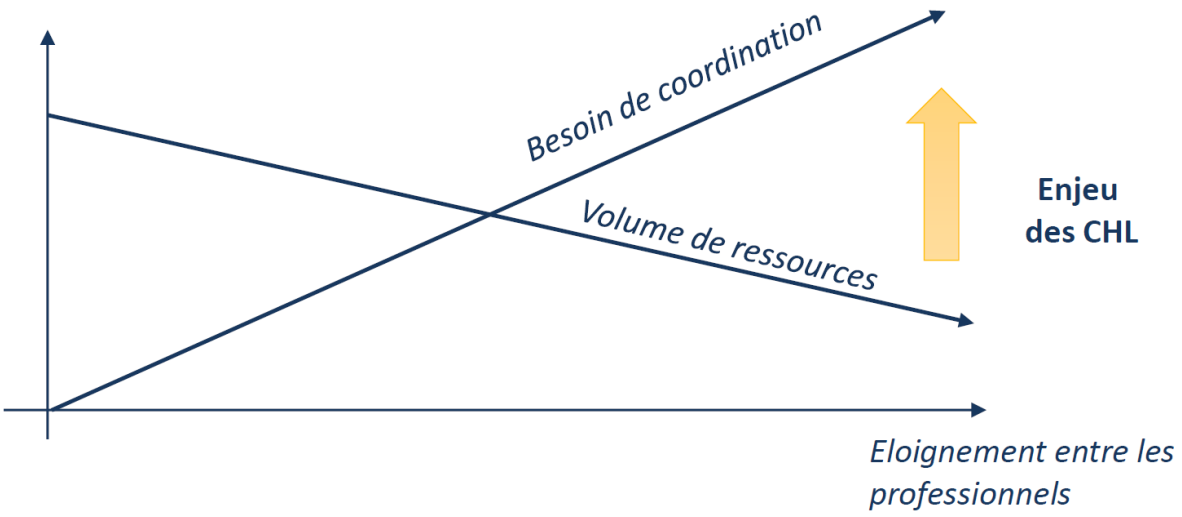
En effet, les données issues de Hospidiag portant sur les établissements identifiés dans l'échantillon montrent un taux de vétusté des équipements supérieur à 80%. La capacité d'autofinancement constituée grâce au taux de marge de ces établissements doit pouvoir permettre de renouveler dans une certaine mesure ces équipements et bâtiments, sans que les CHL ne puissent absorber l'intégralité des coûts engendrés par les investissements à réaliser.

Assurer un niveau d'accueil élevé et le renouvellement des équipements constitue un enjeu important pour les politiques publiques, car les CHL sont en première ligne des besoins de renouvellement et représentent des acteurs majeurs de la prise en charge soignante post-aiguë.

2.3. Le risque de l'évolution des modalités de financement centrées sur un mécanisme productiviste

Les annonces présidentielles et ministérielles vont dans le sens d'une évolution des modalités de tarification des établissements de santé. Le refus d'une logique de financement productiviste pour les CHL reconnaît la spécificité de l'activité de ces établissements, et notamment le rôle qu'ils peuvent jouer dans la prise en charge des usagers au-delà du soin, particulièrement dans la coordination des parcours de santé des usagers.

Les CHL insistent sur la valeur ajoutée dont ils pourront faire preuve dans la mise en place d'un financement au parcours de soin. L'orientation proposée par l'exécutif constitue donc un vecteur de légitimation de leurs modèles et de leurs rôles.



3. Propositions de l'ANCHL pour répondre à ces enjeux

3.1. Proposition 1 : Placer le centre hospitalier local comme premier animateur de la santé sur son bassin de vie

En s'appuyant sur les ressources déjà existantes et relativement fournies, certains établissements prennent déjà la responsabilité de l'organisation des parcours de santé des patients :

- D'une part, la diversité des prises en charge effectuées par les CHL (du repas et des soins à domicile, à l'hospitalisation en passant par les différentes prises en charge médicosociales), et d'autre part, du fait que les médecins libéraux assurent le suivi en ville et dans ces établissements, sont un gage de fluidité et de coordination du parcours de la personne âgée.
- Certains établissements coordonnent la relation du patient avec le secteur social, proposant des dispositifs de prévention, constituant des Parcours Personnalisés de Soins ;
- Des équipes à domicile sont également constituées venant en aide aux usagers jusqu'à leur lieu de vie, composées d'un ergothérapeute, un psychologue et un assistant social pour faire une évaluation du domicile dans la réalisation de travaux afin d'assurer une bonne qualité de vie aux patients ;

Le phénomène de désertification médicale et paramédicale joue de manière marquée dans les bassins de vie des CHL, impliquant un éloignement des professionnels par rapport aux patients mais également entre eux. **Il est fondamental à ce titre que les pouvoirs publics investissent le champ de la coordination entre les professionnels de santé, du médico-social et du social. Dans ce sens, le CHL a pour vocation à être légitimé comme premier animateur de la santé sur son bassin de vie.**

Cette coordination s'inscrit à la fois dans la coordination des parcours des usagers, ainsi que dans celle des acteurs institutionnels.

3.2. Proposition 2 : Institutionnaliser l'agilité de la GRH médicale et paramédicale

Le GHT, en tant que mode de coopération principalement hospitalier ne permet pas actuellement d'opérer l'hybridation des pratiques des professionnels de santé hospitaliers et de ville. Ces derniers représentent dans une mesure les ressources nécessaires aux soins des patients dans les services hospitaliers, d'où l'importance de valoriser leur implication dans l'exercice hospitalier.

A contrario, les CHL font état d'une grande performance dans la GRH notamment médicale, à travers un pragmatisme affiché, ce qui permet aujourd'hui d'assurer une prise en charge et dans certains cas une permanence médicale. En effet, certains CHL permettent aux praticiens libéraux de mettre en œuvre ces modes d'exercice hybride à la frontière entre l'hôpital et la médecine de ville, alors que d'autres établissements réussissent à assurer un recrutement de praticiens salariés. Cette diversité des modèles d'équipes médicales participe à la performance de ces établissements puisqu'elle permet de répondre à des besoins réels de la population.

En complément, certaines délégations de tâches sont également mises en œuvre, dans le cadre par exemple de la coordination des parcours, assurée à certains endroits par des IDE de coordination.

Ces exemples montrent que le mode de gestion des ressources humaines, notamment médicales, s'opère de manière agile dans les CHL, ce qui constitue l'une des forces de ces établissements. En ce sens, la normalisation de la pratique médicale dans le cadre d'intégrations stratégiques n'apparait pas opportune pour assurer le mode de fonctionnement des CHL. **Au contraire, ces derniers considèrent que cette agilité doit être institutionnalisée (améliorer l'attractivité médicale et définir un dispositif réglementaire), afin d'éviter de mettre en péril un modèle fortement fragilisé par la pénurie médicale et paramédicale dans les bassins de vie ruraux.**

3.3. Proposition 3 : Tirer le meilleur du mécanisme de coopération

En lien avec la problématique de la gestion des ressources humaines dans les CHL, les mécanismes de coopération induits par les précédentes lois peuvent constituer à la fois une chance, et représenter en même temps une menace importante sur l'organisation et les finances des CHL.

En effet, certains établissements mettent en évidence le fait que la mise en place des coopérations et notamment des GHT permet dans certains cas de développer des consultations avancées. Mais la plupart d'entre eux soulignent le fait que des coopérations préexistaient à la mise en place des GHT. Et de ce fait, leur impact dans le partage d'équipes médicales peut être perçu comme marginal. Afin de pallier au manque de spécialises en zone rurale et afin d'améliorer l'accès aux soins des publics fragiles, les CHL développent de nombreuses consultations avancées.

La mutualisation des fonctions support au sein des GHT apparaît en revanche comme une menace importante pour les finances des CHL, comme nous l'avons exposé plus haut.

Les professionnels des CHL considèrent que la coopération peut constituer un vecteur d'amélioration de l'efficience globale du système de santé, à condition que celle-ci ne s'accompagne pas d'intégrations forcées, souvent déconnectées des besoins des acteurs des bassins de vie ruraux, et impliquant des surcoûts pour des établissements réussissant à assurer jusque-là un bon niveau de performance financière.

3.4. Proposition 4 : Assurer la pérennité financière des centres hospitaliers locaux

La dernière proposition concerne la critique d'un potentiel choc négatif sur le mode de financement des CHL. Pour illustrer ce point, nous prenons l'exemple des *small hospitals* américains, financés par les dispositifs *Medicare* et *Medicaid*. Jusqu'à la fin des années 90, ces établissements affichaient une bonne santé financière, notamment grâce à leur capacité à assurer des niveaux de marge intéressants, leur permettant de dégager des capacités d'autofinancement. Puis, le gouvernement fédéral américain a opéré une baisse des dotations pour ces établissements, ce qui a impliqué une réduction de leur marge financière. En parallèle, des besoins d'investissement ont été identifiés notamment dans les infrastructures. Des questions se sont alors posées sur la capacité de ces établissements à pérenniser leur activité, compte tenu de la pression financière de plus en plus importante.

A la fin des années 2000, l'enjeu du maintien de ces structures s'est posé de manière prégnante. En 2010, la situation des *small hospitals* était telle que des soutiens financiers ont été mis en place pour soutenir la qualité et l'activité de ces établissements, impliquant une perte d'indépendance financière.

Aussi faut-il être vigilants afin que le sort des CHL ne suive pas celui des *small hospitals* américains, dont le sous-financement a failli mener à la fermeture de ces établissements. Les orientations stratégiques futures doivent reconnaître la place des CHL, qui comme cette note le démontre, répondent aux enjeux sanitaires et médicosociales de demain.

L'ANCHL considère que l'institutionnalisation d'une offre territoriale de qualité, pérenne financièrement, constitue l'une des clés de réponse aux grands enjeux de santé publique.

Conclusion et intentions de l'ANCHL

En guise de conclusion, citons le rapport du HCAAM datant de mai 2018. Ce dernier décrit le scénario préférable d'évolution du système sanitaire, dans lequel *« on devrait aboutir à une organisation structurée par territoire autour d'un important pôle technique (pouvant rassembler plusieurs sites, par exemple dans le cadre d'une coopération public/privé) et travaillant en réseau avec les établissements de santé communautaires de proximité axés, notamment, sur la médecine polyvalente et gériatrique pour ce qui est de l'activité de court séjour »* (Rapport HCAAM 2018).

L'ANCHL s'inscrit dans la proposition du HCAAM et y trouve une légitimation de son modèle organisationnel qu'il apparaît nécessaire de faire perdurer au regard des enjeux de santé publique actuels et à venir.