

# *L'avenir des hôpitaux locaux*

*Rapport de la Cour des Comptes, septembre 2013*

**Eliane Conseil**  
Santé Social

[www.elianeconseil.com](http://www.elianeconseil.com)

## Le contexte du rapport

*Réforme territoriale, réforme de l'Etat, projets de loi divers,... L'année 2015 s'annonce riche en bouleversements, avec des chantiers importants en perspective pour le législateur. Parmi eux, la loi santé, qui fait l'objet de controverses, notamment depuis l'annonce de la généralisation du tiers payant, fait partie des préoccupations prioritaires. Avec un objectif fixé à 10 milliards d'euros d'économies d'ici à 2017 pour la sécurité sociale et la nécessité de maintenir le niveau de performance du système de santé actuel, l'enjeu est de taille pour un pays réputé pour la qualité des soins dans le cadre d'un Etat providence dont le périmètre est étendu en comparaison des autres grands pays industrialisés.*

*Dans ce contexte, le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2015 est davantage orienté vers la proximité, la qualité des soins et l'innovation, dans une logique de parcours de santé mieux coordonné entre la ville et l'hôpital, permettant ainsi le développement de coopérations, de mutualisations ainsi que des complémentarités, sources d'économies et de cohérence au niveau national.*

*Ce projet pose notamment la question du rôle et de la pérennité des hôpitaux de proximité dans le paysage sanitaire français et, au -delà, celle de la réforme du financement des établissements de santé engagée depuis 2012 par le gouvernement, prévoyant notamment la définition d'un modèle de financement spécifique pour les hôpitaux de proximité, en particulier dans les zones les plus fragiles.*

*Il s'inscrit dans la continuité du rapport de la Cour des comptes paru en septembre 2013 sur « l'avenir des hôpitaux locaux », dont les constats sont toujours d'actualité, où les auteurs abordent les spécificités et l'avenir de cette offre de proximité mise en danger, pourtant en adéquation avec les objectifs du Pacte territoire Santé relatif à la lutte contre les déserts médicaux lancé en décembre 2012.*

## En synthèse

### ◆ Une offre de proximité fragile

Anciennement appelés hôpitaux ruraux puis locaux avant de devenir hôpitaux de proximité, **ces derniers représentent environ un tiers des établissements de santé publics, soit 320 hôpitaux, pour seulement 3% de l'activité publique de médecine, 15% en SSR et légèrement plus en USLD en 2011.**

Ainsi, le rapport fait état d'une **hétérogénéité de l'offre** selon le lieu d'implantation des hôpitaux locaux, la proximité ou l'éloignement de leur centre hospitalier de référence, ou encore l'évolution de la démographie médicale constatée sur le territoire. 63% des établissements concernés sont ainsi présents sur des territoires ruraux et relativement dispersés puisque 27% des départements n'en sont pas ou en sont peu dotés. De plus, l'offre de soins de ces hôpitaux n'est pas toujours positionnée sur le même portefeuille d'activités. Les bilans des visites de conformité mettent ainsi en avant leurs **difficultés à répondre aux exigences de continuité des soins, dans le cadre de ressources médicales et paramédicales insuffisantes**, ne permettant pas de répondre en totalité aux besoins de santé de certaines filières thématiques ou populationnelles (Neurologie, Cardiologie, Respiratoire, gériatrie,...).

## Une prise en charge de patients âgés par des praticiens libéraux, favorisant un parcours de soins coordonné

Néanmoins, les hôpitaux de proximité constituent des réponses pertinentes en termes d'offre de soins sur des territoires menacés de désertification médicale. La spécificité des hôpitaux locaux réside ainsi dans leur capacité à accueillir une population âgée dont la prise en charge et le suivi sont en majorité réalisés par des médecins libéraux ce qui contribue à sécuriser les patients, contrairement aux services hospitaliers plus importants et souvent plus éloignés du domicile et de l'entourage familial. De plus, les médecins généralistes exerçant souvent dans la commune ou à proximité de ces hôpitaux, le suivi des patients par ces derniers pendant leur hospitalisation **facilite de fait le lien ville-hôpital au bénéfice des patients.**

## Une recomposition largement entamée

Entre 1990 et 2011, les capacités des hôpitaux locaux (sanitaires et médico-sociales confondues) ont connu une augmentation globale de 19% accompagnée d'une profonde recomposition des activités : le nombre de places dans le secteur médico-social a progressé de 51% alors que les lits d'hospitalisation ont diminué de 32% (baisse du nombre de lits de médecine au profit des lits de SSR et d'USLD).

Si certains établissements n'ont pas attendu pour restructurer leur offre de soins au vu de la baisse des dotations globales enclenchée depuis 2010, **cette accélération est aussi l'effet direct d'une anticipation du projet de réforme relative au financement des établissements de santé**, et notamment des hôpitaux locaux, soumis au même régime depuis la loi HPST de 2009. A titre d'exemple, si l'offre de soins de longue durée représente 12% de l'ensemble des établissements publics en 2011, celle-ci ne bénéficie d'un financement qu'à hauteur de 10% de la dotation annuelle globale versée à ces mêmes établissements. Ainsi, la situation financière des hôpitaux locaux, négative pour seulement 48 d'entre eux en 2010 selon l'ATIH, se dégrade et touche environ 62 établissements en 2011.

Or, le basculement d'un financement sous dotation globale vers une tarification à l'activité pour les unités de médecine et de SSR, initialement prévu en 2010 pour l'activité de médecine et sans cesse reporté, est normalement fixé à 2015, et à 2016 pour le SSR. **Les simulations de recettes attendues au titre de la T2A réalisées par les ARS et par l'ATIH annoncent d'ores et déjà le risque de déséquilibre financier des hôpitaux de proximité.** En effet, seul un établissement sur dix selon certaines projections serait gagnant, le manque à gagner pouvant aller de 8 à 61% de la dotation globale initialement perçue selon les activités et les territoires.

La Cour des comptes avance 3 causes à ce déséquilibre financier :

En premier lieu, l'analyse PMSI de la classification de l'activité démontre que **l'éventail des cas traités par les hôpitaux locaux est moins important que dans les autres établissements** (ils réaliseraient seulement 10% des catégories d'activités possibles selon leur codage PMSI), ce qui est moins rémunérateur au regard des principes de recettes définis dans le cadre de la tarification à l'activité.

En second lieu, **la durée moyenne de séjour est bien plus élevée dans les hôpitaux de proximité qu'ailleurs** tandis que sa maîtrise est d'autant plus complexe pour de petits établissements de faible masse capacitaire, dépendants des structures d'amont et d'aval que sont par exemple les centres hospitaliers de référence, même si les auteurs du rapport font apparaître des marges de manœuvre à ce niveau-là.

Enfin, les hôpitaux locaux présentent une masse capacitaire moyenne relativement faible et sont victimes d'un effet de seuil capacitaire en-deçà duquel ils ne peuvent supporter le passage à la T2A sans se retrouver en situation déficitaire. Ces seuils s'élèveraient ainsi, selon l'ATIH, à 20 à 30 lits en médecine, 30 lits en SSR si l'établissement est adossé à d'autres services, et entre 60 et 80 lits le cas échéant ; or, le nombre moyen de lits de médecine des hôpitaux locaux se trouvait à environ 13,36 en 2009. Selon une étude citée dans le rapport et portant sur 241 de ces établissements, seuls 49 avaient une capacité de lits de médecine supérieure ou égale à 20 lits pour qui l'activité de médecine est clairement menacée, tandis que la majorité des hôpitaux locaux ne disposent pas des plateaux techniques nécessaires.

De fait, les conséquences anticipées de la réforme par les acteurs en question les ont pour certains amenés à abandonner, pour certains, l'activité de médecine au profit des soins de suite et de réadaptation gériatriques et polyvalents, voire pour d'autres à **abandonner toute activité sanitaire pour se tourner uniquement vers le médico-social**. D'ailleurs, certaines Agences Régionales de Santé (ARS) ont introduit dans leur programme régional de santé (PRS) des seuils d'activité en médecine et en SSR obligeant les structures concernées à un repositionnement de leur offre vers des services de proximité de type consultations, maison médicale etc.

### ◆ Les atouts des hôpitaux locaux et les réorganisations à opérer

Malgré les menaces qui pèsent sur ce type d'hôpitaux, en particulier en raison des **réformes de tarification à venir et des problématiques de recrutement médical**, le rôle de ces établissements dans la coordination et le parcours de soin a été réaffirmé par le Rapport de la Cour des Comptes relatif à l'avenir des hôpitaux locaux, qui vise à replacer les hôpitaux locaux dans le contexte actuel et à leur redonner toute leur légitimité : **« les anciens hôpitaux locaux ne sauraient rester par principe à l'écart de la recomposition indispensable de l'offre de soins. [...] ils doivent savoir s'inscrire avec dynamisme et anticipation dans les réorganisations en cours. [...] Une partie d'entre eux peut en effet apporter une contribution utile à l'organisation de l'offre de soins de proximité. Ils offrent en effet un type de prise en charge qui s'inscrit en cohérence avec les préconisations formulées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie selon lequel il est préférable que les populations plus fragiles évitent autant que possible le passage par les urgences ou les grands établissements de santé. Ils proposent en effet une médecine de proximité, spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées, qui développe des liens privilégiés [...] dans la logique d'un parcours de soins articulé. »**

### La légitimation du rôle des professions libérales sur les territoires sensibles et la remise en cause du fonctionnement médical

Pour la Cour des comptes les hôpitaux de proximité doivent être positionnés comme **une des solutions aux problématiques de démographie médicale**. En tout état de cause, et parce que les hôpitaux locaux, du fait de leur fonctionnement particulier basé sur un socle de médecins libéraux, subissent désormais de plein fouet les conséquences de la désertification médicale, une des solutions consiste à soutenir ces professionnels à travers différents leviers :

- en limitant tout d'abord le désengagement des médecins libéraux au sein des hôpitaux locaux par le biais de **politiques des ressources humaines plus attractives**, en introduisant davantage de forfaitisation dans la rémunération.
- **en redéfinissant ensuite des objectifs simplifiés** pour ce type d'établissements, victimes une fois de plus de leur seuil économique, et dont les exigences en matière de fonctionnement sont identiques aux autres établissements depuis 2009 restreignant le temps médical au bénéfice du patient (règles d'hygiène et de sécurité, démarche de certification, nombreuses commissions,...). Ainsi, **« dès lors qu'il peut conditionner le maintien de la présence de professionnels libéraux de santé sur les territoires les plus fragiles, s'imposent une clarification des objectifs et des règles applicables à ce type d'établissements »**.

Par ailleurs, le rapport met en avant la **nécessaire optimisation des moyens humains par la mutualisation des compétences des praticiens hospitaliers** pouvant intervenir pour partie en hôpital local et selon une convention de coopération cadrée avec l'hôpital de référence.

### L'intérêt des dispositifs de santé pluridisciplinaires

En outre, la Cour note également que l'adossement des maisons ou pôle de santé pluridisciplinaires aux hôpitaux de proximité est une solution pertinente permettant de mutualiser des moyens et des projets et ainsi d'attirer des médecins libéraux en constituant un « point d'ancrage » pour les professionnels libéraux médicaux et paramédicaux dans des zones sous denses. De plus, leur présence est signe de potentiel médical sur le territoire et peut constituer un atout dans un contexte d'augmentation du numéris clausus et de lutte contre les déserts médicaux.

## La nécessaire refonte du modèle tarifaire

Les travaux d'adaptation du modèle de tarification à l'activité lancés en 2012 par le gouvernement se doivent de prendre en compte les particularités territoriales des hôpitaux locaux. Les incidences dues à la grande hétérogénéité des petites unités hospitalières locales ne peuvent être intégrées qu'à la condition d'un financement mixte (tarification à l'activité et MIG spécifique) et la possibilité d'un traitement coordonné entre le court séjour et le SSR compte tenu des seuils d'activité évoqués, de l'éloignement géographique et des disparités territoriales d'établissements situés en zones dites fragiles.

Pour cela, la refonte du mode de fonctionnement des hôpitaux suppose, selon la Cour des Comptes, une clarification et un pilotage plus dynamique et cohérent de la part des ARS, dont les orientations parfois contradictoires manquent de lisibilité et dont le rôle en matière d'analyse individualisée de l'offre de proximité et des besoins de la population doit être renforcé dans une logique de parcours de soins.

## Les enjeux et problématiques

### ◆ Une réorganisation de l'offre territoriale qui peut être profitable

Dans un tel contexte de désertification médicale et de cloisonnement entre les acteurs de santé, les hôpitaux de proximité constituent une véritable réponse territoriale aux besoins de la population : ainsi, tel que le rappelle l'instruction de la DGOS du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire, « les hôpitaux de proximité participent à l'offre de proximité ou contribuent à la structure, à l'articulation de la ville et de l'hôpital, des champs sanitaire, médico-social et de la prévention/promotion de la santé [...] Pour une partie d'entre eux, les hôpitaux de proximité représentent naturellement un lieu d'hospitalisation à privilégier du fait de leur localisation et de la continuité médicale assurée par les médecins libéraux », notamment dans le cadre du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie puisque les prises en charge qui y sont assurées mêlent souvent la médecine au SSR et à l'USLD.

Notre cabinet a ainsi pu constater dans le cadre de ses différentes missions d'accompagnement à la mise en place de maison/pôles de santé pluridisciplinaires que la présence d'un hôpital de proximité est ainsi clairement un facteur clé de succès pour la mise en place d'une telle structure tant en terme financier, que de partage de moyens (ex : plateau technique) ou de développement de projets communs (ex : développements de protocoles communs, élaboration d'un projet de santé de territoire...) permettant d'attirer plus facilement des médecins libéraux.

### ◆ Une réforme de la tarification appelant à plusieurs prérequis

Dans la perspective d'une prochaine réforme de tarification, une vigilance accrue en termes d'efficience des établissements est à considérer au regard des seuils économiques et capacitaires précédemment cités, seuils que ne peuvent atteindre la majorité des hôpitaux ici concernés en dehors d'un processus de coopération identifié et au risque d'une dégradation de la prise en charge et d'un manque de réponse aux besoins des patients les plus lourds, à l'appui des constats formulés dans l'Arrêté n° 2014-1431 de l'ARS portant sur l'avenant n° 1 au Schéma régional d'organisation des soins du Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017 :

« Aujourd'hui, il est constaté que certains établissements ne franchissent pas le seuil économique et capacitaire permettant de répondre aux normes et exigences recommandées (compétences humaines et plateaux techniques). De facto, des structures privilégient des prises en charge légères, les prises en charge les plus lourdes nécessitant de renforcer l'encadrement en personnel. »

Le PLFSS 2015, publié en septembre 2014, confirme ce prérequis selon lequel une nouvelle étape de la réforme consistera cette année à « définir un modèle de financement spécifique pour les hôpitaux de

proximité », plus adapté à la particularité de leurs missions et au contexte local, qui fait suite aux concertations régionales de l'ARS entamées au printemps 2013 et qui pourrait intégrer la notion de parcours patients entre le court séjour et les soins de suite.

En outre, **si ce nouveau mode de financement doit être lisible, il doit également d'être rapidement et facilement opérationnel** afin de ne pas mettre en péril leur équilibre financier. Une telle réforme se doit évidemment d'être accompagnée d'une réelle politique de conduite du changement au sein des hôpitaux de proximité et d'une implication de tous les acteurs de santé du territoire

**Il est donc nécessaire de conduire une réflexion sur les conditions de coopération entre établissements d'un même territoire afin de garantir une activité minimale pour chacun d'entre eux, nécessitant des complémentarités de prise en charge dans le parcours de soin du patient tout en évitant des déficits structurels liés au changement à venir du mode de financement.**

Dans ce cadre, les ARS invoquent, au travers de leur Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), la nécessité, pour les établissements de petite taille en particulier, de « **rechercher l'amélioration de leur réponse en termes de continuité des soins et de démarche qualité en se rapprochant ou en se regroupant avec d'autres structures** » afin d'optimiser les ressources disponibles et de fluidifier le parcours de santé des patients. Cette volonté politique est affirmée par la nouvelle appellation des CHT, anciennement Communauté Hospitalière de territoire- devenues au 1er janvier 2015 des GHT- « **Groupe hospitalier de territoire** ». Si ce dispositif nécessite encore des précisions, il a en tout cas pour objectif de doter l'hôpital d'une « *responsabilité nouvelle vis-à-vis de son territoire* » et de permettre aux établissements d'entrer dans une réelle logique de coopération et de décloisonnement, dans l'attente de directives nationales clarifiées sur le sujet, où les petits établissements publics de santé auraient manifestement un rôle à jouer.

#### ◆ **Malgré tout, une menace pèse toujours sur les hôpitaux locaux**

Enfin, nous attirons l'attention sur le fait que, si certes les possibilités de coopération ou de regroupement, voire de transformation de lits, constituent des réponses censées, celles-ci peuvent s'avérer insuffisantes pour des établissements dont le case mix ne serait pas de nature à contrebalancer les charges d'exploitation engendrées par le changement de tarification. Malgré les efforts affichés d'adaptation du modèle tarifaire, cette contrainte pourrait en effet conduire à la fermeture progressive de nombreux hôpitaux de proximité...et par conséquent à d'importantes économies pour les finances publiques, dans un contexte où l'Etat cherche à économiser 10 milliards d'euros d'ici à 2017.