



ANCHL

ASSOCIATION NATIONALE
DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX
ET DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Hôpital de proximité et prise en charge de premier recours des personnes âgées

Modèle dépassé ou hôpital agile de demain ?

HCAAM séance du 22 février 2018

ANCHL Florence FRIES (CH Clermont l'Hérault Occitanie)

Les centres hospitaliers locaux CHL

Chronique d'une mort annoncée?

- Offre sanitaire CHL limitée aux activités Médecine et SSR
- Zones géographiques d'implantation le plus souvent rurales (63% d'entre eux)
Inégalement répartis sur le territoire (1/3 départements sans CHL)
- Situation financière qui s'est dégradée, conséquence d'un mode de financement obsolète (dotation globale figée niveau historique, passage à la T2A prévu en 2010, reporté à 3 reprises : comment piloter l'activité sans modèle ?)

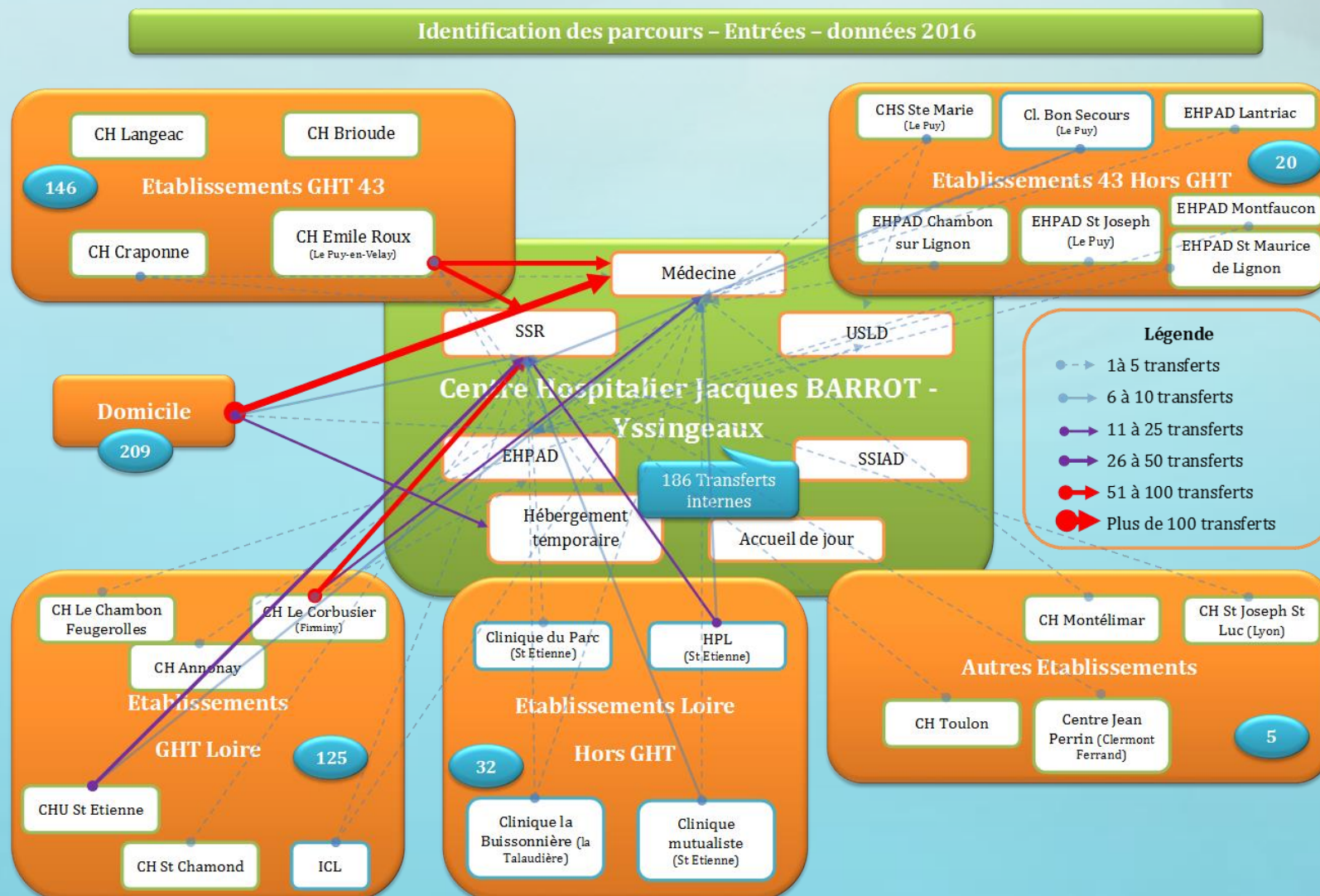
CH ex HL	2004	2016	évolution
Etablissements	362	307	-44
Avec Médecine	252	167	-85
Avec SSR		90	

Impact faible de la réforme
Soit recettes T2A > part garantie
Soit part garantie < dot. globale ante

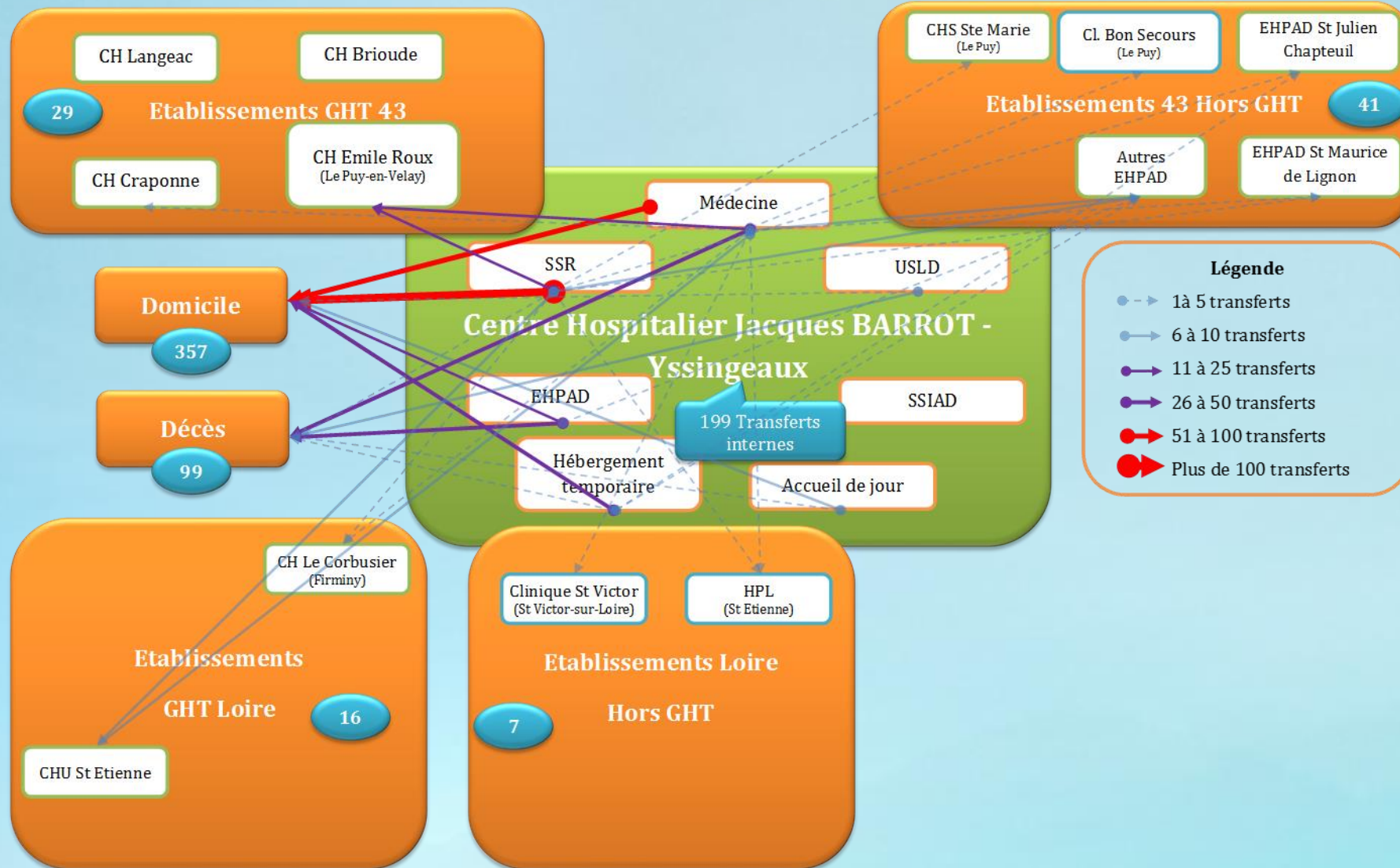
Le CHL: une filière gériatrique territorialisée

- **170 lits en moyenne, avec un poids prépondérant du médico-social**
 - 9 lits en médecine dont une part significative des LISP (lits identifiés soins palliatifs)
 - 22 lits en SSR
 - 12 lits en USLD
 - EHPAD de 122 lits
 - Des services dans le champ du domicile : SSIAD, structures de répit (hébergement temporaire, accueil de jour)
 - Des services « hébergés » : consultations avancées, télémédecine, antenne HAD, permanences psychiatriques, permanences des associations de patients, médecine du travail...
- **Patientèle : le grand âge**
 - Les 80-89 ans : entre 45 et 50 % toutes activités confondues
 - Venant du domicile en médecine à 65,6%, retournant à domicile à 55 % en médecine et à 75,2 % pour le SSR
 - Domiciliée dans une commune proche du CHL à la quasi majorité

Le CHL au carrefour des parcours patients l'exemple du CH d'Yssingeaux



Identification des parcours - Sorties- données 2016



Centres hospitaliers locaux ou hôpitaux de proximité ?

Hôpitaux de proximité: une réforme encore essentiellement tarifaire

- **Critères labellisation HP** : autorisation médecine, ni chirurgie ni obstétrique + caractérisation liée au territoire ou aux médecins (présence libéraux)
- **Impact: modèle de financement dérogatoire au 100% T2A** avec part dotation garantie sur critères territoriaux
- **240 hôpitaux de proximité en 2017:**

- CH	66	- EBNL	18
- Ex HL	153	- clinique privée	3

Des missions et un positionnement à préciser

- **Mise à jour du guide DGOS Hôpitaux de proximité**
 - Appui au 1^{er} recours : intégration forte avec la médecine de ville
 - Passerelle vers le 2^d recours et l'expertise: GHT – consultations avancées- télémédecine
 - Nouvelle mission dans l'amélioration des parcours patients
- **Clarifier** : Extension de la labellisation HP aux SSR « autonomes »? Extension de la tarification mixte (forfait /activité) au SSR des HP? Gouvernance droit commun CH ou adaptée?

Défense et illustration des CHL - HP: La prise en charge des personnes âgées

Eléments de complexité liés à une population spécifique

- diminution de la réserve fonctionnelle d'organe et risque de décompensation en rapport avec l'avancée en âge, la maladie, et des facteurs intercurrents
- risque de décompensations organiques et fonctionnelles en série ,
« cascade »
- Polypathologie : 93% des PA +70 ans avec au moins 2 maladies chroniques
- Polymédication
- Vulnérabilité sociale
- Santé mentale

Défense et illustration des CHL - HP: La prise en charge des personnes âgées

Des soins centrés sur le patient dans une approche collaborative

- **Continuité des soins:** relation médecin – patient de longue date; histoire de la maladie partagée médecin traitant-équipe hospitalière
- **Prise en charge holistique:** approche globale combinant dimensions somatiques, psychiques et sociales par équipe pluridisciplinaire (gériatre, médecin généraliste, pharmacien PUI, kinés, ergo, service social, IDE, aides soignants formés à la gériatrie, psychologue, secteur de psy..)
- **Orientation du patient via prise de décision partagée:** projet thérapeutique co-construit avec patient, entourage, médecin traitant; réflexion bénéfice-risque sur 2d recours, expertise, diagnostics ou ttmts invasifs; inclusion dans démarche palliative. Démarche droits des patients.
- **Coordination des soins:** admissions directes depuis ville; passage urgences CH évité ou optimisé; préparation ++ des sorties d'hospitalisation; réunions concertation PSL et hospitaliers; partenariat avec secteur médico-social intégré ou territorial; coopération ou coportage dispositifs coordination CLIC, MAIA, PTA, CPTS

Défense et illustration des CHL - HP: les atouts

- **La coopération médecin/pharmacien:**
 - gestion concertée de la polymédication;
 - conciliation médicamenteuse;
 - révision des prescriptions dans un environnement hospitalier sécurisée
- **La proximité:**
 - permet le suivi sur la durée; dans l'écosystème du patient
 - l'alliance thérapeutique avec les proches; le repérage de l'épuisement des aidants;
 - le fonctionnement fluide du réseau local, réduit le coût des transports
- **L'appui à la médecine de ville:**
 - Attractivité du territoire: pour exercice salarié, mixte, exercice libéral : accès offre hospitalisation + consultations avancées+ télémédecine+ plateau technique base
 - Découverte du territoire: agrément services des CHL pour stages internat de médecine générale
 - Établissement support pour organisation permanence des soins (MMG / MCSamu/antenne SMUR)
 - Soutien à l'organisation des pratiques coordonnées des PSL: CPTS, ETP, MAIA..
 - Compenser les inégalités d'accès par l'offre publique: centres de santé communautaires

Le lien ville hôpital au cœur des missions

le fonctionnement d'une CME de CHL

PUI desservant
3 EHPAD,
1 FAM et 1 MAS

ORDRE DU JOUR :

- ✓ Visite des nouveaux locaux de la pharmacie (C. DEFOUR / C. BREYSSE)
- ✓ Approbation du compte-rendu de la CME du 21/09/2017
- ✓ Budget 2018 (S. TOURNEUR)
- ✓ Soins palliatifs : présentatin des travaux du groupe QGDR (DR PATILES / B. DUBOIS)
- ✓ Présentation de l'ESA et de sa mise en place (I. MARGERIT / F. PETIOT)
- ✓ Présentation du cahier de liaison à domicile (Projet SPASAD : V. COUTANSON)
- ✓ Education thérapeutique : programmes déposés en Haute-Loire, travaux du groupe QGDR (V. SABATIER)
- ✓ OSIRIS : prescription des régimes, déploiement de la macrocible d'entre...
- ✓ Présentations de travail de la CSTRMT (V. SABATIER)
- Procédures et protocoles
- ✓ Questions diverses

Réponse graduée
dans la prise en
charge des
patients
Alzheimer à dom

Participation des
médecins à la
Démarche qualité
Certification HAS

Information des médecins
libéraux sur les ressources

Développement des
actions et projets dans le
champ de la prévention
et de l'éducation
thérapeutique

Elaboration des
outils de
coordination à
domicile

DPI accessible au cabinet du
médecin généraliste
Développement de l'évaluation
gériatrique multidimensionnelle et
de la pluridisciplinarité

Hôpital de proximité, hôpital de demain?

- Double évolution des besoins hospitaliers:
 - Concentration des techniques et des pratiques sur plateaux de pointe des hôpitaux de recours ; séjours courts ou ambu + hôtels hospitaliers
 - Diffusion de technologies légères , communicantes pouvant être délocalisées auprès d'équipes médicales de petite taille , voire à domicile.
- La proximité et la prise en charge des maladies chroniques
 - Le suivi au long cours, la surveillance, l'ETP, l'empowerment du patient, la prévention, éducation à la santé
 - L'orientation vers le recours: démarche diagnostique, annonce, stratégie thérapeutique,

Organisation graduée recentrant chaque offre sur son cœur de métier, dialectique premier et second recours

Hôpital de proximité, hôpital menacé?

1. Un HP par définition n'est pas modélisable

Sa force c'est son agilité: capacité d'adaptation aux besoins du territoire, de configurer l'offre publique en réponse aux spécificités locale dans une démarche bottom-up

2. L'HP est un OVNI de l'offre de soin

Difficile à appréhender par la technostructure et notamment les Agences régionales qui fonctionnent encore en silos: offre de soins hospitalière/premier recours; sanitaire/médicosocial.

Dimension territoriale repérée :le département / dimension pertinente = bassin de vie (déserts médicaux aux portes des zones surdotées)

3. Le Groupement Hospitalier de Territoire GHT est une chance et un risque

Opportunité de l'acculturation des CH de recours au partenariat avec la ville

Objectif d'améliorer l'accès aux soins des territoires (temps médicaux partagés, protocoles graduation, extension postes internes MG, recherche soins primaires)

Risque de jouer la variable d'ajustement dans les suppressions de lits demandés pour accompagner le virage ambulatoire (plus de Médecine, pas davantage de SSR et conversion des CHL en EHPAD upgradés)

Risque d'être réduit à une simple filière d'aval, sans maîtrise des parcours patients et donc sans impact sur médecine de ville

La tentation de la concentration cf processus achats

Les CHL HP: tête de pont de l'hôpital public sur les territoires ?

Les points d'attention soulignés par l'ANCHL

- L'autonomie des établissements
 - Directeur chef d'établissement + conseil de surveillance garant de la prise en compte des besoins de santé du territoire et du principe de subsidiarité dans GHT
 - Caractère volontaire des coopérations, gage d'efficacité pour des mutualisations efficaces
 - Véritable statut pour ES Proximité et des objectifs clairs sur le modèle à développer: intégratif? coopératif? / isolé? absorbé?
- Les moyens financiers pour s'adapter
 - Laisser aux établissements la possibilité de garder un financement de droit commun dans l'équité:
 - accorder la reconnaissance de spécialisation gériatrique aux activités qui en relèvent: court séjour gériatrique, SSR PAP, HDJ, EMG. Idem soins palliatifs.
 - Accorder le bénéfice des missions intérêt général en lien avec accessibilité
 - Généraliser un financement mixte pour le SSR (T2A et forfait)
 - Dimensionner les services hospitaliers pour assurer leur viabilité économique :secteur sanitaire par unité de 30 lits (coexistence Médecine et SSR à privilégier pour cohérence des parcours).
 - Accompagner les établissements dans leur capacité à investir pour financer les évolutions de leur offre de services: plateaux techniques de base; système d'information territorial communicant; accueil de consultations; télé médecine

Les CHL HP: la tête de pont de l'hôpital public sur les territoires ?

Les points d'attention soulignés par l'ANCHL

- La diversification du fonctionnement médical
 - Face au désengagement des médecins libéraux, motivé par démographie, besoins croissants en ville, notamment si montée en charge maintien à domicile et HAD + coordination
 - Rendre plus attractive la rémunération des médecins libéraux à l'hôpital
 - Développer l'exercice mixte et les postes PH temps partiel
 - Développer les temps plein salariés permettant l'encadrement des internes et valorisant l'exercice médecine générale en équipe pluridisciplinaire
- Les soins primaires au-delà de la seule gériatrie: soutenir l'innovation
 - Appui à l'organisation de la PDS et des pratiques coordonnées, parcours de soins, délégation de tâches
 - Appui pour plateau technique de base mutualisé avec privé si possible: radiologie, biologie délocalisée
 - Organisation périnatalité en partenariat avec collectivités locales (PMI, dépistage, prévention jeunes)
 - Suivi maladies chroniques dont santé mentale dans approche globale
 - Accessibilité financière de l'offre publique