



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

**LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ PEUVENT-ILS
CONTRIBUER À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX
SOINS ?**

– Groupe n° 4

–Bousquet Marion	–Lecland Christelle
–Coquelin Sebastien	–Lemaitre Cécile
–Germain Armelle	–Martin Léopoldine
–Lambert Sandrine	–Michel Kevin
– Latinier Fabien	–Moustoifa Ali Soifioun

Animateur

–Schweyer François-Xavier

Table des Matières

Avant-propos.....	1
Introduction	3
1. Missions et places des Hôpitaux de proximité : Quelle place pour les hôpitaux de proximité au sein d'une organisation territoriale ?.....	5
1.1. - Les hôpitaux de proximité se structurent à partir d'une approche populationnelle et d'une coopération renforcée vers la ville et le médico-social.	5
1.1.1 L'approche populationnelle : une approche centrée sur les besoins en santé de la population pour adapter l'offre de soins.	5
1.1.2 Les hôpitaux de proximité acteurs du décloisonnement et de la coopération territoriale entre les professionnels et les structures de santé et médico-social. .	6
1.2 Quelle place pour les hôpitaux de proximité, premier maillon dans l'offre graduée de soins hospitaliers ?	8
1.2.1 La consécration de la notion de territoire.....	8
1.2.2 GHT et CTPS : garants d'une permanence et d'une pertinence des soins sur un territoire.....	9
2. Des leviers existent pour développer les hôpitaux de proximité mais il subsiste des freins	11
2.1 - Les freins et limites pour l'hôpital de proximité dans sa mission d'amélioration de l'accès aux soins.....	12
2.1.1 Un manque de collaboration territoriale entre les différents acteurs.....	12
2.1.2 Des limites juridiques, techniques et financières	15
2.2. - Réussites et perspectives d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge.....	18
2.2.1 La médecine de parcours et le développement de filière	18
2.2.2 Réforme des autorisations et du financement : de nouvelles perspectives pour les hôpitaux de proximité	19
Conclusion	23
Bibliographie.....	25
Webographie.....	27
Liste des annexes.....	1

Remerciements

Nous tenons avant tout, à exprimer notre sincère gratitude à l'ensemble des professionnels qui se sont montrés disponible pour répondre à nos sollicitations et nos questions dans un contexte compliqué. Ces échanges nous ont permis d'enrichir notre réflexion et notre connaissance en lien avec notre sujet d'étude.

Nos remerciements s'adressent également à M. François-Xavier Schweyer, sociologue, enseignant chercheur à l'EHESP et animateur du groupe qui a su par son écoute bienveillante et sa présence active à chaque étape de notre travail, nous guider et nous accompagner dans la réalisation de ce rapport. Par ses questionnements et sa disponibilité il a su développer au sein du groupe une approche critique pour faire évoluer notre travail. Il fut un véritable soutien tout au long de notre parcours de recherche.

Enfin nous tenons à remercier, Emmanuelle Denieul et Christophe Le Rat pour l'organisation de ce temps inter-filière, qui au travers de nos échanges et l'argumentation de nos points de vue, nous ont permis d'expérimenter le travail d'équipe qui sera le nôtre, dans nos futurs exercices.

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé
BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
CME : Communauté Médicale d'Etablissement
CMG : Communauté Médicale de Groupement
CODIR : Comité de Direction
COSTRAT : Comité stratégique
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DFG : Dotation Forfaitaire Garantie
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DPI : Dossier Patient Informatisé
DUMG : Diplôme Universitaire de Médecine Générale
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
FIR : Fonds d'Intervention Régionale
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation à domicile
HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire (loi de 2009)
IASS : inspecteur des affaires sanitaires et sociales
IDE : Infirmier Diplôme d'Etat (ou infirmier en soins généraux)
IFAQ : Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité
IPA : Infirmier en pratique avancée
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins.
MIP : Module Interprofessionnel de Santé Publique
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OTSS : Organisation et transformation du Système de Santé (loi de 2019)
PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur
PMT : Plateau Médico Technique
PTA : Plateforme Territorial d'Appui
PRS : Projet Régional de Santé
PTS : Projet Territorial de Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SI : Système d'Information

SIP : Système d'Information

SSIA : Services de Soins Infirmiers à domicile.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

URML : Union Régional des médecins Libéraux

Méthodologie

Le groupe MIP « Les hôpitaux de proximité contribuent-ils à améliorer l'accès aux soins ? » est composé de dix élèves fonctionnaires : trois de la filière des directeurs d'hôpital, trois de la filière des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, deux de la filière des directeurs des soins et deux de la filière des attachés d'administration hospitalière.

Cette composition de groupe inter-filière a favorisé les échanges de points de vue complémentaires et le travail interprofessionnel, notamment à travers la constitution en sous-groupes de réflexions.

Notre équipe a été encadrée par Monsieur François Schweyer, sociologue et professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP).

ORGANISATION

Cette année, le MIP a été marqué par un travail à distance sur la totalité de la période aménagée. L'équipe a rendu un travail collectif sans s'être vu physiquement une seule fois.

Concrètement, notre travail s'est découpé en trois temps : une première analyse collective du sujet à partir d'éléments bibliographiques, une deuxième période dédiée à une étude sur le terrain par la mise en place d'entretiens auprès de professionnels concernés par cette thématique, et un troisième temps consacré à la rédaction des parties du rapport en sous-groupe de travail.

Une première période de travail collectif du 04 au 07 mai a permis de se rencontrer virtuellement, et de délimiter le périmètre d'action de notre réflexion, par l'étude d'une base documentaire proposée, une recherche bibliographique et un travail en sous-groupes. Au terme de ces quatre jours, nous avons convenu de nous répartir en quatre sous-groupes reprenant les différentes dimensions du sujet afin d'avancer en autonomie les semaines ultérieures.

Nous avons choisi un référent à notre groupe, afin de faciliter les échanges effectués avec notre animateur Monsieur Schweyer, et de dynamiser le collectif tout au long de cette période. De plus, nous avons créé un espace d'échange collaboratif via la plateforme Teams afin de pouvoir échanger et partager nos ressources et documents en temps réel. Parallèlement, un rétroplanning (annexe n°1) a été élaboré afin que chaque membre puisse consulter les échéances programmées et respecter le cadre temporel défini.

Le groupe a décidé de se réunir en visio-conférence une fois par semaine pour faire un point d'état d'avancement des travaux des différentes sous-groupes. Au total huit temps d'échange ont eu lieu, en présence de notre animateur.

PRESENTATION DES ENTRETIENS

Suite au travail bibliographique et à la redéfinition du cadrage de notre sujet d'étude, nous avons réalisé une grille d'entretien semi-directif (annexe n°2) afin d'utiliser une trame exhaustive et de baliser les questions et points principaux à aborder avec les personnes interrogées, pour faciliter l'analyse ultérieure des données qualitatives.

Afin de pouvoir obtenir un panel varié des différents acteurs concernés par ce sujet, nous avons démarché auprès de nos connaissances professionnelles respectives des personnes en lien avec le sujet, puis établi un tableau (annexe n°3) recensant l'ensemble des

entretiens réalisés. Monsieur Schweyer a également proposé des noms de professionnels impliqués dans cette thématique que nous pourrions contacter.

La plupart des entretiens ont été réalisés par téléphone ou visioconférence du fait de la pandémie de la Covid-19. Un certain nombre d'entre eux ont pu être pratiqués en binôme, afin de renforcer la prise de note et l'assimilation des données recueillies.

Enfin, une retranscription et une analyse par entretien ont été réalisées, dans le but d'intégrer ces éléments au rapport final en alimentant les différentes parties.

Dans un dernier temps, nous nous sommes répartis en binôme ou en trinôme pour rédiger les différentes parties du rapport. Puis une phase de relecture et d'élagage a été effectuée en comité réduit, et un temps collectif d'harmonisation et de mise en page a été apporté par l'ensemble des participants au MIP.

L'ensemble des travaux a été remis dans le délai imparti, malgré les difficultés d'organisation liées au travail en distanciel et aux emplois du temps des différentes filières.

Ce travail collectif interprofessionnel nous aura permis de collaborer entre professionnels de métier différent, comme dans nos futures pratiques professionnelles, de confronter des points de vue en favorisant la communication et l'échange, et d'apporter une réflexion critique partagée sur le sujet proposé.

Avant-propos

Le Module Inter Professionnel en période de confinement

Le module inter-professionnel est une unité d'enseignement particulière car travaillée en inter-filiarité entre les élèves, futurs cadres de la fonction publique hospitalière. L'EHESP y attache une importance toute particulière et les décrets de formation de chacune des filières y font référence.

Chaque année, depuis plusieurs années, le MIP permet aux futurs professionnels du système de santé, toutes filières confondues, de collaborer, de confronter leurs points de vue et in fine de proposer une analyse critique et étayée autour d'un sujet de santé publique. Ce Module encadré par un animateur, se déroule habituellement sur 3 semaines consécutives exclusivement dédiées à l'exercice.

Cette année, la crise sanitaire est venue modifier l'organisation du MIP en raison de l'obligation de distanciation sociale et de la fermeture des établissements d'enseignement supérieur, suite à la mise en œuvre du confinement. Aussi, il a fallu repenser la collaboration et le travail collectif, base du MIP et nous adapter sans cesse pour faire avancer notre étude.

Tout d'abord, nous avons dû apprendre à nous connaître au travers de nos écrans d'ordinateurs avec bien régulièrement des soucis de connexion, de réseaux et des temps de réunion ne permettant pas toujours de tous nous rassembler pour une approche collégiale. L'absence de temps dédié commun n'a pas permis le partage équitable et en inter-filiarité du travail à réaliser ; temps de cours pour les uns, périodes de stage pour d'autres n'ont pas toujours facilité l'appropriation individuelle du travail collectif. Cette situation a généré de manière ponctuelle quelques tensions à réguler.

Outre l'absence de temps commun, la situation individuelle de chacun dans la mise en place d'un travail à distance a pu avoir beaucoup d'impact : présence d'enfants à garder à la maison, possibilité de s'isoler dans un lieu de travail adéquat, présence en réunions sur des temps de transports (dans la rue, dans la voiture...), partage d'un réseau Wifi avec d'autres personnes du foyer en télétravail également. Ces éléments n'ont pas pu être véritablement pris en compte dans la réalisation du projet, chacun souhaitant rester professionnel dans son approche du travail demandé.

Par ailleurs, l'impossibilité d'accéder physiquement, aux ressources documentaires proposées à la bibliothèque de l'EHESP, a constitué un frein ou une difficulté supplémentaire pour certains à l'appropriation des documents. Pour autant, grâce à l'aide et au soutien de notre animateur et des responsables de la bibliothèque, nous avons pu, en partie, réaliser une analyse documentaire mais qui reste, à notre sens incomplète.

Enfin la réalisation des entretiens professionnels, élément central dans la construction du rapport, fut également entravée par le confinement et ce à deux niveaux. Tout d'abord par le manque de disponibilité des acteurs du système de santé, bien légitime au regard de l'ampleur de la situation sanitaire. En second lieu, l'absence de rencontre physique limite la

communication non verbale et perturbe la dynamique de l'entretien (problèmes de connexions, distance entre les intervieweurs...).

La difficulté majeure réside dans l'impossibilité de discuter « à bâtons rompus » entre élèves de notre travail. La mise en cohérence du rapport pâtit de cette absence de rencontres physiques. La prise de paroles en distanciel est beaucoup plus difficile et la régulation des temps de parole assez complexe lorsqu'on ne se retrouve pas physiquement.

Enfin, un des points importants de ce MIP est de créer des relations entre les élèves de différentes filières et le support des nouvelles technologies est certainement aidant mais pas approprié par tous de la même façon. Il s'agit d'un nouveau mode de relations interpersonnelles qui demande à chacun de s'adapter dans sa relation à l'autre.

Pour autant, nous sommes allés au bout de notre travail avec beaucoup de bienveillance et de compréhension de chacun des membres du groupe. Nous nous sommes adaptés et avons dû initier des modes de fonctionnement à distance pour organiser une réflexion collective, une réflexion aboutie mais non exhaustive autour de notre sujet de recherche.

Introduction

Lors de son allocution du 18 septembre 2018 présentant le Plan Ma Santé 2022¹, le Président de la République a affirmé sa volonté de « prendre soin de chacun » par la réduction des inégalités d'accès aux soins, notamment le renoncement à se faire soigner.

L'accès aux soins est une priorité des pouvoirs publics, réaffirmé régulièrement à travers des dispositifs législatifs et réglementaires, en réponse à des évolutions sociétales multifactorielles. Le système de santé est impacté par l'augmentation du vieillissement de la population, des maladies chroniques, l'apparition de zones sous-denses en professionnels de santé, le changement de modèle de financement des établissements de santé et la crise des services des urgences. Pour relever ces défis, la volonté politique est de renforcer et de développer l'offre de soins de proximité et la prévention. Pour pallier ces difficultés et favoriser l'accès aux soins de proximité, des dispositifs successifs ont été proposés par les pouvoirs publics : incitations financières sur objectifs de santé publique en 2012, exercice mixte libéral-hôpital, aides financières pour la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées via la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016².

L'amélioration des conditions de vie de la population et des prises en charge sanitaire ont contribué à l'allongement de l'espérance de vie³. L'enjeu est donc d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie. L'inégale répartition de l'offre de soins constitue un frein à l'accès aux soins par rapport à certaines spécialités (ophtalmologie, odontologie par exemple) sous représentées voire en péril dans certains territoires et à la crise des services des urgences hospitalières. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) enregistre plus de vingt millions de passages aux urgences chaque année dont une grande majorité ne relève pas des urgences vitales⁴.

Les urgences sont devenues une sorte de sas d'entrée dans le système de santé pour des populations exclues des compartiments dit plus conventionnels. Une prise en charge territoriale par gradation des soins s'avère primordiale pour désengorger les urgences, de même qu'une coordination des différents acteurs du système de santé pour favoriser l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble des usagers. Face à ces enjeux du système de santé et aux spécificités territoriales, nous allons nous intéresser aux hôpitaux de proximité comme outil d'accès aux soins, de décloisonnement des prises en charge et de leur coordination.

L'hôpital de proximité est issu de l'histoire l'hôpital local. La notion d'hôpital local est introduite dans l'ordonnance du 11 décembre 1958 en substitution de l'ancienne appellation d'hôpital-hospice précisée dans la loi du 21 décembre 1941.

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

⁴ Pacte de Refondation des Urgences, MESNIER T. et CARLI P. (Septembre 2019)
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/272424.pdf>

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a confirmé cette appellation, puis le décret n° 92-1210, du 13 novembre 1992, a précisé les conditions du fonctionnement des hôpitaux locaux pour prendre en charge le premier niveau dans la graduation des soins hospitaliers avec une recherche de complémentarité entre le sanitaire et le médico-social.

Par la suite, avec la loi du 21 juillet 2009 disparaît le terme d'hôpital local, le "Pacte Territoire Santé" de 2012, renforce l'appellation d'hôpital de proximité et dans son engagement 11, il le positionne comme un maillon essentiel dans l'accès aux soins hospitaliers de premier recours. Enfin, le décret du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement vient redéfinir les contours de ce dernier dans l'objectif d'atténuer l'impact de la T2A.

Centrés sur des activités de médecine, les hôpitaux de proximité contribuent à l'amélioration du parcours du patient en lien avec les acteurs de santé du territoire. La coopération avec la médecine libérale est nécessaire pour assurer les soins de premier recours. Elle est rendue en partie possible grâce aux médecins généralistes qui exercent au sein des hôpitaux de proximité et qui assurent le suivi des patients et la coordination de leurs parcours de soins intra et extrahospitalier. Parallèlement, les hôpitaux de proximité doivent inscrire leurs missions en développant des partenariats avec les soins dits de deuxième recours garantissant, entre autres, un accès à des consultations spécialisées via la télémedecine notamment, mais aussi avec des structures médico-sociales ou d'hospitalisation à domicile (HAD). L'objectif est de garantir un accès à des consultations spécialisées via la télémedecine et d'améliorer les transferts vers les structures médico-sociales ou HAD. L'hôpital de proximité devient un maillon essentiel de l'offre territoriale de soins en situant son action tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation.

La loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (OTSS) du 24 juillet 2019, poursuit cet objectif de positionner l'hôpital de proximité comme réponse possible à la question des soins de premier recours et donc à un égal accès aux soins au sein des territoires de santé. Pour cela, la loi ambitionne la labellisation de 500 à 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022. Mieux articuler les soins de ville et hospitaliers, décloisonner les différentes structures composant le système de santé demeure un enjeu fort de la politique de santé déclinée dans la loi. D'ailleurs, l'épidémie de covid-19 a vu émerger des modes de coopération efficaces entre les hospitaliers, les libéraux et les acteurs médico-sociaux des secteurs publics et privés pour répondre aux besoins de la population. Sans pouvoir présager de la pérennité de ces nouveaux modes de collaboration et de leurs impacts sur l'accès aux soins, ils traduisent la nécessité de se coordonner et de coopérer au sein d'un territoire entre acteurs. L'hôpital de proximité, même si peu impacté en première intention, a su se mobiliser pour venir renforcer l'offre de soins et favoriser la fluidité du parcours patient primordiale en cette période de tension hospitalière.

Au regard de ces éléments contextuels, il convient de se demander comment les hôpitaux de proximité peuvent-ils améliorer l'accès aux soins et contribuer à réduire les inégalités de santé ? Ainsi, après avoir introduit l'émergence des hôpitaux de proximité et leur rôle dans l'accès aux soins sur le territoire, nous nous attacherons à identifier les freins et les limites du système proposé et nous annoncerons les perspectives induites par les évolutions des politiques de santé.

1. Missions et places des Hôpitaux de proximité : Quelle place pour les hôpitaux de proximité au sein d'une organisation territoriale ?

L'hôpital de proximité est réaffirmé comme un maillon central de l'offre territoriale de soins en renforçant ses liens à la fois vers la ville et le médico-social mais également en direction des structures sanitaires impliquées dans la graduation des soins.

1.1. - Les hôpitaux de proximité se structurent à partir d'une approche populationnelle et d'une coopération renforcée vers la ville et le médico-social.

L'hôpital de proximité tel que défini précédemment présuppose une nouvelle approche d'analyse des besoins d'une population déterminée en repensant la coopération et les parcours à partir d'une vision territoriale.

La loi OTSS du 24 juillet 2019 confirme le positionnement de l'hôpital de proximité comme acteur de l'offre de soins. La loi ambitionne de labelliser entre 500 et 600 hôpitaux de proximité d'ici 2022. Pour la DGOS, cette reconnaissance marque la volonté de renforcer les coopérations entre les soins de ville et les soins hospitaliers dans un but d'améliorer la graduation et la pertinence des soins sur le territoire.

En effet, l'objectif est de mettre l'accent sur les coopérations multiples pour mieux remplir ses missions précisées dans l'article 35 de la loi OTSS :

- Apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients
- Favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant
- Participer à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

1.1.1 L'approche populationnelle : une approche centrée sur les besoins en santé de la population pour adapter l'offre de soins.

L'amélioration de l'accès aux soins passe par un changement de paradigme. Ce n'est plus l'offre de soins qui est au cœur du système de santé mais l'analyse des besoins de la population.

L'approche populationnelle est un concept canadien, qui se décline en 6 étapes⁵ :

- Déterminer les besoins de santé de la population
- Inventorier les ressources et services disponibles
- Identifier les interventions optimales pour mieux répondre aux besoins
- Préciser les besoins et les interventions

⁵ Association des hôpitaux du Québec (2004) « Approche populationnelle dans l'organisation du système de santé »

- Expliciter les composantes
- Identifier les indicateurs.

Cette approche populationnelle permet d'identifier un échelon de proximité qui articule le sanitaire et le médico-social ainsi que les professionnels de ville tout en prenant en compte les nouvelles modalités de coopérations et de financement pour développer et optimiser des parcours coordonnés des usagers.

Trois niveaux de parcours en santé sont ainsi identifiés :

- Le parcours de santé qui articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et en aval, l'accompagnement médico-social et social, en privilégiant le maintien et le retour à domicile.
- Le parcours de soins qui permet l'accès aux consultations de 1er recours, et quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins (hospitalisation programmée ou non, HAD, soins de suite et de réadaptation).
- Le parcours de vie qui envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion et logement étant des éléments qui influencent le parcours de santé de chaque individu.

Cette approche populationnelle ne peut se développer qu'en assurant l'implication de tous les acteurs territoriaux : Agence Régionale de Santé (ARS), élus locaux, associations d'usagers, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et professionnels libéraux d'où un nécessaire décloisonnement. Au cours des entretiens avec des directeurs d'hôpitaux de proximité, il a été évoqué des problèmes récurrents quant à la non-satisfaction de l'offre par rapport aux besoins actuels de la population où se trouvent les ex-hôpitaux locaux. Selon un représentant des usagers cette insatisfaction trouve son origine dans la définition même des besoins, qui doit prendre en compte l'âge et les pathologies. En l'absence d'une concertation sur les besoins à prendre en charge par les différents acteurs du territoire, l'implication des acteurs territoriaux est fragilisée pour favoriser leur décloisonnement et leur coopération.

1.1.2 Les hôpitaux de proximité acteurs du décloisonnement et de la coopération territoriale entre les professionnels et les structures de santé et médico-social.

Le dispositif de coopération permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins, qui peut être initiée par la création entre professionnels d'un parcours de santé avec une prise en charge spécifique en privilégiant certaines pathologies. Une future infirmière en pratiques avancées (IPA) énonce que l'enjeu réel « est la communication entre les professionnels libéraux et les structures de santé pour favoriser leurs liens. Il ne s'agit pas de créer un métier de coordination mais de faciliter le décloisonnement des différents acteurs par la connaissance de chacun afin de fluidifier le parcours de soins. Le travail en interdisciplinarité doit être étendu ».

Les hôpitaux de proximité doivent participer à ce lien de coopération entre les acteurs de santé mais aussi être l'interlocuteur de la population d'un territoire défini. Combinée à une approche plurisectorielle, l'hôpital de proximité permet de créer des points de rencontre entre les différents acteurs (hôpital de proximité, établissements médico-sociaux, services sociaux, services intervention à domicile, structures ambulatoires type HAD).

Une représentante en délégation territoriale dans une ARS précise que « l'hôpital de proximité est la gradation de l'offre de soins hospitalière. L'hôpital de proximité peut proposer des hospitalisations avec un plateau médico-technique moins complet qu'un centre hospitalier. Cependant, cela peut permettre un accès aux soins en proximité, en médecine, parfois en obstétrique, pourquoi pas en chirurgie. Sa gamme d'activité, et sa variété de soins requiert moins de technicité que les plateaux techniques de recours, qui sont en général unique dans un territoire. Les hôpitaux de proximité occupent une place extrêmement importante dans les territoires de santé, ils sont très bien intégrés ».

Cependant, la réflexion sur la place des hôpitaux de proximité nécessite de revisiter les modes de travail internes mais surtout externes des structures : mobilité accrue, temps partagé favorisé, revoir les modes d'exercices professionnels en fonction aussi des parcours de santé. L'hôpital de proximité doit identifier et développer de nouveaux métiers pour remplir ses missions. Par exemple, un hôpital de proximité a renforcé ses coopérations par la création d'une fonction de coordination du GCS chargé d'accompagner les professionnels sur les systèmes d'information. Par ailleurs, il a également développé des nouvelles missions d'animation, de communication et d'évaluation pour le réseau des acteurs impliqués dans Contrat Local de Santé (CLS). Enfin, le déploiement d'une IDE coordinatrice des parcours facilite la réponse adaptée aux besoins spécifiques des patients mais également aux attentes de coordination des professionnels. Une IPA exprime à travers sa pratique quotidienne le besoin de coordination et de fluidifier les interventions des différents professionnels : « Le temps d'une consultation d'une IPA est d'environ 45 minutes : le but est de pratiquer un examen complet du patient, tant sur le plan clinique que dans l'écoute et l'accompagnement psychologique et/ou social. Selon elle, cela pourrait également participer à améliorer la qualité de certaines prises en charge/consultations faites dans la rapidité », et « Cela permettrait également de fluidifier le lien avec les SSIAD afin de favoriser les maintiens à domicile, et avec le secteur libéral dans un objectif de parcours de soins optimisé ». Ainsi, le travail de coopération doit être véritablement connu, reconnu et surtout valorisé pour répondre à la volonté des patients de rester au domicile. Ainsi, ces divers exemples démontrent la capacité d'innover en matière de ressources humaines afin de contrer la diminution de la densité médicale par des interventions coordonnées de spécialistes.

Le rôle des hôpitaux de proximité autour des besoins de la population et des professionnels impose la mise en œuvre de nouvelles missions en charge de créer le lien, d'animer les réseaux et les collaborations établies. Pour dynamiser les coopérations territoriales, les hôpitaux de proximité disposent de nouveaux outils comme la télémédecine, comprenant la téléconsultation, la télé-expertise, ou encore le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée de santé. L'objectif est d'élargir les consultations en télémédecine pour la population non hospitalisée. Le développement d'un nouvel exercice mixte en hôpital de proximité mobilise de nouveaux outils afin de garantir la fluidité du parcours patient mais aussi de faciliter cet exercice mixte entre la ville et l'hôpital. Une directrice d'un centre hospitalier expose les outils mis en place pour atteindre ces objectifs :

- Un système d'information (SI) de suivi des patients partagé entre les médecins, les IDE libéraux et certains professionnels hospitaliers comme les internes et l'IDE de parcours
- SI hospitalier accessible depuis l'ensemble des cabinets de ville ;
- Une cellule territoriale d'appui.

La coopération entraîne donc nécessairement un décloisonnement qui modifie la vision hospitalo-centrée des prises en charge. La crise sanitaire de COVID-19 a démontré le rôle déterminant des hôpitaux de proximité dans la prise en charge des patients. Comme le souligne un directeur adjoint d'un hôpital de proximité d'un territoire rural « avant la crise du COVID, les hôpitaux de proximité étaient vus comme des hôpitaux de médecine gériatrique, de SSR. Avec la crise sanitaire, l'hôpital de proximité est devenu un acteur majeur, dans le sens où il a permis par le transfert de patients, de libérer des places d'hospitalisation". Cet exemple de décloisonnement est confirmé par un directeur adjoint de CHU : « Nos hôpitaux de proximité ont servi de support à la mise en place de 28 centres ambulatoires, avec la médecine de ville. Les patients pouvaient venir dans ces centres de santé, qui sont à mon sens, un peu l'avenir de la médecine libérale".

Ainsi, le décloisonnement ville-hôpital demande une acculturation des professionnels à des valeurs partagées adaptées. Les hôpitaux de proximité peuvent être une réponse permettant l'accès aux soins en favorisant les outils de coopération, valorisant leur image auprès des patients, des professionnels et des structures actifs sur le territoire.

Mais au-delà de cette implication, "il est incontournable de définir le territoire dont il est question : notion géographique, en termes de population, de périmètre de GHT, juridique ?" comme le soulève un inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS) en charge d'un secteur médico-social. L'enjeu est de confirmer et de structurer les hôpitaux de proximité comme acteur incontournable des soins de premier et de second recours dans la graduation des prises en charge sur le territoire.

1.2 Quelle place pour les hôpitaux de proximité, premier maillon dans l'offre graduée de soins hospitaliers ?

Le territoire de santé est considéré aujourd'hui comme un outil d'organisation des soins et des politiques de santé, c'est le cadre réglementaire de l'organisation des soins depuis la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Il vise à garantir une organisation sanitaire territoriale permettant d'assurer une meilleure adéquation entre offre et besoins en santé. Cela se traduit d'une part, par la gradation des soins et l'organisation selon le type d'activité liée au recours aux plateaux techniques (chirurgie, grands brûlés, imageries...) et, d'autre part, par la concertation avec différents acteurs dans l'élaboration des projets de santé à l'occasion de la pratique effective d'une démocratie sanitaire des parties prenantes identifiées au sein du territoire.

1.2.1 La consécration de la notion de territoire

Le territoire se présente comme l'élément de structuration de l'offre de soins et de concertation entre les acteurs de santé. Il s'organise désormais à travers l'offre de soins hospitaliers et en fonction des données démographiques, socio-économiques, administratives et politiques. L'objectif recherché est d'apporter une offre de soins adaptée aux besoins de la population présente sur un territoire délimité. Le maintien et le développement des activités de proximité doivent aller de pair avec l'accroissement de la demande en soins due au vieillissement de la population et aux maladies chroniques.

Pour les ARS, il y a de forts intérêts à labelliser des hôpitaux de proximité : "l'intérêt est double mais pas seulement pour les ARS car il s'agit d'orienter le patient, mieux structurer l'accès aux soins et de faire en sorte qu'il y ait réponse aux soins, de lutter contre le non-recours mais aussi d'affirmer la place de ces hôpitaux et de les potentialiser sur le territoire en développant les plateaux techniques en leur sein par exemple".

Dans un contexte de déploiement de la deuxième phase des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la loi OTSS du 24 juillet 2019 prévoit de renforcer la restructuration de l'offre de soins de proximité. A ce titre, les hôpitaux de proximité s'inscrivent comme des acteurs incontournables dans les territoires. Leur inclusion dans les GHT et les liens étroits avec les CPTS permettent d'assurer une gradation des soins par filières et d'orienter vers les niveaux de soins de recours dans une logique de permanence d'accès aux soins.

La définition du territoire de santé varie selon les structures que l'on évoque. Pour l'hôpital de proximité, le territoire de santé recouvre plusieurs acceptions, d'une part le territoire définissant le GHT, d'autre part le territoire constituant sa zone d'attractivité. En revanche, pour les CPTS, le territoire de santé est défini par les acteurs, en concertation avec l'ARS. Selon un médecin généraliste, coordinateur d'une CPTS en Bretagne, le premier territoire envisagé pour la constitution de leur CPTS a été élargi à la demande de l'ARS pour couvrir une zone non encore incluse dans une CPTS et mieux répondre ainsi aux besoins de coordination des soins de la population.

1.2.2 GHT et CPTS : garants d'une permanence et d'une pertinence des soins sur un territoire

Intégrés aux GHT en tant qu'acteur de proximité et de premier recours dans la prise en charge des patients dans leur territoire, les hôpitaux de proximité doivent bénéficier d'un champ de compétences dans les relations avec le médico-social et la médecine de ville. De ce fait, les hôpitaux de proximité constituent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers dans le cadre de la pertinence et de la permanence des soins. Selon un médecin généraliste coordinateur de CPTS, "les hôpitaux de proximité sont un appui pour les professionnels de santé de ville pour une prise en charge ponctuelle en phase aiguë d'une pathologie souvent chronique, traitée au domicile du patient".

Les nouveaux hôpitaux de proximité sont donc organisés territorialement de façon à prendre en compte le projet territorial de santé et à travailler en étroite collaboration avec les CPTS quand elles existent. Ils doivent être le lieu de convergence des différents acteurs du territoire. Au niveau du GHT, cela se traduit par une fluidification du parcours des soins de suite et de réadaptation dans le cas où la prise en charge en hôpital de proximité nécessiterait le passage à un autre niveau de recours. Cette territorialisation permet également de mutualiser des moyens humains et techniques du GHT dans la prise en charge de proximité.

De ce fait, les GHT doivent garantir d'une part, une adaptation des moyens mis à disposition des hôpitaux de proximité et, d'autre part, une autonomie particulière, notamment pour le recrutement et la conclusion de contrats avec les médecins libéraux.

La gouvernance interne du GHT doit intégrer la prise en compte des hôpitaux de proximité et les enjeux qui leur sont spécifiques. Le GHT est censé construire la gradation des soins sur le territoire pour pouvoir rediriger vers le second et le troisième recours si nécessaire. Il dispose de moyens conséquents en ressources humaines, infrastructures, qui doivent être mutualisés pour l'ensemble des établissements le composant. Cependant, comme le ressent un directeur d'hôpital local membre d'un GHT dans le sud-ouest de la France, l'établissement support peut être ressenti comme dirigiste et non consensuel car il se sent pris au piège des choix stratégiques au niveau du département et du système d'information.

Les textes législatifs envisagent plusieurs modes de direction des hôpitaux de proximité dans le cadre des GHT ; notamment le modèle de site de proximité. Ce premier ne présente pas de difficultés managériales mais demande tout de même une vigilance pour maintenir une gestion locale capable d'apporter une réponse adaptée aux problèmes qui peuvent survenir dans le quotidien. La deuxième possibilité est de nommer un directeur délégué qui permettra de garantir la présence d'un interlocuteur direct pour la communauté médicale et le personnel du site. En particulier pour les questions relatives aux conditions de travail, hygiène et sécurité, établissement des plannings, disponibilité des moyens techniques... Enfin, pour les hôpitaux de proximité qui disposent de la personnalité morale, un organigramme complet doit garantir que l'intégralité des fonctions administratives et techniques sera assurée sur place, sans préjudice des mutualisations liées à l'appartenance au GHT. Les instances du GHT doivent intégrer par leur composition et leur fonctionnement les hôpitaux de proximité. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles instances mais d'adapter le fonctionnement pour tenir compte de cette orientation. Concernant les pratiques soignantes et la qualité des soins en hôpitaux de proximité, peuvent être traitées en Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) de groupement de même que la problématique du premier recours qui devra être abordé en comité stratégique et à la Communauté Médicale de Groupement (CMG) en lien avec les CPTS et les interlocuteurs du secteur médico-social. Ainsi, ce mode d'organisation consistera à adapter le management et la gouvernance des GHT afin de tenir compte de la priorité accordée à l'organisation du premier recours.

Enfin, il ressort de certains entretiens, que la proximité géographique entre l'établissement support du GHT et le ou les hôpitaux de proximité sur le territoire est une "grande chance" pour permettre de développer des projets comme le développement des consultations avancées avec le CHU le plus proche. Le Président de CME d'un Centre Hospitalier labellisé hôpital de proximité en Loire-Atlantique témoigne de l'aide déterminante du CHU : "un exemple de belle collaboration et de soins au plus près du patient et sans le GHT on n'y serait pas arrivé." Un autre exemple sur le territoire de la Mayenne où il y a trois hôpitaux de proximité ce qui permet d'avoir un poids au niveau du GHT et de la représentation au sein des instances du GHT. Il y a beaucoup de concertations et en effet, le GHT est venu renforcer une dynamique territoriale existante sans difficultés de coopération

ou de positionnement des hôpitaux de proximité qui sont bien identifiés au sein de ce territoire.

Ainsi, la loi organise le contour et les missions des hôpitaux de proximité, et le positionne comme un véritable acteur de soins de premiers recours à condition de lui laisser un véritable rôle sur le territoire. En pratique, les ex-hôpitaux locaux sont ceux qui souhaitent se transformer en hôpital de proximité pour bénéficier de leviers et d'incitations. Cependant, la labellisation de « nouveaux » hôpitaux de proximité est limitée car les structures attendent les décrets d'application.

2. Des leviers existent pour développer les hôpitaux de proximité mais il subsiste des freins

L'hôpital de proximité intègre une complexité d'acteurs sur le territoire et un maillage organisationnel des soins parfois complexe. Il fait face à plusieurs freins et limites endogènes ou exogènes pour occuper le rôle et les missions souhaitées par les pouvoirs publics dans l'accessibilité aux soins dans les territoires.

A travers la confrontation des éléments de littérature et les entretiens menés sur le terrain, nous avons identifié plusieurs difficultés dans la coopération territoriale entre les acteurs et dans le manque d'attractivité des territoires pour les professionnels médicaux. Le mode de financement encore instable et le degré de maturité, d'intégration des nouveaux métiers aux prises en charge plus classiques, ainsi que le système d'information ou les outils numériques sont autant de freins et limites qui constituent des obstacles pour les acteurs de santé et les pouvoirs publics pour mener une politique d'amélioration de l'accessibilité aux soins.

La définition de l'hôpital de proximité issue de "Ma Santé 2022" est encore floue dans l'attente d'ordonnances. Concernant le financement des éléments restent à éclaircir et on constate aujourd'hui une appropriation variable au sein des ARS et des GHT dont les stratégies de gradation des soins diffèrent selon les territoires. Cependant, certains territoires avec leurs hôpitaux de proximité juridiquement labellisés ou considérés comme tel, voire avec ses structures partenariales portées par la ville ou l'hôpital démontrent des avancées notables en termes d'accessibilité aux soins et de fluidification de parcours. Ceci se matérialise entre autres à travers le développement de filières de soins pour la patientèle de leur territoire ou de postes médicaux partagés ville - hôpital. Ces évolutions pourraient laisser entrevoir des perspectives d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge pour les territoires les moins avancés, à travers lesquelles les hôpitaux de proximité maillon ou moteur d'un système et leurs partenaires locaux, territoriaux, œuvrent dans une approche de responsabilité populationnelle des soins en réponse aux besoins de la population. Cette partie se propose d'analyser les freins et les limites pour faire ressortir ensuite les réussites et les perspectives des hôpitaux de proximité.

2.1 - Les freins et limites pour l'hôpital de proximité dans sa mission d'amélioration de l'accès aux soins.

Les hôpitaux de proximité sont limités par le manque de stratégie territoriale entre les acteurs du territoire et par le manque de moyens financiers, juridiques et technologiques.

2.1.1 Un manque de collaboration territoriale entre les différents acteurs

Considérant l'hôpital de proximité comme un des acteurs majeurs du territoire, nous avons observé plusieurs limites à ses missions en particulier sa difficulté à sortir d'un hospitalo-centrisme. De plus, les degrés de collaboration de l'hôpital de proximité et/ou de la médecine de ville (maisons de santé, CPTS) sont très variés. Les limites à la réalisation des missions pour l'hôpital de proximité peuvent être principalement de deux ordres : soit structurelles et directement liées aux acteurs, absents, ou présents sur le territoire mais ne collaborant pas entre eux (limites observées dans plusieurs GHT) ; soit conjoncturels en lien avec des outils juridiques, techniques ou technologiques encore à développer.

L'hôpital de proximité fait face à des difficultés de coopération liées aux jeux d'acteurs et/ou à un défaut d'attractivité des territoires avec comme contrainte majeure, le manque de personnels médicaux à l'hôpital ou en médecine de ville par défaut d'attractivité. La ressource médicale est un des principaux obstacles à l'accessibilité aux soins et au développement de stratégie de soins en proximité.

Ce défaut d'attractivité médicale notamment en médecine hospitalière a eu pour effet de retirer certaines autorisations de soins par les ARS comme en témoigne un directeur adjoint de CHU, en charge des parcours sur un GHT au sein d'un département assez rural : "nous avons perdu des autorisations de médecine dans certains hôpitaux de proximité du GHT par manque d'activité" avec de fait "un redimensionnement capacitaire des lits de médecine dans une optique de renégociation, et une validation de projets subordonnés à la limitation de lits". L'ARS occupe un rôle essentiel pour garantir la gradation des soins et dynamiser les activités à travers la contractualisation ce qui s'est traduit par une transformation de nombreux ex-hôpitaux locaux en établissements de SSR ou EHPAD. On peut citer l'exemple d'un ex-hôpital local dans une zone de faible densité médicale qui a vu ses trois lits de médecine fermer pour faire évoluer son offre vers celle d'un EHPAD et d'un SSR au moment de sa fusion avec un Centre Hospitalier de territoire. "Nous avons un projet de réouverture de lits de médecine en proximité au sein de l'ex-hôpital local car il y a un besoin, mais nous butons sur l'obstacle des ressources médicales" nous assure la directrice du CH. De plus, "le problème de l'attractivité s'aggrave par le fait que les médecins ne souhaitent pas perdre leurs compétences et qu'en exerçant à l'hôpital de proximité, ils n'ont pas l'occasion de pratiquer sur des cas plus compliqués". Le CH cherche ainsi à contractualiser des postes partagés pour leur médecin avec le CHU support de GHT. Néanmoins, cette dynamique avec le CHU fragilise la contractualisation du CH avec l'ex-hôpital local, éventuel futur hôpital de proximité, quand il ne dispose pas de plateaux techniques attractifs pour les praticiens. L'éloignement des hôpitaux de proximité des grandes agglomérations où résident les praticiens présente une contrainte pour les hôpitaux de proximité par rapport aux CH souvent plus proches. Par exemple, un projet similaire est porté au sein d'un GHT voisin afin de remettre des lits de médecine en proximité, mais avec

un plateau technique accessible et des ressources. Son directeur nous faisait remarquer que “tout l’enjeu est de recentrer les plateaux techniques là où il y a les ressources. C'est l'idée d'avoir des hôpitaux de proximité avec pour exemple un centre de périnatalité, un plateau de biologie, un peu de radio ... ”.

Ces projets portés soit par l'ARS, le GHT, ou directement l'hôpital de proximité avec ou sans label, démontrent que l'enjeu n'est pas seulement celui des ressources médicales car labelliser d'ici 2022, 500 à 600 hôpitaux de proximité, passera par les autorisations d'activité avec comme levier possible le financement. Or dans l'attente d'ordonnances, le financement des hôpitaux de proximité projeté dans la loi OTSS, ne permet à ce stade que des interprétations. Très peu de décideurs interrogés ont été en capacité de nous donner des éléments de réponse sur les impacts de la labellisation sur le financement. Les GHT ne sont pas encore entrés dans cette approche financière, “cela n'est pas encore abordé en CODIR ou COSTRAT” nous indiquait un directeur adjoint en CHU. Seule la démarche contractuelle visera à mobiliser l'ensemble des parties prenantes pour permettre une meilleure coordination et coopération. En revanche sa mise en œuvre pourrait, à l'instar des contrats locaux de santé, entraîner une « flexibilité interprétative » aux ARS⁶.

En intégrant les GHT en 2017, les hôpitaux “de proximité” ou “périphériques” restent parfois ancrés dans une forme d'hospitalo-centrisme. Celui-ci s'opère différemment selon les GHT, selon la politique de l'établissement support, le degré de maturité du projet médical partagé⁷. En effet selon les territoires, les GHT ne sont pas tous au même niveau de maturité dans le décroisement avec la médecine de ville et dans l'intégration de ces professionnels dans la gouvernance territoriale. Mutualisation, fusion d'établissement, direction commune avec l'établissement support sont autant de modèles de gouvernance susceptibles d'impacter la stratégie et le projet d'établissement pour l'hôpital de proximité. Pour exemple, un GHT de l'Ouest de la France pilote sa stratégie de gradation des soins de proximité en déployant des ressources médicales de l'établissement support “vers les hôpitaux périphériques” selon leur terme, avec une stratégie pro-active de déploiement de postes médicaux partagés (assistants voire praticien hospitalier) et une gestion des parcours patients gradués. En contrepartie d'une offre médicale en “périphérie”, l'hôpital de proximité peut servir selon les cas, d'aval à leurs lits d'urgence ou de médecine gériatrique (exemple d'un CH en direction commune un établissement support de GHT). Si cette stratégie largement déployée est jugée “gagnante” en termes de ressources médicales, celle-ci peine encore à former des liens en local et articulations entre les différents acteurs de santé. Pour la directrice du CH, l'établissement support a vu une opportunité de faire de son hôpital “un aval privilégié”, mais elle indique également une “forme de déconnexion territoriale des patients” qui ne sont pas des patients du territoire avec pour conséquence une réponse partielle à la demande du territoire de proximité, sans collaboration avec la médecine libérale.

Le manque de coopération entre acteurs du territoire peut être également lié à la faible attractivité de certains territoires ruraux ou enclavés par un manque d'infrastructure de transport. Dans ce contexte, les élus locaux peuvent jouer un rôle dans l'offre des soins de proximité en lien avec les acteurs de santé lorsqu'ils sont présents. Un défaut d'offre de soins

⁶ P. TROMPETTE et D.VINCK, (2009)

⁷ Rapport IGAS 2019 sur les GHT

peut entraîner par effet d'inertie, un manque d'attractivité des professionnels de santé et un éloignement de l'accès aux soins pour sa population

La position des élus locaux peut également aller à rebours des politiques de santé. Le président de CME d'un CH rural prend l'exemple du maire d'une commune souhaitant la "défense de la maternité à tous crins" sans prendre en compte la nécessaire sécurisation de la prise en charge. Un directeur adjoint de CHU indique que "le pouvoir politique n'est pas toujours prêt à assumer ces fermetures. Pour exemple, la DG ARS nous a suivi pour la fermeture de la maternité d'une commune rurale et le préfet a repris la main. Sur l'offre de soins, le politique a beaucoup de mal à assumer le fait de recomposer l'offre de soins." Dans un autre cadre, une autre directrice adjointe d'un CH sur un territoire assez attractif, mais dépourvu de plateau technique, évoque les problèmes d'isolement des professionnels qui exercent avec un plateau technique en mode "dégradé" avec l'absence de laboratoires dans les murs du Centre Hospitalier. "Cela peut rebuter certains jeunes médecins et notamment pour les fidéliser".

Des différences culturelles (ville/hôpital) limitent l'acquisition de valeurs collectives. Un médecin généraliste coordinateur de CPTS confirme cette culture différente de la pratique médicale entre la médecine ambulatoire et hospitalière.

Les directeurs d'hôpitaux interrogés au sein de deux GHT au sein d'une même région semblent assez unanimes sur le manque de dynamisme des maisons de santé et CPTS dans leur département. Un directeur, secrétaire général de GHT indique que l'union régional des médecins libéraux (URML) n'a pas axé son développement de maisons de santé / CPTS dans les départements de leur GHT, privilégiant d'autres départements de la région plus en difficulté.

Un autre directeur adjoint en charge de GHT a une autre approche en indiquant que « les clivages entre les spécialités restent ancrées, avec une vision particulière de la médecine générale. Le problème c'est qu'à la faculté les gens ont une vision très centrée sur la médecine libérale seule, c'est une ligne idéologique. Le mode d'exercice est différent. Il y a beaucoup de méfiance envers l'hôpital. Le DUMG a été construit en opposition au système hospitalier. Ainsi, donner envie au médecin libéral de venir à l'hôpital n'est pas facile. Cependant, le COVID a été un accélérateur de lien ville/hôpital dans mon département ». Cependant, un médecin généraliste libéral, coordinateur d'une CPTS en Bretagne, précise qu'en tant que maître de stage, il reçoit de jeunes internes qui peuvent ainsi connaître le monde de la médecine de ville et ne pas se limiter à une vision hospitalière.

Ces difficiles collaborations entre médecine de ville et hôpital ne sont pas propres à tous les territoires. Dans une région voisine, en proximité d'une grande agglomération, une directrice de CH précisait que la coordination avec la médecine de ville fonctionne très bien avec une quinzaine de médecins généralistes intervenant sur le CH, en exercice libéral complet. Il y a une visibilité et une image positive de l'hôpital de proximité grâce à la mise en place d'une maison médicale de garde attenante à l'hôpital. Ce dynamisme est essentiel au bon fonctionnement de l'hôpital de proximité. Un autre exemple va dans ce sens à travers l'entretien avec un autre directeur de CH d'une autre région. Le maillage territorial se construit autour du GHT qui comprend 3 CH et 4 hôpitaux de proximité mais aussi 9 maisons de santé dont 4 sont adossés à des hôpitaux de proximité ce qui favorise l'exercice mixte des

professionnels libéraux, une plateforme territoriale d'appui (PTA) vient en renfort des médecins et professionnels isolés. Ainsi le lien ville/hôpital est effectif.

Une des entraves au décloisonnement ville/hôpital peut être l'inertie des prises de décisions au sein de la gouvernance hospitalière de GHT et des tutelles. Un médecin, chef de service en soins palliatifs, et ancien Président de CME au sein d'un hôpital de proximité privé labellisé en 2016 indique que ce travail de coordination a occasionné beaucoup de rencontres, qu'il y avait souvent beaucoup de bonnes volontés, mais qu'il y avait toujours des "histoires de clocher". Il précise que la taille de son territoire de santé de dimension modeste était plus simple à faire bouger.

2.1.2 Des limites juridiques, techniques et financières

L'hôpital de proximité de deuxième génération s'inscrit dans un cadre législatif encore assez indéfini dans l'attente d'ordonnances dont les premières étaient attendues au printemps 2020 et dans un délai de 18 mois selon la loi du 24 juillet 2019. De plus, la gradation de l'offre suppose la reconversion de certaines capacités hospitalières dès lors que le nombre d'établissements appelés à délivrer de soins spécialisés ou ultraspecialisés est limité. A ce jour, parmi les 241 hôpitaux de proximité déjà labellisés (2016) nous observons une majorité d'anciens hôpitaux locaux (64%), puis d'anciens centres hospitaliers (27%). Il semble légitime de se poser la question de l'appropriation des nouvelles missions par les hôpitaux de proximité de "deuxième génération".

Plusieurs dérogations d'activités selon l'offre de soins du territoire sont possibles (urgences, chirurgie, plateaux médico-techniques) ce qui démontre une adaptabilité des autorisations et missions, mais aussi l'hétérogénéité des activités des 500 à 600 hôpitaux de proximité qui devraient être labellisés pour 2021.

A ces limites juridiques, viennent s'ajouter des incertitudes de financement.

Le modèle de de financement des hôpitaux de proximité de deuxième génération peut être encore perçu comme un frein au développement d'approches intégrées ville-hôpital. Dans l'enveloppe globale au titre du financement, la part allouée à la coordination des acteurs du territoire paraît faible à première vue, y compris la modulation de financement à la qualité ou au parcours. Dans les faits, les acteurs interrogés ne disposent pas à ce jour d'enveloppe territoriale, comme nous l'indique le directeur d'un hôpital de proximité public labellisé (2016) en relation étroite avec le secteur privé. "Nous n'avons pas encore de dotation territoriale. Ça n'a pas débuté. Par contre il y a une association de professionnels de santé, laquelle a monté un projet de CPTS. Ça a été très bien vu par l'ARS. Logiquement le but des hôpitaux de proximité était d'améliorer la situation financière mais on a déjà une clinique dans nos murs. Depuis que nous sommes sortis de la T2A nous avons constaté une amélioration de notre situation financière."

Un directeur adjoint de GHT s'interroge cependant sur le mode de financement des hôpitaux de proximité "Ma Santé 2022". "On en est convaincu que les hôpitaux de proximité peuvent améliorer l'accès aux soins, c'est pour cela qu'on a porté le projet de lits de médecine pour une future labellisation" (dans une zone rurale), l'inconnu aujourd'hui c'est le mode de financement. On nous annonce les missions des hôpitaux de proximité, mais sur

le financement ... le groupe de travail a produit des choses, notamment sur les modes de financement aux parcours. C'est encore un peu le flou sur ce sujet-là. On navigue un peu à vue..."

Des avancées sur le financement sont pourtant notables, à savoir l'introduction d'une part de pluri-annualité dans le socle fixe de garantie, lequel est renforcé par une dotation spécifique finançant les missions obligatoires conduites avec les acteurs du territoire. De plus, la dotation de responsabilité territoriale, ayant vocation à accompagner les autres missions des hôpitaux de proximité, dont une indemnité pour les professionnels de santé libéraux, devrait permettre l'exercice coordonné. Le Gouvernement évalue le surcoût global du modèle cible de financement des hôpitaux de proximité à 100 millions d'euros à compter de 2021. A titre de comparaison, le surcoût du mode de financement de 2016 dérogatoire à la T2A était estimé par la DGOS à 21 millions d'euros. Cependant, au sein de cette enveloppe de 100 millions d'euros, la part allouée à la coordination des acteurs du territoire reste imprécise, y compris sur la modulation de financement à la qualité ou au parcours.

De plus, la situation financière initiale des établissements est très hétérogène. De fait, se pose la question de la capacité de ces derniers à assumer pleinement leurs nouvelles missions dans un contexte encore récent d'intégration à un GHT et de réforme du financement d'activités associées aux hôpitaux de proximité à l'instar des soins de suite et de réadaptation (SSR). Un directeur d'hôpital de proximité en lien étroit avec une clinique et son plateau technique estime que "le GHT nous coûte plus cher qu'avant. On n'en voit pas encore les économies." Certains voient même avec le GHT, une perte de réactivité sur certaines fonctions support, voire une perte en qualité (exemple sur le système d'information) pour des charges informatiques majorées. "Le GHT a créé deux ETP sur l'informatique sans que nous n'ayons connu à ce jour une amélioration de la qualité et réactivité au sein de notre hôpital membre partie du GHT". On peut supposer le risque de métropolisation de l'hôpital avec une concentration de l'expertise et des moyens financiers dans les grandes structures hospitalières, avec une attractivité forte des établissements supports de GHT, à la fois pour les professionnels et pour les patients, très spécialisés avec une qualité et expertise reconnue, au détriment des hôpitaux de proximité.

Dans un autre contexte, la directrice d'un CH installé aux portes d'une grande agglomération bretonne, aux finances très saines depuis de nombreuses années, craint dans un contexte de modernisation et de regroupement d'activité, une T2A SSR qui serait défavorable à sa structure. Avec des durées moyennes de séjours en SSR globalement supérieure à la moyenne nationale, faute de disposer de suffisamment de structures d'aval, le sujet de la T2A SSR inquiète davantage l'établissement que les nouvelles règles de financement des hôpitaux de proximité et missions qui lui sont attribuées.

Outre ces limites techniques de nouveaux métiers nécessaires à cette nouvelle structuration des soins peinent à se faire connaître.

Plusieurs métiers innovants administratifs, paramédicaux et médicaux ont vu le jour ces dernières années : infirmière en pratiques avancées (IPA), de coordination de médecine de parcours, exercice médial partagé⁸. Comme nous l'indiquait une coordinatrice de maisons

⁸ Rapport Berland 2003

de santé, le métier d'IPA est encore peu lisible. Ce manque de lisibilité concerne les IPA, qui ne connaissent pas encore les étendues de leurs missions ni leur rémunération.

Une infirmière interrogée, future IPA indique que la notion d'hôpital de proximité lui est familière par sa pratique professionnelle antérieure, cependant elle relève que l'hôpital de proximité n'est pas du tout abordé pendant les deux années de formation d'IPA « la place des IPA n'est toujours pas clairement identifiée, tant au sein des structures hospitalières que pour les prétendants au secteur libéral ». Si ce métier est encore méconnu, il devra s'inscrire plus généralement dans un cadre facilitant l'exercice coordonné en professionnels.

Une autre limite concerne les outils techniques, notamment les systèmes d'information et les outils numériques.

La coopération entre acteurs de santé dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins doit être facilitée par les outils techniques existants. A défaut d'avoir un système d'information convergent au sein d'un même GHT, ou en interface entre ville et hôpital, il arrive encore que certains actes coûteux soient réalisés plusieurs fois. “Ça nous est arrivé de recevoir un patient avec un dossier médical très light. On faisait scanner, IRM finalement deux fois...”. De plus la question de rupture de parcours interroge. “Si la personne quitte l'hôpital on ne sait pas ce qui se passe ensuite, donc on souhaite suivre son parcours. L'idée est d'avoir un outil type DPI sur le territoire” en témoignait un directeur de CH.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) qui est en cours de généralisation, doit aider aux échanges d'informations et à cartographier les différents parcours. Le dossier patient informatisé est quant à lui peu déployé en dehors des GHT. Ce dispositif, n'est pas suffisant pour la mise en place de la rémunération au parcours. Il faudrait le compléter par un dispositif supplémentaire, afin de suivre en temps réel les indicateurs d'activité et de qualité, susceptibles d'aider à la gestion et à la répartition de la rémunération forfaitaire entre les différents acteurs du système. Tout l'enjeu sera de définir des modalités de financement adaptées⁹. Plus globalement, il semble nécessaire de développer un système d'information partagé (SIP) dans le but d'optimiser les systèmes d'information entre les professionnels de ville et les dossiers patients informatisés hospitaliers, et permettre un échange sécurisé d'information et de données entre les professionnels¹⁰.

Un CH du centre de la France a mis en place un système d'information de ville partagé entre les médecins, les IDE libéraux et certains professionnels hospitaliers comme les internes et l'IDE de parcours. De plus, l'établissement a rendu le SIH accessible depuis l'ensemble des cabinets de ville.

A une échelle plus modeste, au sein de la médecine libérale en maison de santé sur la région Bretagne une solution de communication semble donner satisfaction aux professionnels pour leur coordinatrice administrative. “Il faut mettre en place des systèmes d'informations avec messagerie sécurisée. Nous utilisons le logiciel GLOBULE pour l'échange d'information sur la prise en charge des patients”. Selon les médecins généralistes

⁹ E. CARGNELLO, I. FRANCISTEGUY-COULOUME (2019).

¹⁰ Naiditch RFAS n° 1 2020

interviewés, le DMP n'est pas adapté à leur pratique et l'outil GLOBULE est beaucoup plus utile dans le partage d'informations médicales entre les professionnels.

En général, l'outil numérique a connu une avancée importante pendant la crise COVID via la télémédecine.

2.2. - Réussites et perspectives d'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des prises en charge

2.2.1 La médecine de parcours et le développement de filière

Initié par l'article 51 de la LFSS 2018¹¹, les financements aux parcours sont déjà développés pour certaines pathologies, notamment pour les maladies chroniques, telles que l'insuffisance rénale chronique et envisagé pour la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et le diabète. Le financement au parcours de soins serait l'opportunité de fédérer tous les acteurs, que ce soit les professionnels, les établissements de santé ou les tutelles, et bénéficier de meilleure coordination et coopération. Le parcours de soins met le patient au centre du système de santé, l'utiliser comme support à l'organisation et au financement des activités de santé, laisse envisager de nouvelles pistes de performance. Ce financement pourrait contribuer à décloisonner et permettre aux hôpitaux de proximité de remplir leurs missions. De même, le Ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie ont lancé l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical pour la colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou. La mise en place d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical comprenant l'amont, le séjour hospitalier et l'aval poursuit un objectif d'amélioration de la qualité grâce à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers

De nombreuses filières se sont développées ces dernières années pour améliorer la qualité de prise en charge, il peut s'agir de structuration populationnelle, ou pathologique. Ces filières permettent pour les professionnels, un développement des compétences, en effet qu'ils soient issus d'un hôpital de proximité ou de la médecine de ville, ils peuvent bénéficier de formation et d'accompagnement pour la prise en charge des patients avec des spécialistes. C'est également un atout pour les CHU, puisque cela permet aux CHU d'obtenir une file active de patients, et surtout d'avoir des lits d'aval. Pour les patients la prise en charge par filière est également avantageuse, car elle va lui permettre cette proximité avec le domicile tout en ayant l'avis et le soutien des spécialistes. Cette structuration permet de rendre plus accessible l'expertise des centres hospitaliers universitaires. De plus, plusieurs directeurs interviewés ont mis en avant que cette dynamique permettrait également d'améliorer l'attractivité des postes dans les plus petits établissements.

La Covid a permis d'accélérer le décloisonnement ville-hôpital, mais également hôpital- établissement médico-social. Les centres ambulatoires mises en place dans certains

¹¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

départements pour la gestion de la crise Covid illustrent les nouvelles organisations qui ont pu émerger dans la gestion de crise. Effectivement dans l'Ouest de la France un GHT a expérimenté de nouvelles formes de coopération avec la médecine de ville, grâce au support de l'hôpital de proximité et des infectiologues du CHU, le GHT a réussi à structurer la médecine de ville. Les patients avec des symptômes de Covid étaient orientés vers des centres pour être pris en charge et bénéficier d'un examen, sans passer par les urgences. L'objectif maintenant est de pérenniser ces centres dans le temps. Le directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté dans un entretien avec Hospimedia¹² revenant sur la gestion de crise, déclare que des nouveaux liens se sont constitués entre les hôpitaux et les Ehpad, les premiers s'étant positionnés comme des plateformes de ressources pour les seconds grâce notamment aux équipes mobiles d'hygiène et de soins palliatifs. Pour le directeur général de l'ARS, il existe une volonté de maintenir ses relations, c'est pourquoi il souhaite pérenniser les moyens de coordination, qui apporte une valeur ajoutée à la prise en charge.

2.2.2 Réforme des autorisations et du financement : de nouvelles perspectives pour les hôpitaux de proximité

Le chantier de la réforme des autorisations a été ouvert en 2018. Le rapport Claris publié en juin 2020¹³ suggère de centrer les autorisations « sur les seules activités de soins comportant un recours important à des soins critiques ou urgents. ». Effectivement, la demande et le renouvellement des autorisations imposent un travail administratif considérable pour la constitution des dossiers et des reportings, qui selon le rapport Claris sont « trop rarement utilisés ». Le rapport préconise que pour les activités ne « nécessitant pas le recours aux soins critiques et urgents, la régulation devrait relever du PRS / PTS et trouver sa traduction par la voie contractuelle en indiquant les pathologies devant donner lieu à transfert systématique vers les établissements de recours et de référence ». Ces préconisations sont autant de leviers pour développer les hôpitaux de proximité.

De plus, une adaptation des modes de financement semble se profiler, ce qui serait une opportunité pour les hôpitaux de proximité.

Initialement les hôpitaux de proximité ont été conçus dans une optique uniquement financière en partant d'une catégorie préexistante d'anciens hôpitaux locaux. La stratégie nationale de santé souhaite inverser la logique. La réforme du financement des hôpitaux de proximité repose sur un mécanisme de stabilité des recettes sans s'attacher aux moyens nécessaires pour remplir une mission de santé publique auprès de populations vulnérables.

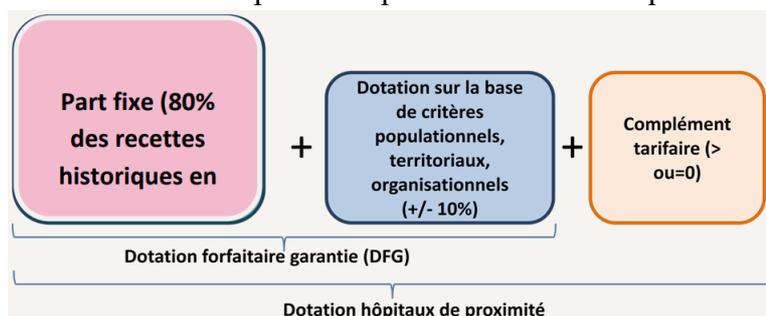
En 2016, le modèle de financement évoluait pour limiter l'impact de la variation d'activité sur la situation financière, valoriser la prise en charge de population spécifique et encourager le développement d'activité. Une dotation forfaitaire garantie (DFG) est calculée pour garantir des revenus indépendamment du volume d'activité T2A. Un décret fixait la garantie de revenus à des recettes historiques moyennes des deux dernières années à 80% en 2016 et à 70% en 2017. Les recettes annuelles d'un hôpital de proximité ne peuvent être

¹² <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20200616-gestion-aucun-jeu-de-role-n-est-venu>

¹³ Rapport Claris, Juin 2020

inférieures au montant de la garantie fixée en début de cycle. Pour prendre en compte des dynamiques de population (croissance démographique, vieillissement) ou une attractivité retrouvée, les recettes T2A peuvent venir majorer la garantie si elles sont supérieures à celle-ci.

La DFG valorise la prise en charge des populations vulnérables à partir des 4 critères d'éligibilités. Chaque critère bénéficie d'un indicateur national, propre à l'établissement pour obtenir un indice. Ainsi, plus la valeur du territoire s'éloigne de la moyenne nationale, plus l'établissement a un indice élevé. L'intégration des critères populationnels, notamment sociaux-économiques, représente une approche différente d'un modèle de la T2A. Cependant, dans l'objectif d'encourager l'activité, la DFG peut se voir rajouter un complément tarifaire quand le montant de la T2A est supérieur. Ce mécanisme permet de définir la dotation des hôpitaux de proximité comme le présente le schéma ci-dessous :



Cependant les échanges avec la DGOS et certains hôpitaux de proximité font ressortir des limites sur ce modèle de financement :

- La nécessité de poursuivre le codage de l'activité T2A pour bénéficier du complément tarifaire.
- Le manque de visibilité pluriannuelle de ce financement pour permettre de conforter une trajectoire financière, notamment pour le lancement de projet ou pour l'investissement.
- L'absence de moyens supplémentaires pour prendre en charge des initiatives territoriales innovantes ou des surcoûts pour répondre aux besoins spécifiques de la population en matière de santé publique du territoire

Mais ce mécanisme de financement est conçu dans l'enveloppe fermée de l'ONDAM. La stabilité des recettes n'est pas accompagnée, il est éventuellement complété d'une part variable restant à l'appréciation des ARS, via le fond d'intervention régional (FIR) en contrepartie d'engagements de l'établissement en matière de coopération.

Pour répondre à ces limites, la réforme du financement des hôpitaux de proximité de 2019 esquisse les évolutions suivantes :

- Une garantie simplifiée et pluriannuelle à partir des évolutions recettes uniquement positive de l'activité de médecine. Cette dynamique cherche à redéployer l'énergie sur l'expertise pour la déployer sur le renforcement des coopérations et sur le dialogue de gestion. Les recettes ne sont plus au centre du modèle de financement.
- Une dotation de responsabilité territoriale permettant de proposer des services de proximité favorisant l'accès aux soins et minimisant le recours à l'hospitalisation : soutien aux activités socles (consultations, accès à des plateaux techniques...) ou à l'exercice mixte

(rémunération des temps « non cliniques » des médecins libéraux, financement des missions partagées) et de la qualité des prises en charge (indicateurs différents d'IFAQ).

- Une dotation supplémentaire de 100 millions d'euros pour accompagner des projets de coopération ou pour soutenir des coûts spécifiques (ex. Soutenir le coût des plateaux de consultations). Néanmoins, la DGOS n'a pas déterminé l'utilisation de ces crédits. Cette enveloppe financière supplémentaire est un signal lancé à destination des acteurs de terrain sans pour autant se baser sur un chiffrage des besoins.

- Une volonté de renforcer les soins de proximité par le décloisonnement des pratiques des professionnels de santé sur un territoire. Pour s'adapter aux besoins de santé des populations et à la dynamique des acteurs, le financement doit s'adapter à chaque situation. Il s'agit de faire « confiance aux acteurs des territoires et de faciliter leur coopération » comme le précisait la DGOS.

- La modification du cadre législatif souhaitée par le gouvernement réside dans la nécessité de proposer un modèle organisationnel des établissements de proximité autour des missions qu'ils exerceront, et non plus à partir des situations historiques ou des enjeux du modèle de financement.

La question des financements n'est pas placée au centre des préoccupations de certaines structures sanitaires. Une responsable d'une polyclinique précise la préoccupation d'adapter l'offre hospitalière au regard des attentes réciproques des professionnels de santé. La valeur ajoutée réside dans l'effectivité de complémentarité pour soigner la population "sur place". Le développement d'une CPTS avec la forte implication de la polyclinique cherche à trouver des coopérations capables de répondre aux besoins de santé publique. Une des responsables de l'offre de soins au sein d'une délégation territoriale de l'ARS PACA précise justement l'importance de ne pas piloter un projet d'un hôpital de proximité à partir des modalités de financement mais bien des objectifs de service public. Cette démarche permet aux acteurs de terrain de gagner en lisibilité des parcours et en légitimité auprès des patients. La stabilité des prises en charge au niveau du territoire expliquerait notamment la forte activité en T2A d'un hôpital de proximité situé dans les Alpes Maritimes. Cet établissement de santé des Alpes Maritimes et la polyclinique située dans le Pas-de-Calais sont tous les deux à l'équilibre financier. Ainsi, une stratégie concertée et lisible des acteurs de terrain permet d'inscrire les hôpitaux de proximité dans une dynamique budgétaire plus stable et pérenne.

Conclusion

L'hôpital de proximité est une structure en pleine évolution sur lequel le projet « Ma Santé 2022 » s'appuie fortement pour assurer un service public de santé à l'échelle de tous les territoires. Il doit cependant quitter l'hospitalo-centrisme pour devenir un outil de collaboration entre les différents acteurs du système de santé. Il est mis en avant comme promoteur d'un parcours de santé fluide pour les patients.

Le rapport Claris concernant la gouvernance et la simplification hospitalière suggère de revaloriser le rôle du conseil territorial. Dans sa recommandation 41, il préconise de « revaloriser le rôle du conseil territorial, redéfinir ses missions et adapter son périmètre au service d'une responsabilité populationnelle ». Il préconise également une obligation de projet territorial de santé (PTS). Ce projet territorial et cette responsabilité populationnelle devraient être l'opportunité d'une meilleure coordination entre ville-hôpital-établissement médico-social avec plus de transparence, le GHT ne pouvant être considéré comme le seul acteur à l'échelle d'un territoire. Ce projet permettra de donner une visibilité à tous les acteurs pour inscrire leurs actions sur le territoire et développer ainsi l'approche populationnelle.

Cette nouvelle approche sous-entend une analyse des besoins en santé de la population sur un bassin déterminé. En fonction de ce postulat il existe autant de forme d'hôpital de proximité que de territoire. Cependant, la politique de santé est nationale, et détermine un contour unique pour l'ensemble du pays qui n'est pas toujours en accord avec les réalités des territoires. Les contraintes budgétaires présentées par l'ONDAM impliquent un suivi et une évaluation régionale et nationale des politiques publiques de santé. La reconnaissance de spécificités propres à chaque territoire invite à repenser l'évaluation de l'action publique en matière de santé. L'objectif est d'accorder une liberté et une confiance plus grandes aux actions locales selon le principe de subsidiarité. Cette logique se traduit également par l'accompagnement financier des pratiques innovantes (article 51) où des solutions locales sont reconnues par les ARS et la DGOS afin de les diffuser. L'annonce d'une nouvelle étape de décentralisation, par le Premier Ministre, M. Jean Castex, semble conforter la volonté politique de renforcer le rôle des hôpitaux de proximité dans l'amélioration de la gestion des politiques publiques territoriales. Cela nécessite donc des adaptations sous conditions de la mobilisation de l'ensemble des acteurs. L'accélération des réformes de santé a cherché à encourager voire à obliger les coopérations territoriales au travers de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) en 2009 qui instaure les communautés hospitalières de territoire (CHT). En 2012, le pacte de confiance pour l'Hôpital est venu structurer de la médecine de parcours (Rapport DEVICTOR¹⁵). Ensuite, la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 a fait évoluer la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) vers le groupement hospitalier de territoire (GHT) et a donné naissance au CPTS et au PTA. Enfin, la loi OTSS de 2019 renforce la restructuration de l'offre de santé de proximité. Cette superposition des expérimentations et des dispositifs s'apparente à un mille-feuille administratif dont les acteurs sanitaires et médico-sociaux peinent à suivre les subtilités et leurs impacts.

En lisant les nouvelles missions de l'hôpital de proximité, il pourrait être fait le parallèle avec les différentes strates (Réseau de santé, MAIA, CLIC, PTA) qui avaient été créées pour le médico-social dans le cadre de l'accompagnement à la perte d'autonomie avant la création des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) qui fédèrent toutes les initiatives. L'éventail des dispositifs juridiques existants donne une réelle souplesse pour adapter les moyens mobilisés aux objectifs mais leur rationalisation améliore la lisibilité et l'efficacité des actions sur le territoire. In fine, cette convergence des moyens cherche à fluidifier le(s) parcours(s) de soins par la désignation d'un coordinateur unique sur le territoire.

Comme l'indique Bruno Anquetil¹⁶, l'hôpital local a été quelque peu malmené par les politiques de santé centralistes favorisant les plateaux techniques « survitaminés ». Aujourd'hui l'hôpital de proximité semble être la pierre angulaire d'une nouvelle offre de soins sur le territoire. Cependant, la transformation attendue de l'organisation des soins est basée sur une approche populationnelle qui exige un temps de concertation et de coordination dont le succès reste incertain du fait de la nécessité des alliances des acteurs locaux. La réponse locale aux déterminants de santé publique paraît le seul levier « efficient » pour réduire les inégalités de santé.

Les contraintes budgétaires conduisent à rechercher des pistes d'efficience pour améliorer la qualité du parcours patient avec les moyens existants. La recherche de financements innovants par une rémunération forfaitaire entre les différents acteurs du système de santé renforcerait et simplifierait les coopérations durables et mieux structurées autour de la qualité de la prise en charge. L'objectif est d'inverser le processus décisionnel lié à une approche budgétaire pour donner la priorité à des enjeux de politiques publiques de santé. Par une stabilité garantie des recettes et une visibilité pluriannuelle des financements, les hôpitaux de proximité sont invités à occuper pleinement leur rôle dans le service public territorial de santé (SPTS). Les expériences tirées de la pandémie du COVID-19 et les moyens financiers supplémentaires annoncés lors du Ségur de la Santé rappellent le rôle stratégique d'un fonctionnement efficient du système de santé pour un pays développé. Cependant, pour pouvoir assurer cette mission, un modèle de financement reste à construire afin de garantir la pérennité de l'action des hôpitaux de proximité

Bibliographie

Cadre législatif et réglementaire :

Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R.6111-5 du Code de la Santé Publique

Article L.1434-2 du Code de la Santé Publique relatif au Projet Régional de santé

Article 52 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 créant les hôpitaux de proximité (Article L.6111-3-1 du Code de la Santé Publique)

Décret n°2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et de Transformation du système de santé

Articles, ouvrages et rapports :

ANQUETIL Bruno (2019), "Le centre hospitalier de proximité, enjeux et perspectives", Soins Cadres 2019-09-01, vol. 28, Issue 113, 34-36.

BUDET Jean-Michel (2019) « Patients et Territoires » Gestions Hospitalières n°587 juin-juillet 2019

BRECHAT Pierre-Henri, MAGNIN-FREYSOT Christian, JEUNET Odile, ATTARD Aurélie, DUHAMEL Gilles et TABUTEAU Didier (2011) « Priorités de santé, région, territoires de santé et citoyens : l'exemple Franc-Comtois », *S.F.S.P Santé Publique 2011 Vol.23 pages 169 à 182*

CAGNELLO-CHARLES Emmanuelle et FRANCHISTEGUY-COULOUME Isabelle (2000) « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? », *Association de recherches et publications en management*, Gestion 2000 2019/3 Volume 36 pages 69 à 89

CHAPUIS Jean-Yves (2020) « Villes et territoires : la grande transformation », *Association Population et Avenir*, 2020/1 n°746, pages 14 à 16

CLARIS Olivier, Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS, Juin 2020

COLDEFY Magali et LUCAS-GABRIELLI Véronique (2012) « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, n°175, Avril 2012

DELNATTE Jean-Claude (2016) « Les hôpitaux de proximité : définition et financement », *Finances hospitalières*, Juillet 2016 n°104.

DELNATTE Jean-Claude (2019) « Les incidences financières de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 pour les établissements de santé », *Finances hospitalière*, Octobre 2019 n°139

DELNATTE Jean-Claude (2020) « L'évolution des modes de financement des établissements de santé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 », *Finances hospitalières*, Janvier 2020 n°142.

DEVICTOR, Bernadette (2014) « le service public territorial de santé (SPTS) et le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé, Rapport remis à la Ministre de la Santé et des Affaires sociales, mars 2014, page 9

Direction Générale de l'Offre de Soins (2016) « La réforme des hôpitaux de proximité : support méthodologique »

Étude d'impact du 13 février 2019 (p 70) « Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé »

EVIN Claude (2019) « Les hôpitaux de proximité » *article rédigé pour le Cabinet Houdart et Associés*

FAYN Marie-Georges (2019) « La responsabilité populationnelle ou la révolution culturelle en santé », *Réseau hôpital-GHT*

HASSENTEUFEL Patrick, NAIDITCH Michel et SCHWEYER François-Xavier (2020) « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées », *RFAS/2020 n°1*

HOLCMAN Robert (2020) « Le paradoxe hospitalier français », *Le Débat* 2020/2 n°209, pages 37 à 44
<https://www.cairn.info/revue-le-debat-2020-2-page-37.htm>

LEICHER Claude (Mars 2020) « CPTS et Territoire », *Regards* 2019/2 n°56, pages 81 à 92
<https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2.htm>

LEMAIRE Natacha « Accountable Care Organizations (ACO) : quelle pertinence pour le système de santé français ? », *Les Tribunes de la santé*, 2019/1 n°59, pages 99 à 107

LUCAS-GABRIELLI Véronique (2010) « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », *CNAMTS « Pratiques et organisations des soins »*, 2010/1 Vol. 41 pages 73 à 80

MAMANE Betty (2019) « L'approche populationnelle gagne les territoires de santé », *Réseau hôpital et GHT*

MARTINEZ Éric (2019) « L'hôpital de proximité, la transformation du système de santé : l'hôpital de demain », 14ème Colloque Hôpital de proximité : 3 ans après les premières nominations quelles leçons en tirer ?

MESNIER T. et CARLI P. (Septembre 2019), *Pacte de Refondation des Urgences*
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/272424.pdf>

PESQUEUX Yvon (2014) « De la notion de territoire », *APORS Éditions Perspectives et stratégie*, 2014/1 n° 4-5 pages 55 à 68

SAFON Marie-Odile (2019) « Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires », *Centre documentaire de l'IRDES*

TROMPETTE et VINCK (2009) « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'Anthropologie des Connaissances*

VIOUJAS Vincent (2018) « La transformation du système de santé (bis repetita placent) » *JCP La Semaine Juridique - Edition Administrations et Collectivités Territoriales* n°38-39, 24 Septembre 2018

Webographie

Plan “Ma Santé 2022” (Septembre 2018)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 Janvier 2016

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Loi OTSS du 24 Juillet 2019

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8D11CBCE70941CB15D87CAE0FC12BAF1.tplgfr27s_1?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id

Rapport Claris (Juin 2020), Site du ministère des Solidarités et de la Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-professeur-olivier-claris-a-remis-son-rapport-de-recommandations-sur-la>
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

Finances-hospitalieres.fr, n°104, Juillet 2016

<https://www.finances-hospitalieres.fr/print.asp?679D4D7EB673B4>

Finances-hospitalieres.fr, n°139, Octobre 2019

<https://www.finances-hospitalieres.fr/print.asp?679D50853D7ABB>

Finances-hospitalieres.fr, n°142, Janvier 2020

<https://www.finances-hospitalieres.fr/print.asp?679D5388407DBE>

Article sur la place des hôpitaux de proximité sur le territoire, houdart.org

<https://www.houdart.org/les-hopitaux-de-proximite/>

Ministère des solidarités et de la santé (2019) « Parcours de santé, de soins et de vie »

Liste des annexes

Annexe 1 : Rétro planning du groupe de travail

Annexe 2 : Guide des entretiens

Annexe 3 : Tableau des entretiens réalisés

Annexe 4 : La situation financière des hôpitaux de proximité

Annexe n°1 : Rétro planning du groupe de travail

	Semaine 21	Semaine 22	Semaine 23	Semaine 24	Semaine 25	Semaine 26	Semaine 27	Semaine 28	Semaine 29
Début de chaque semaine : lundi	18/05/2020	25/05/2020	01/06/2020	08/06/2020	15/06/2020	22/06/2020	29/06/2020	06/07/2020	13/07/2020
Stage AAH									
Stage DH									
Stage DS									
Stage D3S									
Réunion d'équipe	Mardi 18h30	Jeudi 18h30	Mardi 18h30						
Entretien	✓	✓	✓						Fin souhaitée : 15/07/2020
Analyse des entretiens		✓	✓						
Définition problématique précise et plan détaillé			✓						
Enrichissement 4 parties suite analyse entretiens		✓	✓						
Rédaction des différentes parties		✓	✓	✓	✓				
Relecture partie par partie				✓	✓	✓			
Intro			✓	✓	✓				
Conclusion					✓				
Reprise rédaction finale						✓	✓		
Relecture globale version définitive								✓	
Bibliographie relecture					✓				

en rouge les jalons nécessitant une approbation de tout le groupe

GUIDE D'ENTRETIEN sur les hôpitaux de proximité

MIP 2020

Préparation de l'entretien	
Prise de contact	Expliquer l'objet, ce qu'est le MIP, le sujet, et pourquoi, nous souhaitons les interroger
Entretien : en fonction de l'interlocuteur, les éléments recherchés ne sont pas les mêmes	
Présentation	Nous sommes un groupe de 10 élèves fonctionnaires actuellement en formation à l'EHESP, directeur des soins, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social ou encore attachés d'administration hospitalière et directeur d'hôpital.
	L'objet du module interprofessionnel est de réaliser un travail de groupe afin d'apprendre à gérer un projet en équipe pluriprofessionnelle. Il s'agit également de nous initier à la démarche de recherches autour d'un sujet, et de confronter les éléments bibliographiques avec une étude de terrain autour d'entretiens avec des professionnels.
	Notre sujet porte sur les hôpitaux de proximité : "les hôpitaux de proximité peuvent-ils améliorer l'accès aux soins ?"
	Après un temps de lectures bibliographiques, nous avons construit un questionnement autour de 3 grandes thématiques : les missions et la gouvernance des hôpitaux de proximité, la place de

	l'hôpital de proximité dans la médecine de parcours au sein du territoire, les ressources des hôpitaux de proximité
ARS/DT/IASS et FHF	
<p>La place des hôpitaux de proximité dans la région, le département et le territoire de santé</p> <p>Questions structurées autour de 3 volets :</p> <p>1) le territoire de santé et l'HdP</p> <p>2) les missions et la gouvernance d'un HdP</p> <p>3) le financement de l'HdP</p>	<p>- Quelle est votre définition d'un HdP ?</p> <p>(1) <u>le territoire de santé et l'HdP :</u></p> <p>- Quelle place un HdP occupe-t-il selon vous dans le système de santé ?</p> <p>- Les HdP sont-ils intégrés dans le territoire de santé et dans les diagnostics territoriaux des besoins de santé ?</p> <p>- Quelle place au sein de l'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale ?</p> <p>- Cela contribue-t-il selon vous à être plus attractif et éviter les déserts médicaux dans les zones sous dense ?</p> <p>- Quelle dynamique existe-t-il avec les professionnels de santé en ville pour développer le lien ville/hôpital au travers des HdP ? Comment les HdP se positionnent-ils avec les CPTS/MSP/CLS ?</p> <p>(1+2) <u>La labellisation et la contractualisation :</u></p> <p>- Quel type de HdP ont été labellisés ?</p> <p>- Existe-t-il pour une ARS un intérêt pour vous de labelliser les HP ? Cet intérêt est-il le même pour les élus locaux et les usagers ?</p> <p>- Combien HdP sont-ils à avoir été des anciens hôpitaux locaux ? Combien d'établissement ont-ils été labellisés ? Quelles relations entretiennent les hôpitaux de proximité et les anciens hôpitaux locaux ?</p>

- Quelles sont les objectifs et les moyens “socles” et “optionnels” alloués aux HdP ? Ces objectifs intègrent-ils les besoins de la population, des impacts de santé à 5 ou 10 ans (réduction des inégalités de santé, indicateurs en matière de prévention et de santé publique, ...) ?

(2) La mission d’accessibilité et de qualité des soins

- Les HdP garantissent-ils l’accès aux soins ? Comment sont-ils en mesure d’assurer un rôle dans l’accessibilité, la continuité et la qualité des soins ?

- Comment Les hôpitaux de proximité peuvent-ils contribuer à l’accès aux soins primaires et à la pertinence des soins ?

- Comment est formalisée la graduation des prises en charges et des coopérations entre le HdP et les hôpitaux de recours ?

- Les HdP sont-ils identifiés au sein des GHT ? Quelle gouvernance existe-t-il entre un HdP et les EPS du GHT (direction commune) ? Quelle gouvernance (ou degré d’autonomie de gestion) est-il recommandé pour un HdP aujourd’hui ?

3) les financements :

- Comment qualifiez-vous le financement des HdP et ses évolutions par rapport aux besoins des populations et aux objectifs du système de santé ?

- Avez-vous une analyse sur la situation financière des HdP ?

- En quoi le modèle de financement des HP peut-il améliorer l’accès aux soins sur les territoires ?

- Quels freins et limites du modèle de financement actuel ?

- Quel avenir prédiriez-vous ?

Les acteurs des hôpitaux locaux (direction)

- Quels diagnostics territoriaux faites-vous de votre territoire de santé ? Population, démographie...
- Quel positionnement territorial occupez-vous ? Concurrence,
- Quelle est votre activité ?
- Avez-vous fait le choix d'être labellisé immédiatement ?
- Quel intérêt pour vous d'avoir un établissement labellisé ?
- Quels sont les objectifs et les moyens "contractualisés" avec l'ARS ?
- Etes-vous dans l'attente d'une nouvelle autorisation d'activité ? (Mesures à venir)
- Quels rôles jouent les élus locaux dans la gouvernance et le financement de vos missions ?
- Constatez-vous des difficultés dans l'élaboration du projet territorial de santé ?
- Quels sont vos liens avec le GHT ? En faites-vous partie ?
- Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous ? Quels avantages ?
- Bénéficiez-vous d'un système d'information partagé ? (GHT, professionnels de ville, spécialistes)
- Votre vision du mode de financement ? Notamment au niveau de la coordination de parcours, à la coordination des acteurs du territoire...
- Quelle est la situation financière de l'établissement ?
- Quelle analyse faites-vous des dépenses et des investissements passés et des besoins futurs ?
- Que pensez-vous de la dotation de responsabilité territoriale ? (Et indemnités aux libéraux)
- Quelle relation avez-vous avec les médecins libéraux (relation ville hôpital, permanence des soins)
- Comment envisagez-vous l'avenir ?
- Avez-vous des difficultés à recruter ?
- Les nouveaux modes d'exercice, sont-ils des atouts pour être attractif ? (Exercice mixte, exercice multisite, télémedecine)

	<ul style="list-style-type: none"> - Participez-vous au maintien et au développement de l'HAD ? - Prévention (inscrit dans le PTS) et promotion HP sur le territoire ; quelles actions mis en place ? - Quelle est l'image des HP selon vous ? (Population) - Aurez-vous besoin de développer des nouveaux métiers de coordination territoriale, IPA ?
Hôpitaux ex-locaux non labellisé	
	<ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi le choix de ne pas être labellisé ?
Praticiens ou professionnels de ville	
	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre vision des HdP ? - Comment travaillez-vous avec eux ? - Etes-vous en CPTS ? - Quelle serait pour vous la meilleure articulation pour garantir l'accès aux soins ? - Les HdP sont-ils pour vous attractifs ? Quelles sont vos attentes d'un hôpital de proximité ?
Usagers/CDU	
	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont pour vous les avantages ou inconvénients d'avoir des hôpitaux de proximité ou hôpitaux locaux ? - Quelles sont vos attentes d'un hôpital local ou de proximité ? - Avez-vous connaissance des enjeux du territoire de santé et des objectifs de l'HdP pour y répondre ?
Le président du Conseil de surveillance (élu local)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Quel rôle occupe l'hôpital de proximité selon vous ? - Etes-vous satisfaits de son financement et de sa gouvernance ? - Pensez-vous qu'il répond aux besoins de la population en termes de santé ?

Une infirmière de coordination ou IPA en formation	
	<ul style="list-style-type: none">- Quel rôle pour une infirmière de coordination au sein des hôpitaux de proximité ?- Les IPA seront-elles amenées à travailler en HdP ?- Quelle place pour les IPA dans la médecine de parcours ? Où doivent-elles travailler ?

Attention le non-verbal est aussi très intéressant : la rapidité des réponses, leur longueur, les silences, la durée de l'entretien, si téléphonique ou physique.

Annexe n°3 : Tableau des entretiens réalisés

N°	Membre du groupe de travail	Institution	Fonction	Date de l'échange
1	Sébastien Coquelin	Polyclinique administrateur du CPTS +	Directrice adjointe	08/07/2020
2	Sébastien Coquelin	FHF nationale	Conseiller stratégique auprès de la déléguée générale FHF nationale, particulièrement chargé de l'organisation des parcours, de la proximité, des coopérations et des territoires	16/05/2020
3	Sébastien Coquelin	DGOS/R5	Adjointe au chef de bureau R5 "Evaluation, modèles et méthodes", sous-direction de la régulation de l'offre de soins	20/05/2020
4	Sébastien Coquelin	Centre Hospitalier	Directeur	22/05/2020
5	Sébastien Coquelin	DD ARS	Responsable de l'offre de soins hospitalière Département de l'animation des politiques territoriales	19/05/2020
6	Léopoldine Martin	ARS	Chargée de mission ex coordonné/HAD/HDP	18/05/2020
7	Léopoldine Martin	ARS	Chargée de mission territoriale / Pôle AT-PS	19/05/2020
8	Cécile LEMAITRE	Centre Hospitalier	Directrice Adjointe	27/05/2020
9	Sébastien Coquelin Cécile Lemaitre	Ministère de la Santé	Rapporteur général du conseil stratégique de l'innovation en santé et du comité technique associé.	19/05/2020
10	Armelle Germain Kevin Michel	Centre hospitalier « Hôpital de proximité »	Directrice	15/05/2020
11	Kevin Michel		Médecin Généraliste	15/05/2020

N°	Membre du groupe de travail	Institution	Fonction	Date de l'échange
12	Kevin Michel		IPA en fin de formation	20/05/2020
13	Marion Bousquet	Centre hospitalier	AAH	18/05/2020
14	Marion Bousquet Fabien Latinier	Centre hospitalier	Directeur	26/05/2020
15	Armelle Germain		IPA en fin de formation	15/05/2020
16	Sandrine Lambert	HdP, CH support GHT, Clinique	Représentant usagers	18/05/2020
17	Sandrine Lambert	CH Ex-HL	Directeur	20/05/2020
18	Fabien Latinier	CH (fusion de plusieurs ex-HL)	PCME	19/05/2020
19	Fabien Latinier Marion Bousquet	CHU support GHT	Directeur coopérations - parcours - relations ville-hôpital	20/05/2020
20	Fabien Latinier	Hôpital et CH	Directrice déléguée	05/06/2020
21	Fabien Latinier Marion Bousquet	Clinique	Chef de service soins palliatifs	05/06/2020

N°	Membre du groupe de travail	Institution	Fonction	Date de l'échange
22	Fabien Latinier Léopoldine Martin	Maison de santé	Coordinatrice de 2 MDS	27/05/2020
23	Fabien Latinier Marion Bousquet	CHU support GHT	DAM et SG GHT	11/06/2020
24	Fabien Latinier Marion Bousquet	CH (fusion de plusieurs ex-HL)	Directrice	15/06/2020
25	Armelle Germain	CPTS	Médecin Généraliste Coordinateur	12/06/2020
26	Sandrine Lambert	ARS	IASS, cadre référent pour le secteur médico-social	22/06/2020
27	Armelle Germain Marion Bousquet	CPTS	Médecin Généraliste Coordinateur	30/06/2020

Annexe n°4 : la situation financière des hôpitaux de proximité

L'analyse rigoureuse de la situation financière des 243 hôpitaux locaux n'est pas possible sans un accès exhaustif aux données financières de chacun des établissements. Néanmoins, il est possible de dégager une tendance sur la situation financière en s'attachant à étudier à la fois la catégorie des CH ex-hôpitaux locaux qui représentent 64% des 243 hôpitaux locaux.

Source du tableau n°1 : fiche n°33, la situation économique et financière des hôpitaux publics, Les établissements de santé, DREES, 2019, p.164

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2002

	En % des recettes																
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Ensemble HP	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4¹	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2	-0,2	-0,4	-0,6	-0,3	-1,1	
CHR																	
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 ¹	-0,2	-0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	0,9	-2,7	
Autres centres hospitaliers régionaux	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7	-1,3	-0,5	-0,1	
Autres CH																	
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,7	-0,3	-1,4	
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7	-0,9	-0,9	-1,7	-2,6	
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7	0,4	-0,3	0,3	-1,2	
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7	0,6	0,7	0,7	-0,1	
CH spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3	1,0	0,9	

HP : hôpitaux publics ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; AP-HP : Assistance publique - Hôpitaux de Paris.
1. Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

Note > Un centre hospitalier est devenu centre hospitalier régional en 2012.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Précisions (p.166) : Centres hospitaliers (CH) : ils sont classés, dans cette fiche, en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs recettes : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

Source : Guide méthodologique sur la réforme des hôpitaux de proximité, DGOS, p.12

La première liste des 243 hôpitaux de proximité a été arrêtée le 23 juin 2016 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R.6111-25 du code de la santé publique. La majorité des établissements concernés sont des anciens hôpitaux locaux même si toutes les catégories juridiques sont représentées :

- ex hôpitaux locaux (64%).
- centres hospitaliers ou « autres EPS » (28%)
- établissements privés à but non lucratif (7%)
- établissements privés à but lucratif (1)

Thème n°4 Animé par : Schweyer François-Xavier, Professeur de sociologie

Les Hôpitaux de proximité peuvent-ils contribuer à améliorer l'accès aux soins ?

Bousquet Marion D3S, Coquelin Sébastien D3S, Germain Armelle DH, Lambert Sandrine D3S, Lecland Christelle DS, Lemaitre Cécile DS, Martin Léopoldine DH, Michel Kelvin AAH, Moustoifa Ali Soifioun AAH

Résumé :

La loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé du 24 juillet 2019 vise à restructurer le système de santé par le biais notamment des hôpitaux de proximité. Ces établissements seront positionnés en pivot entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

Les hôpitaux de proximité assureront le premier niveau hospitalier de la gradation des soins et orienteront si besoin les patients vers des structures adaptées. Les hôpitaux de proximité devront assurer une accessibilité aux soins et répondre aux besoins de la population et des professionnels, ils ont en charge de développer les liens et les collaborations et d'animer des réseaux. Le cadre offert par ces établissements pourra faire émerger des nouvelles modalités de travail et des nouveaux métiers.

Pour accomplir les missions qui lui sont assignées et améliorer l'accessibilité aux soins l'hôpital de proximité devra réussir à associer et faire travailler ensemble des partenaires avec des cultures différentes. L'épidémie du Covid-19 a montré que les organisations pouvaient s'adapter rapidement, se décroiser pour répondre aux besoins de santé de la population, ce qui laisse envisager des perspectives optimistes pour les hôpitaux de proximité.

Les futures adaptations envisagées de la gouvernance, des autorisations et des modes de financement pourront devenir des outils supplémentaires que les hôpitaux de proximité pourront mobiliser pour garantir une accessibilité aux soins de qualité.

Mots clés : *Hôpital de proximité, accessibilité, système de santé, accès aux soins, offre de soins, prévention, coordination, décroissement, parcours, territoire, gradation, filière, organisation, approche populationnelle, ambulatoire, hospitalier, nouveaux métiers*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs