

COMITE DE CONCERTATION # 1 « HÔPITAUX DE PROXIMITE »

COMPTE-RENDU DES ECHANGES DU 23 NOVEMBRE 2018

PRESENTS

FEDERATIONS ET CONFERENCES : Marie-Claude VIEL (FHP), Christine SCHIBLER (FEHAP), Maud ROBERT (FNEHAD), Nicolas NOIREL (FNEHAD), Thierry GAMOND-RUIS (FHF-CNDCH), Frédéric MARTINEAU (FHF), Armelle COURTOIS (CN-PCME), YVAN CARPO (ANCHL), Dominique COLAS (ANCHL), Yvan CARPO (ANCHL), Christian de GAYE (AGHL), Claude DERAİL (AGHL)

CNAM : Florence LALARDRIE

ANAP : Sophie MARTINEAU, Stéphanie AFTIMOS

ATIH : Clément RALLET

ARS NORMANDIE : Sandra MILIN (DOS)

DGCS : Catherine MORIN

DGOS : Cécile COURREGES (DGOS), Thomas DEROCHE (SDR), Michel VARROUD-VIAL (DGOS), Vincent HALLER (SDR5), Edith RIOU (SDR5), Elizabeth BOUTTIER (SDR5), Anne-Noëlle MACHU (SDR4), Samuel de LUZE (SDR3), Yann-Noël LE DOUARIN (SDPF3), Odile BRISQUET (SDRH4)

1- OUVERTURE DE SEANCE

En introduction, Cécile COURREGES, directrice générale de l'offre de soins, rappelle le cadre global de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) dans lequel s'inscrivent les travaux relatifs aux hôpitaux de proximité. Deux points structurants du projet sont également évoqués :

- le modèle d'organisation des hôpitaux de proximité est à réinventer, en interrogeant les missions qui leur seront confiées. La question du modèle de financement sera traitée dans un second temps, au regard du nouveau cadre de définition qui sera donné à ces établissements.
- les établissements de tous statuts sont concernés. Les établissements publics qui seront labellisés resteront intégrés au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le projet « Hôpital de proximité » fait partie du chantier « Structuration territoriale des soins de proximité » de la STSS et est piloté par Thomas DEROCHE, en charge également du chantier « Gradation des soins et groupements hospitaliers de territoire »

Ce Comité de concertation, réuni pour la première fois, sera élargi aux représentants des acteurs de la ville en 2019.

2- OBJECTIFS DE LA REFORME

Thomas DEROCHE présente les objectifs opérationnels de la réforme :

- Définir les missions hospitalières de proximité au sein de la gradation des soins
- Créer les conditions d'une meilleure coopération entre les hôpitaux de proximité et les acteurs de la ville
- Construire un modèle de financement adapté aux missions des hôpitaux de proximité et à leur organisation

Un schéma est proposé pour illustrer l'organisation cible de l'hôpital de proximité, interagissant avec les futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au sein du réseau de proximité et inscrit dans la gradation des soins hospitaliers.

REMARQUES

- La **FEHAP** est plutôt favorable à une labellisation de services de proximité, définis à partir des besoins de la population, plutôt que de structures hospitalières dans leur entier.
- Cette réforme est vue par tous comme une opportunité d'ouvrir davantage l'hôpital vers la ville et son environnement.
- La **FHF** rappelle qu'un établissement doit pouvoir cumuler des missions de référence et de proximité.
- La **FHP** indique que d'autres structures, non hospitalières, assurent ou pourraient assurer également des missions de proximité (des centres de santé, par exemple).
- La **FNEHAD** note l'importance de ne pas oublier, en sus des liens entre l'hôpital de proximité et la ville, les liens avec les autres acteurs hospitaliers et notamment l'HAD.
- L'**ANCHL** indique que la question de la redistribution des activités entre établissements devra être posée dans le cadre de ces travaux.
- Pour l'**AGHL**, les liens (ressources médicales et patients) entre le réseau de proximité et les établissements assurant des activités de référence vont dans les deux sens.

Sandra MILIN, DOS de l'ARS Normandie, présente deux exemples d'établissements inscrits dans une dynamique proche du modèle envisagé :

- l'ex-hôpital local de Carentan dans la Manche, bénéficiant du modèle de financement actuel des hôpitaux de proximité, autorisé en médecine et SSR

- le CH de Pont-Audemer dans l'Eure, financé à l'activité, autorisé en médecine, SSR, USLD et réalisant une activité de chirurgie ambulatoire qui s'apprête à prendre fin.

Ces deux établissements proposent un spectre d'activité large (prévention, consultations spécialisées, soins non programmés, accompagnement de grossesse...) et ont développé (ou ont le projet de développer) des interactions fortes avec la ville. Des coopérations sont également engagées avec les établissements membres du GHT, les structures médico-sociales voire les acteurs du secteur privé.

- **Définir les missions hospitalières de proximité au sein de la gradation des soins**

Thomas DEROCHE indique qu'à ce stade, il est envisagé de définir des missions « socles » et des missions « optionnelles » à adapter en fonction des territoires et des organisations en place (exemples : soins de suite et réadaptation, prévention, recherche en soins primaires...). Sous réserve d'études de faisabilité, la médecine polyvalente sera intégrée dans le socle de missions des hôpitaux de proximité, tout comme les consultations de spécialité, les soins aux personnes âgées et une activité hors les murs. Les hôpitaux de proximité ne détiendraient pas d'autorisation en chirurgie et obstétrique.

REMARQUES

- **Sur la notion de missions hospitalières de proximité**
 - Pour les **Conférences nationales (DCH et PCME)**, les missions de proximité doivent être valorisées. Ce point de vue est partagé par l'ensemble des participants.
 - La nécessité d'avoir une approche partant des besoins des patients, et donc de viser la labellisation de services de proximité plutôt que de « structures » est de nouveau évoquée (**FEHAP, FHP, CNAM**).
- **Sur la notion de médecine polyvalente**
 - **L'AGHL** préfère parler de médecine générale, qui est une spécialité. Très présente dans les hôpitaux de proximité actuels, elle doit être valorisée en proposant des modèles d'intégration des médecins libéraux au sein de ces structures.
 - Sur ce point la **FHF** estime que la question se pose différemment dans les ex-hôpitaux locaux où cela correspond à une réalité forte et dans les centres hospitaliers généraux. La présence de médecins spécialistes dans les hôpitaux de proximité peut être facilitée par les GHT.
 - **L'ANCHL** propose de définir un « court séjour intermédiaire », plus pertinent dès lors qu'il s'agit de séjours de médecine nécessitant des durées de séjours plus longues que les prises en charge habituelles.
- **Sur la chirurgie et l'obstétrique**
- **Sans se prononcer à ce stade sur le statut des activités de chirurgie et d'obstétrique, les représentants des deux conférences** appuient l'idée selon laquelle le plein investissement dans les missions de proximité suppose pour ces établissements de pouvoir concentrer leurs efforts et leur attractivité sur les activités socles et optionnelles

- Pour la **FEHAP**, dès lors qu'elle correspond à un besoin de proximité, la présence d'une activité de chirurgie ou d'obstétrique ne doit pas être écartée. Ce point de vue est partagé par la **FHF**.
- La **FNEHAD** souscrit au cadre de définition par les missions de proximité mais considère qu'elles ne doivent pas être exclusives d'autres missions.
- **Sur les missions « optionnelles »**
L'ANCHL évoque la possibilité de développer l'activité des hôpitaux de proximité sur d'autres champs. La participation des hôpitaux de proximité, d'ores-et-déjà impliqués dans la permanence des soins, aux soins non programmés pourrait également être développée. Des besoins en psychiatrie sont également évoqués.
- **Sur la mise en œuvre de la réforme**
 - **L'AGHL** s'interroge sur la définition du territoire de proximité :
 - Pour la **FHF**, il s'agit du bassin de vie
 - Michel VARROUD-VIAL note qu'il devra tenir compte du découpage territorial des CPTS
 - La **FHF** insiste sur le fait qu'il ne faut pas déstructurer ce qui a été mis en place au sein des GHT. La labellisation des hôpitaux de proximité ne doit pas être conçue comme un levier pour revoir les plateaux techniques ne dispensant pas des soins de qualité : cette réflexion a davantage de place dans le cadre de la réforme des autorisations des soins.
 - La **CNPCME** pose la question des entités géographiques qui pourraient remplir des missions de proximité mais sont rattachées à des entités juridiques de taille plus importante.

PRECISIONS APPORTEES PAR LA DGOS

- La DGOS indique que l'objectif de la réforme n'est pas de procéder à une planification des hôpitaux de proximité, mais bien, dans un premier temps, de définir ce qui d'un point de vue des besoins de santé constatés d'une part, et de la sécurité et de la qualité des soins d'autre part, doit être réalisé en proximité. Bien entendu, la plupart des établissements exerçant des activités de recours et de référence sont également amenés à exercer des soins de proximité et devront en renforcer la structuration.
- Le champ des missions optionnelles sera également à travailler dans le cadre des évolutions de l'offre en cours (exemple : travaux sur l'autorisation de la médecine d'urgence).
- L'opportunité de labelliser les hôpitaux de proximité au niveau des entités géographiques fait également partie des axes de travail de la réforme.
- La DGOS porte également une attention particulière au maintien d'une offre de médecine générale sur les territoires. A titre d'exemple, la mesure « 400 médecins généralistes dans les territoires fragiles », projet prioritaire de la STSS, pourrait trouver une traduction concrète en s'appuyant pour partie sur le réseau des hôpitaux de proximité.

Edith RIOU précise le cadre transversal dans lequel sera travaillé le projet « hôpitaux de proximité ». En effet, les travaux seront nourris par les chantiers en cours de la STSS : 1 000 CPTS en 2022,

doublent des structures d'exercice coordonné, développement des équipes mobiles de gériatrie... Trois projets connexes sont présentés succinctement :

- **La réforme du régime du droit des autorisations de soins et des équipements lourds** (Samuel de LUZE) : les travaux visant à revoir les conditions d'autorisation des 18 activités de soins permettront de définir le cadre de la gradation des soins hospitaliers dans lequel les hôpitaux de proximité s'inscriront. Les travaux relatifs à l'activité de médecine et USLD débuteront en janvier 2019.
- **Le chantier « grand âge et autonomie »** (Anne-Noëlle MACHU) : la question de l'accueil des personnes âgées au sein des hôpitaux de proximité pourra s'appuyer sur les évolutions proposées dans le cadre de la feuille de route « grand âge et autonomie ». La « mission Grand âge et autonomie », conduite actuellement sous l'égide de Dominique LIBAULT, vise à formuler des propositions dès 2019.
- **Le développement de la télémédecine** (Yann-Maël Le DOUARIN) : l'apport de la télémédecine pour faciliter l'ouverture de l'hôpital de proximité sur son environnement a été pointé en séance. Aussi, la stratégie de déploiement de la télémédecine intégrera les problématiques et enjeux propres aux hôpitaux de proximité de façon à ce qu'ils puissent bénéficier des innovations organisationnelles offertes par la télémédecine.

NB : l'ASIP Santé réalise actuellement une cartographie des équipements en télémédecine qui concerne tous les acteurs (établissements de santé et médico-sociaux, structures d'exercice coordonné...). Elle gagnerait à être enrichie d'un état des lieux des équipements actuels des établissements qui pourraient être labellisés « hôpitaux de proximité ». Il est ainsi demandé aux représentants des établissements de sensibiliser leurs adhérents sur ce point (cf. mail d'accompagnement joint).

Les deux autres axes de travail sont présentés brièvement :

- la nécessité de développer des coopérations avec les autres acteurs du territoire, et en particulier les CPTS ;
- l'adaptation du modèle de financement des hôpitaux de proximité à leurs missions et à leur organisation avec l'objectif de proposer une mesure dans le PLFSS 2020.

Les travaux sur ces deux chantiers débuteront au printemps 2019.

3- MODIFICATIONS LEGISLATIVES, METHODOLOGIE PROPOSEE, TRAVAUX 2019

Des modifications législatives sont nécessaires afin de revoir le cadre de définition des hôpitaux de proximité. Une proposition d'article d'habilitation à légiférer par ordonnance sera formulée dans le projet de loi (dépôt au Conseil d'Etat d'ici la fin de l'année).

La DGOS souhaite par ailleurs identifier des établissements « pilotes », pour participer aux travaux et précisera d'ici peu la nature et les modalités des contributions attendues.