

COMITE DE CONCERTATION # 10 « HÔPITAUX DE PROXIMITE »

COMPTE-RENDU DES ECHANGES DU 18 septembre 2020

PARTICIPANTS (*Le comité s'est intégralement tenu à distance*)

FEDERATIONS, CONFERENCES, ORGANISATIONS SYNDICALES : Bertrand SOMMIER (FHP), Marc BOURQUIN (FHF), Kathia BARRO (FHF), Anne LECOQ (FEHAP), Sarah BEKHADA (FEHAP), Christian DE GAYE (AGHL), Claude DERAÏL (AGHL), Dominique COLAS (ANCHL), Béatrice FRECON (FNEHAD), Anastasia STRIZYK (FNEHAD), Martine Aoustin (CSMF), Jacques BATTISTONI (MG France), Virginie BELLOIN (MG France), Agnès GIANOTTI (MG France), Pierre-Jean TERNAMIAN (FMF), Sophie BAUER (SML), Cécile JAGLIN (Conf. DG de CHU), Laurence BERNARD (CNDCH), Armelle COURTOIS (CN-PCME-CH), Véronique ROUSSET (FHP-SSR).

CNAM : Jean-Philippe ROUX

ATIH : Océane CORNIC

ANAP : Claire LANSAC, Marc DACLIN

DGOS : Sylvie ESCALON (DGOS-SDR), Edith RIOU (SDR5), Elizabeth BOUTTIER (SDR5), Nathalie SCHNEIDER (DGOS), Aurélie MESSAGE (DGOS-PF1)

Sylvie ESCALON ouvre la séance en partageant les éléments de contexte et d'actualité. D'une part la gestion du rebond épidémique du Covid-19 mobilise bien sûr les équipes et l'attention du ministère. D'autre part on note une volonté politique forte de poursuite des réformes et de traduction rapide des annonces du Ségur de la santé. La réforme des hôpitaux de proximité a été confortée dans ses objectifs initiaux et portée de nombreuses fois à la fois à la discussion dans le cadre des concertations du Ségur, notamment dans le cadre du pilier IV- Fédérer les acteurs du territoire. La nécessité d'accompagner cette réforme d'un modèle de financement spécifique fait également consensus et ce volet de la réforme est inscrit dans la feuille de route globale de l'évolution des modèles de financement, priorisés pour 2021.

Le dernier trimestre de l'année 2020 doit permettre de traduire le cadrage de cette réforme au sein d'un corpus juridique dense :

- L'architecture juridique de la labellisation, qui est inscrit à l'ordre du jour de ce Comité. Sa publication est très attendue car elle permet de concrétiser l'objectif initial de la réforme : définir l'hôpital de proximité par les missions qu'il exerce. Elle permettra également d'engager le déploiement de la réforme qui devra s'adapter au contexte actuel.
- La proposition d'une gouvernance spécifique pour les hôpitaux de proximité, nécessairement souple, opérationnelle et ouverte sur le territoire. Cet axe de travail devra être rapproché d'une volonté forte d'associer davantage les élus locaux à la définition des politiques territoriales de santé

- Enfin, un décret d'application de la mesure de financement dédiée, votée lors de la dernière loi de financement.

1. Retour sur la concertation en cours des textes relatifs au cadre juridique de la labellisation

Elizabeth BOUTTIER rappelle l'architecture juridique des textes relatifs à la labellisation qui ont été soumis à la concertation. Les fédérations hospitalières publique et privées, l'ANCHL et certains référents des agences régionales de santé ont partagé leurs remarques sur ces textes.

Il ressort de la concertation que les textes sont généralement considérés comme une traduction fidèle des échanges du comité de concertation. Les orientations évoquées comme les principes directeurs qui avaient emporté l'adhésion des partenaires sont bien repris par les propositions de rédaction.

Des points de discussion et des pistes d'améliorations sont toutefois soulevés par certains partenaires, auxquels la DGOS propose d'apporter des réponses :

- Les acteurs s'accordent sur la nécessité de mettre l'accent sur la **dimension « prospective »** de l'analyse de l'offre de l'établissement : au-delà de l'existant, l'analyse par l'ARS de la candidature devrait prendre en compte les projets en cours d'élaboration et le développement à venir de l'offre de soins proposée. Certaines partenaires ont rappelé que l'ensemble des établissements ne pourront pas, à date, proposer l'ensemble des missions et activités, compte tenu des organisations territoriales existantes et du temps nécessaire à la mise en place de coopérations renforcées sur des territoires parfois fragiles. Le texte ne devrait donc pas proposer un cadre trop « rigide ».

La DGOS adhère pleinement à ce que la dimension prospective et territoriale soit prise en compte et porte l'idée d'une analyse dynamique du positionnement de l'établissement. Il sera proposé dans la rédaction revue de faire apparaître plus explicitement cette dimension dans la lettre du DCE.

- Certains partenaires font état de certaines **lacunes dans la rédaction du dossier de labellisation**. D'une part, il apparaît nécessaire de faire ressortir davantage « l'ADN hospitalier » des hôpitaux de proximité, notamment ses activités purement hospitalières ainsi que son inscription dans la gradation des soins. D'autres part, l'accent n'est pas assez mis sur le rôle de l'hôpital de proximité dans la prise en charge de l'aval et l'organisation territoriale nécessaire pour assurer le retour à domicile.

La DGOS propose d'intégrer les dimensions de valorisation de l'activité hospitalière et de prise en charge de l'aval et du retour à domicile dans le dossier de labellisation.

- Certains acteurs ont proposé de mettre en miroir l'ensemble des conditions d'éligibilité du modèle, et notamment l'existence de liens renforcés avec les acteurs du territoire et la réalisation des missions confiées par la loi OTSS, aux conditions d'exclusion de la liste des hôpitaux de proximité.

La réalisation des missions de la loi OTSS comme l'existence de liens renforcés avec les acteurs du territoire constituent selon la DGOS des dynamiques dans lesquelles l'établissement est engagé durablement. Les modalités de suivi de ces engagements, assurant la stabilité de cet ancrage

territorial, ne semblent pas trouver leur place dans le corpus juridique relatif à la labellisation, et apparaîtront dans d'autres dimensions du modèle comme les dispositions spécifiques à la gouvernance et au financement.

- Des remarques ont été remontées autour du **périmètre des activités autorisées** en hôpital de proximité, qui a été précisé dans la loi OTSS.
 - La situation de certains SSR monovalents qui exercent des missions proches de celles des hôpitaux de proximité a été relevée par les fédérations de l'hospitalisation privée.
 - Il est également regretté que certains établissements autorisés en chirurgie ne soient pas à ce stade admis à solliciter la labellisation.

La DGOS tient d'abord à rappeler que le cadre proposé par la loi OTSS comme le corpus juridique de la labellisation ici présenté permet d'ores et déjà de rassembler une large variété d'établissements. Cette souplesse par rapport à une feuille de route initiale plus exigeante a été portée par les nombreux travaux menés avec les établissements pilotes et les échanges riches du comité de concertation sur l'adaptation nécessaire aux enjeux locaux. La détention d'une autorisation de médecine est aujourd'hui l'identité juridique commune de ces établissements.

Concernant la question des établissements dits « mono-SSR », la question est bien prise par la DGOS, qui a notamment travaillé avec certains établissements concernés. La solution privilégiée par la DGOS est d'envisager l'attribution d'une autorisation de médecine à ces établissements par l'ARS. Des modalités de dialogue entre les établissements potentiels et les ARS sur le sujet pourraient être proposées. Un groupe de travail va être mis en place dans avec les agences dans les prochaines semaines et le sujet sera porté à la discussion lors du comité de concertation de novembre.

S'agissant des actes de chirurgie programmés, une dérogation a été introduite dans la loi OTSS et doit être mise en œuvre. Des travaux sont à conduire dans les prochains mois pour élaborer une liste d'actes de « petite » chirurgie qui pourront être exercés, à titre dérogatoire, sans autorisation de chirurgie, en hôpital de proximité. Ils devront nécessairement s'articuler avec les travaux sur les autorisations de chirurgie et de médecine en cours de reprise. La liste de ces actes, qui devront être pratiqués uniquement si les conditions de qualité et de sécurité des soins sont réunies, devront faire l'objet d'une validation par la Haute autorité de santé, comme le mentionne l'article de la loi OTSS.

La DGOS précise que le cadre proposé par les textes concerne en premier lieu la majorité des établissements ayant vocation à prétendre au label hôpital de proximité. Il se veut suffisamment souple et dynamique pour ensuite être enrichi par ces deux axes de travail qui pourront répondre à des situations spécifiques. La volonté de la DGOS est de publier assez rapidement les textes relatifs à la labellisation, de manière à ce que les acteurs (ARS, établissements) puissent s'en saisir rapidement. S'agissant du dossier de labellisation, qui sera publié par arrêté, il n'est pas exclu qu'il puisse faire l'objet d'annexes concernant la question des SSR monovalents ou de la dérogation relative aux actes de chirurgie, dès lors que ces chantiers seront stabilisés.

- Un **manque de visibilité** sur la réforme dans sa globalité est pointé par les partenaires, notamment relativement à la transition des établissements déjà labellisés, ou les modalités de financement et de gouvernance.

La DGOS précise que ces éléments n'ont pas vocation à être inscrits dans le corpus juridique de la labellisation, qui sera toutefois accompagné d'éléments d'informations ayant vocation à faciliter

l'appropriation du modèle par les acteurs (établissements, ARS). La DGOS mettra à disposition des documents d'informations réguliers aux partenaires.

Une nouvelle version des textes, amendés à l'aune de ces échanges, sera adressée aux membres du comité.

REMARQUES

- Sur les coopérations territoriales :

La **FHF** et la **Conférence des DG de CHU** commencent par saluer la qualité de la concertation et la bonne prise en compte par les textes des débats conduits au sein du comité depuis plusieurs mois. Leurs représentants expriment toutefois leur regret que les documents ne permettent pas de révéler suffisamment le rôle, pourtant fondamental, des hôpitaux de proximité au sein de leur GHT et dans la gradation des soins. La **FEHAP** considère également que la dimension d'inscription dans la gradation des soins est importante, mais qu'elle ne s'épuise pas dans les rapports de l'établissement avec le GHT. A ce titre, le **SML** rappelle sa position défavorable au maintien des hôpitaux de proximité dans le GHT et considère que le rapprochement avec la médecine de ville est la dimension fondamentale. L'**ANCHL** précise que sur certains territoires, les coopérations public/privé sont plus efficaces que les rapports intra-GHT et estime par ailleurs que l'accent devrait être mis sur les rapports avec les structures médico-sociales.

- Sur les améliorations à apporter au corpus

L'**AGHL** se dit en phase avec le décret et fait part de sa satisfaction des propositions de réponse de la DGOS aux remarques faites par les partenaires sur le corpus juridique de la labellisation. Elle adhère également à la remarque visant à valoriser davantage la dimension hospitalière de ces établissements. La **CSMF** est favorable à la prise en compte d'une dimension prospective et une analyse souple de l'ARS (notamment sur la structuration de la médecine de ville) du dossier de labellisation. La **FHF** souhaiterait voir intégrée dans le dossier de labellisation une dimension d'interrogation de l'établissement sur son projet ainsi que la possibilité pour l'établissement de faire apparaître davantage ses activités plus techniques.

- Sur la situation des « mono-SSR »

La **FHP** regrette à ce titre une approche par structure plutôt que par missions. La **FEHAP** considère que des solutions alternatives à l'attribution d'une autorisation de médecine devraient être expertisées. La **CNDCH** évoque le risque d'un dispositif basé sur le régime des autorisations du fait de la « zone grise entre médecine et SSR » dans laquelle il est difficile de positionner les patients et se montre favorable à la création de lits de transition qui permettraient de fluidifier les filières. Elle relève également un risque de morcellement de l'activité qui pourrait nuire à l'attractivité des territoires. L'**ANCHL** rappelle sa proposition de création de lits de court séjours intermédiaires. La **Conférence des DG de CHU** évoque aussi une certaine « frilosité » des agences qui peuvent avoir une vision « conservatrice » de ce que sont des lits de médecine.

- Autres :

La **FHF** et l'**ANCHL** s'accordent sur le fait que les hôpitaux de proximité doivent avoir une place particulière dans les procédures d'aides à l'investissement et d'aide au désendettement accordés par le gouvernement.

L'**AGHL** et la **Conférence des DG de CHU** regrettent qu'il n'y ait pas davantage de stages proposés aux internes en hôpitaux de proximité.

2. Présentation de l'ANAP de son offre d'accompagnement

Claire LANSAC présente l'offre d'accompagnement proposée par l'ANAP qui se décompose en trois niveaux :

- Un appui collectif ciblé de 24 établissements pour les accompagner dans leur démarche de labellisation. Cet appui s'organise autour de 5 groupes de travail thématiques de deux demi-journées chacun. L'objectif est d'élaborer le projet de l'établissement et sa feuille de route de labellisation, approfondir les thématiques de structuration de l'offre hospitalière de proximité, partager des expériences et consolider les dynamiques territoriales. Le premier GT est prévu pour le 15 octobre.
- Une étude de cas sur des trajectoires de labellisation d'établissements se trouvant dans des situations « types ». L'objectif est de fournir une documentation à destination des directeurs et PCME pour mettre en exergue les freins et leviers à l'obtention de la labellisation.
- Une publication pour construire la feuille de route (à développer).

REMARQUES

La **Conférence des DG de CHU** alerte sur le fait que certaines ARS refusent de proposer cet accompagnement aux établissements SSR. La **FHP** considère en effet que d'intégrer ces établissements à la démarche de labellisation pourrait permettre à l'agence de valider ou invalider le projet d'obtention d'une autorisation de médecine.

La DGOS précise sur ce point que compte-tenu du nombre limité d'établissements qui pourront bénéficier de la démarche, des priorisations seront nécessaires, bien qu'aucune recommandation n'ait été faite sur un « pré-ciblage » des établissements à intégrer dans le projet. Elle précise néanmoins qu'elle attend beaucoup de cette démarche pour alimenter les travaux sur la montée en charge des établissements susceptibles de rejoindre le modèle.

3. Point d'avancement sur les travaux sur le modèle de financement

Edith RIOU commence par rappeler les grands principes et objectifs poursuivis par la mesure législative portée par l'article 33 de la LFSS pour 2020 puis présente l'état d'avancement du chantier relatif au modèle de financement. Plusieurs points sont abordés :

- **La garantie pluriannuelle de financement**

Celle-ci est fixée pour trois ans sur la base de 100% des recettes historiques. Comme dans le modèle actuel, l'activité effectivement réalisée est prise en compte et valorisée dès lors qu'elle est supérieure au niveau de la garantie. Concernant l'antériorité des recettes prises en compte, les premières simulations, effectuées sur la liste des hôpitaux de proximité actuels, semblent indiquer qu'une antériorité des recettes sur deux ans est plus favorable qu'une prise en compte sur trois ans. Restent à stabiliser les modalités de révision de la garantie, sur la base des besoins de santé et de la qualité des prises en charge.

- **La dotation de responsabilité territoriale**

Celle-ci est déléguée par l'ARS et a vocation à soutenir la réalisation des missions des hôpitaux de proximité réalisées conjointement avec les acteurs du territoire.

Les réflexions en cours concernent l'équilibre à trouver entre les marges de manœuvre régionale et le cadrage national. Des référentiels nationaux semblent nécessaires pour le soutien de certaines activités (consultations de spécialités et valorisation de l'exercice mixte notamment). L'opportunité d'un montant forfaitaire, identique à tous les établissements, soit à l'entrée du modèle, soit comme par socle de la dotation, est également envisagé. La durée de fixation de la dotation est enfin en question, il semblerait cohérent qu'elle puisse suivre la durée de la garantie pluriannuelle, avec possibilité d'ajustement en cas de modification significative du périmètre des missions.

- **La mesure transitoire proposée en PLFSS 2021**

Elle est destinée aux établissements qui sont aujourd'hui sur la liste des hôpitaux de proximité (critères 2016) et qui ne bénéficieraient pas du nouveau modèle de financement dès l'année 2021. Afin de privilégier une labellisation qualitative sans pour autant risquer une bascule brutale en T2A pour ces établissements qui n'obtiendraient pas tout de suite le nouveau label, il est proposé de les maintenir dans l'ancien modèle pour un an à titre transitoire. Le niveau de garantie proposé doit être stabilisé.

- **La prise en compte de la qualité dans le modèle de financement**

Le cadre juridique de la LFSS pour 2020 permet de prendre en compte cette dimension de manière transversale dans le modèle des hôpitaux de proximité. Une enquête et des entretiens ont été menés par l'équipe-projet auprès des établissements pilotes afin d'apprécier si des dimensions spécifiques devaient être prises en compte s'agissant des hôpitaux de proximité. Le cadre actuel de la mesure de la qualité (notamment prise en compte dans IFAQ) apparaît parfois peu adapté à des structures de taille modeste. La spécificité des prises en charge en hôpital de proximité invite à mettre l'accent sur la qualité des coopérations, permettant une prise en charge globale du patient, évitant les épisodes aigus et assurant une adéquation de la réponse aux besoins du territoire.

Les premiers enseignements laissent entrevoir que cette dimension du modèle doit faire l'objet d'une montée en charge progressive, les indicateurs évoqués étant intéressants mais difficilement « industrialisables » à ce stade. La spécificité des territoires appelle également à porter une vision régionale de la qualité. Enfin, un rapprochement avec les indicateurs mobilisés dans le cadre des CPTS est souhaitable.

REMARQUES

La **CNDCH** alerte sur le risque de la prise en compte des recettes historiques pour certains établissements pour lesquels un niveau de recettes minimal est nécessaire pour permettre une activité soutenable. La **DGOS** note que cette remarque a été soulevée par les ARS et des pistes de réflexion sont en cours sur le sujet pour par exemple pour mettre en place un « plancher de garantie ».

L'**ANCHL** s'interroge sur la neutralisation de l'année 2020. En réponse, la **DGOS** rappelle que ce sont bien les recettes effectivement perçues qui seront prises en compte, et que l'ensemble des établissements ont ainsi touché à minima 100,2% de leurs recettes historiques en médecine.

La **FHP** s'interroge sur le calcul des recettes historiques en médecine pour des établissements nouvellement autorisés en médecine. La **DGOS** a bien pris le sujet et précise que des mécanismes s'inspirant de la fongibilité peuvent être mobilisés.

La **FHP** et la **FNEHAD** alertent sur les risques de doublon de financement entre la dotation de responsabilité territoriale et les autres dispositifs (CPTS, DAC, etc.).

4. Poursuite des échanges sur la gouvernance des hôpitaux de proximité

Edith RIOU présente rapidement les orientations stabilisées autour d'un objectif de souplesse des organisations et d'innovation :

- La conclusion obligatoire d'une **convention** entre l'hôpital de proximité et les acteurs du territoire décrivant les modalités de fonctionnement et d'organisation
- L'ouverture d'un **droit d'expérimentation** pour tester des modalités de gouvernance alternatives et innovantes.

Les échanges des derniers comités conduisent également à explorer la piste de la mise en place d'une **contractualisation entre l'hôpital de proximité et le GHT** qui décrirait la façon dont s'organise cette relation pour répondre aux besoins locaux.

Les conclusions du Ségur de la santé ont renforcé ces orientations et mettent en lumière la nécessaire association des élus locaux à la gouvernance à ces projets articulés et plus largement à la construction des politiques locales de santé.

La DGOS souhaite publier les textes relatifs à la gouvernance d'ici la fin de l'année 2020, ce qui implique de stabiliser le cadre juridique des orientations proposées :

- Sur la convention obligatoire : son contenu, des signataires obligatoires et optionnels, les éléments de cadrage relatifs au suivi de ses objectifs
- Sur la possibilité d'expérimenter des modalités de gouvernance alternative : les champs ouverts à la dérogation et les modalités de suivi de ces expérimentations notamment.

Une contribution des membres du comité est demandée sur ces points ainsi que sur ce qui pourrait être envisagé dans un cadre contractuel entre l'hôpital de proximité et le GHT.

REMARQUES

Le **SML** s'oppose fermement à l'intégration de représentants des hôpitaux de proximité dans la gouvernance des CPTS. La **CNDCH** considère qu'il faut laisser la possibilité aux acteurs qui le souhaitent de proposer des modalités de gouvernance intégrées.

La prochaine séance se tiendra :

Le 5 novembre 2020 de 14h à 16h : la séance se tiendra intégralement à distance