

COMITE DE CONCERTATION # 7 « HÔPITAUX DE PROXIMITE »

COMPTE-RENDU DES ECHANGES DU 7 novembre 2019

PRESENTS

FEDERATIONS, CONFERENCES, ORGANISATIONS SYNDICALES : Bertrand SOMMIER (FHP), Emilien ROGER (FNEHAD), Marc BOURQUIN (FHF), Anne LECOQ (FEHAP), Guillaume CHESNEL (FEHAP), Sarah BEKHADA (FEHAP), Thierry GODEAU (CNPMECH), Christian DE GAYE (AGHL), Claude DERAÏL (AGHL), Youen CARPO (ANCHL), Franck HILTON (ANCHL), Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ (CDGCHU), Jean-Paul ORTIZ (CSMF), Martine AOUSTIN (CSMF), Virginie BELLOIN (MG France), Pierre-Jean TERNAMIAN (FMF), Philippe VERMESCH (SML).

CNAM : Jean-Philippe ROUX

ANAP : Marc DACLIN, Philippe SAYOUS

ARS : Christine GARDEL (Normandie), Iris TOURNIER (BFC)

DGOS : Stéphanie DECOOPMAN (DGOS), Céline FAYE (SDR), Edith RIOU (SDR5), Elizabeth BOUTTIER (SDR5), Caroline DESBORDES (SDR5), Michel VARROUD-VIAL (DGOS), Aurélie MESSAGE (SDPF1)

1. Déclinaison concrète des missions des hôpitaux de proximité : restitution de la journée de travail avec les établissements pilotes

Edith RIOU revient sur la journée de travail qui a eu lieu au mois d'octobre avec les établissements pilotes. L'objectif était d'échanger autour de la mise en place d'organisations qui concourent à la réalisation des missions des hôpitaux de proximité. Il est précisé qu'il s'agit de retours d'expérience d'établissements de santé. L'équipe projet est également preneuse de témoignages d'acteurs de la ville.

S'il n'y a pas un modèle d'organisation type, les participants sont unanimes sur l'importance de co-construire ces projets avec les acteurs du territoire. Des freins d'ordre administratif et financiers sont également relevés.

REMARQUES

- La **FEHAP** questionne un des retours présentés dans lequel l'établissement constitue l'interface entre la CPTS et le GHT. Elle s'interroge sur le caractère obligatoire des liens entre hôpitaux de proximité (de tous statuts) et GHT.

Il est précisé qu'à ce stade il n'est pas prévu d'obligation d'association, les coopérations avec les établissements de recours et référence étant néanmoins vivement encouragées. Plutôt que d'imposer une formalisation il s'agit davantage de créer les conditions pour que les acteurs aient envie de travailler ensemble autour de projets dont ils sont à l'initiative.

- **La CSMF** réinterroge les objectifs de la réforme et fait part du décalage entre le modèle cible proposé et la réalité du terrain, notamment sur la couverture territoriale des CPTS d'ici 2022. Un enjeu majeur réside dans les modalités de gouvernance de ces établissements si l'on souhaite qu'ils deviennent le lieu de rencontre entre la médecine de ville et la prise en charge hospitalière. La question dépasse les seules relations entre acteurs, il faut s'engager dans une logique de co-construction.

La **DGOS** réaffirme l'objectif du projet qui est bien d'ouvrir l'hôpital de proximité à la médecine de ville. Le préalable à cette réforme a donc été de définir les missions des hôpitaux de proximité, traduites désormais dans la loi. C'est à partir de ce cadre que la gouvernance et le fonctionnement de l'hôpital de proximité doivent être définis.

- **L'AGHL** souhaite qu'on aille plus loin dans l'interaction entre hôpitaux de proximité et CPTS. Pour l'association, la CPTS fait partie de l'hôpital de proximité. Il peut même être un acteur facilitant pour la création des CPTS, qui reste à l'initiative des professionnels. De la même façon il peut créer un lien avec les médecins libéraux et les GHT, dans un rôle d'interface. L'AGHL propose ainsi que dans les GHT il y ait une commission au pouvoir décisionnel sur les problématiques liées à la proximité et où les hôpitaux de proximité sont décisionnaires.
- La **conférence des PCME de CH** souhaite que la réflexion ne se limite pas aux seuls hôpitaux de proximité. Elle adhère à l'idée du point de rencontre entre le monde hospitalier et la médecine libérale. De même, l'exercice mixte est une pratique à développer au-delà de ces établissements. Les missions de proximité doivent être pensées dans tous les établissements, et des bonnes pratiques d'hôpitaux de proximité diffusées aux plus grands hôpitaux. Aussi, il faut des représentants des CPTS et des structures d'exercice libéral dans toutes établissements.
- La **FHF** est favorable à ce que des représentants des CPTS siègent dans les instances des établissements et que de la même façon, des professionnels hospitaliers participent à la gouvernance des CPTS. Elle souhaite que le principe de cette gouvernance croisée soit un minimum institutionnalisé.

La DGOS propose de consacrer la prochaine séance à la question de la gouvernance.

2. Le modèle de financement des hôpitaux de proximité – retour sur la mesure PLFSS 2020

Elizabeth Bouttier revient sur l'article 24 du PLFSS, adopté en première lecture à l'Assemblée. Les différentes évolutions proposées et les éléments qui seront précisés dans le cadre des textes d'application sont exposés. Le texte a reçu un bon accueil auprès des parlementaires, trois points principaux ont fait l'objet de débat : la notion de besoins de la population, la complémentarité

nécessaire avec l'offre libérale s'agissant de la réalisation des consultations et enfin la prise en compte du volume d'activité dans la détermination et la révision de la garantie pluriannuelle de financement.

Une fois le cadre législatif précisé, une discussion s'engage sur les modalités d'application du texte :

- Sur la garantie pluriannuelle de financement, deux approches sont envisageables :
 - La première privilégiant la visibilité et la lisibilité de la garantie, en laissant une part importante aux recettes historiques
 - La seconde, plus déconnectée de l'activité et des recettes historiques, et prenant davantage en compte des critères populationnels et de qualité

Enfin, la DGOS propose de fixer la durée du cycle pluriannuel à trois ans.

- Sur la dotation de responsabilité populationnelle, il est notamment proposé, outre le soutien aux activités socles et à la participation des médecins libéraux dans l'établissement, d'adopter une approche de financement « au projet », pour ce qui relèvent des missions « partagées ». Des indicateurs de qualité du service rendu devront également être définis.

REMARQUES

Sur les modalités de détermination de la garantie:

- **FHF fait part de plusieurs remarques :**
 - Elle demande si une enveloppe est prévue pour accompagner la réforme en 2020 et notamment la remédicalisation d'établissements n'ayant pas de lits de médecine ;
 - Elle se dit favorable à une fixation de la garantie sur 4 ans
 - Elle n'adhère pas à la prise en compte de l'activité dans la fixation de la garantie et se dit davantage favorable à la fixation d'un socle sur la base des ressources existantes, auquel s'ajouterait une enveloppe complémentaire issue de contractualisations, avec une appréciation globale au terme du cycle sur la base du service rendu.
- La **DGOS** précise que des crédits ont bien été intégrés dans la construction de l'ONDAM mais sans engagement à ce stade sur une utilisation fléchée en direction d'établissement ne disposant pas de lits de médecine. Sur l'intégration de l'activité, qui n'a pas vocation à être le cœur du modèle, elle répond au risque de figer cette part socle et de reconstituer un modèle de DAF historique.
- **La conférence des PCME de CH** est favorable à un modèle simple et lisible en première intention. Elle ajoute que l'enjeu est à la fois d'apporter de la sécurité aux établissements tout en restant incitatif. Elle suggère d'avoir une approche transversale dans les modalités de révision.

Sur les modalités de calibrage et de délégation de la dotation de responsabilité territoriale :

Une discussion s'engage sur le degré « d'autonomie » des ARS dans la délégation :

- **La FHP** souligne que plusieurs réformes portent des dimensions populationnelles : des précisions sont à nécessaires sur les objectifs et modalités d'application.

- La **FHF** serait favorable à une répartition territoriale avec une marge de manœuvre ARS sur la base de contractualisation.
- La **FEHAP** adhère à l'approche dynamique et contractualisée, qui rend possible la co-construction entre acteurs.
- **Pour l'ARS Normandie**, il est important en agence de mettre en cohérence les différents projets qui se mettent en place (les projets de santé de la CPTS, les contrats locaux de santé), dans l'identification des besoins et des indicateurs de diagnostic et de suivi associés. La maille de ces indicateurs, homogènes au niveau national, ou régionale doit être discutée.

La **DGOS** précise sur ce point que les mêmes questions sont posées dans le cadre de l'ACI des CPTS : si une dimension locale et territoriale est nécessaire, les acteurs sont également demandeurs de cadrage national.

- Pour la **CSMF**, il est souhaitable qu'il y ait des éléments socles (comme dans l'ACI CPTS) sur les niveaux de financement et certains indicateurs. Une cohérence doit être trouvée entre les indicateurs, les territoires et les niveaux de financement des acteurs. Sur les indicateurs territoriaux, deux facteurs, complexes à construire, devraient être pris en compte : les taux de fuite et la présence des offreurs de soins sur le territoire (et leur évolution dans le temps).
- La **FNEHAD** suggère d'utiliser des indicateurs de parcours, plutôt que de structure, par exemple le taux d'adressage à l'HAD pour le parcours de la personne âgée.
- Sur ce point, l'ARS Normandie précise que les régions sont assez avancées en termes d'indicateurs. L'important est qu'ils puissent répondre à la réalité du projet et du terrain. Dans certains cas, la mesure du recours à l'HAD peut s'avérer intéressante.
- **L'ANCHL** souhaite savoir quelle sera l'articulation entre le CPOM et la délégation des financements. Elle demande également si l'extension d'un soutien à l'exercice mixte des médecins exerçant en centre de santé est envisagé.

Sur le premier point la DGOS précise qu'il paraît cohérent de s'appuyer sur les espaces de dialogue existants. La question du soutien à l'exercice mixte des médecins exerçant en centre de santé pourra être étudiée. Parallèlement, la réforme du statut de praticien hospitalier pourra certainement des modalités d'exercice mixte plus attractive pour ces professionnels.

Sur la base de ces discussions, la DGOS proposera un programme de travail pour l'année 2020 à discuter lors de la prochaine séance.

3. Chantiers labellisation et déploiement – Point d'avancement

Edith Riou rappelle que l'article 35 de la loi OTSS sera complété afin d'indiquer dans quelles conditions une entité géographique d'un établissement multi-sites pourra être labellisé « hôpital de proximité ». Comme tout hôpital de proximité, les entités géographiques devront répondre aux missions et au fonctionnement inscrits au sein de la loi. D'autres critères viendront compléter ce cadre.

Afin de documenter la réalité de la problématique et tester des « types de critères », la DGOS a sollicité par enquête un échantillon d'ARS. Il ressort de ces premiers travaux que les ARS identifient d'ores-et-déjà les sites qui pourraient être concernés, l'objectif étant que ces établissements ne soient pas uniquement des structures d'aval. Parmi les propositions de critères, la « provenance des patients » et l'éloignement géographique par rapport au site support semblent les plus pertinents. C'est davantage la mise en œuvre opérationnelle, en termes de gouvernance et de coexistence de modalités de financement différentes au sein d'un même établissement qui pose questions.

REMARQUES

- La **CSMF** rappelle l'importance des modalités de gouvernance qui seront mises en place au sein des hôpitaux de proximité. Sur la question des entités géographiques, l'indicateur relatif aux modalités d'entrée est fondamental. Il permet de s'assurer que l'hôpital de proximité ne soit pas un lieu de transfert de l'établissement support.
- Pour la **conférence des DG de CHU**, il serait dommage de considérer qu'un hôpital de proximité est obligatoirement éloigné de son entité juridique. Cela amoindrit la portée du dispositif et l'organisation de la proximité.

Pour conclure, **Stéphanie DECOOPMAN** rappelle que les CPTS, ainsi que les GHT sont des objets « en mouvement », que les hôpitaux de proximité viennent également réinterroger. Si l'environnement est instable, c'est également une opportunité pour les mettre en cohérence. Elle rappelle que les hôpitaux de proximité sont une des briques de la structuration des soins de proximité. Ce n'est pas l'unique modèle d'organisation.

La prochaine séance se tiendra le :

Jeudi 16 janvier 2020 de 10h à 12h30 (salle 3275R) au ministère des solidarités et de la santé.