

RESTITUTION GROUPE DE TRAVAIL DU 29 JANVIER 2019

ORGANISATION DE LA JOURNEE

La journée a été organisée en quatre séquences :

- Une **séquence d'introduction** en présence des représentants des établissements conviés, de l'équipe projet et de Thomas DEROCHE, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins et pilote du projet. Une restitution de l'enquête préparatoire a été présentée aux établissements et un tour de table des premières impressions a été fait.
- Deux **ateliers de travail** en sous-groupes ont été animés par l'équipe projet avec les établissements pilotes. Les échanges ont porté sur la notion de « services de proximité » sur la base de deux exemples :
 - La prise en charge de la personne âgée
 - Le parcours du patient atteint de diabète

En s'interrogeant sur les activités effectuées, les intervenants et leurs interactions dans le cadre de ces prises en charges en proximité, l'objectif était d'amorcer une discussion sur ce qui relève des « missions socles », des « missions optionnelles » et des « missions partagées » des hôpitaux de proximité.

- Deux **temps d'échanges** en sous-groupes avec des pilotes de projets « Ma santé 2022 » :
 - « La place de l'hôpital dans la structuration des soins de proximité » avec Eve ROBERT et Nathalie SCHNEIDER de la Mission plan égal accès aux soins, notamment en charge du projet sur les CPTS.

Des établissements très attentifs à la constitution des CPTS sur leur territoire et bien souvent associés spontanément par les acteurs de la ville dans le montage des projets de santé.

- « La prise en charge de la personne âgée en proximité et le rôle des SSR dans les services de proximité » avec Martine SERVAT cheffe de la mission SSR et Anne-Noëlle MACHU, rapporteur de l'atelier « Hôpital et personnes âgées » de la Mission LIBAULT.

La proximité renforcerait les missions de bilan d'évaluation, prévention, éducation thérapeutique, accompagnement des aidants, coordination-orientation des établissements et notamment des SSR « autonomes ». Pour ces derniers le lien avec ces actions et les mentions (spécialisés ou non) n'est pas immédiat (activité hors les murs notamment). La notion de territoire dans le déploiement de ces missions ferait davantage sens. Concernant la prise en charge de la personne âgée, les établissements auraient un rôle important dans les dispositifs d'appui à la coordination et notamment dans le travail collaboratif nécessaire au montage d'un projet de territoire incluant l'hôpital, les acteurs de la ville et du médico-social.

Projet Hôpitaux de proximité

Pour toute question contactez l'équipe projet : edith.riou@sante.gouv.fr ou elizabeth.bouttier@sante.gouv.fr

- Une **séquence de conclusion** en présence des représentants des établissements, de l'équipe projet et de Thomas DEROCHE dont le but était de présenter une première restitution des échanges de la journée.

PRINCIPAUX RETOURS DES ATELIERS

- Les prises en charge en proximité nécessitent une **multiplicité d'interventions** et **d'intervenants aux compétences variées**. Leur organisation peut prendre des modalités différentes.
- Le suivi par le médecin traitant et l'accès à des consultations de spécialités sont spontanément identifiées comme le premier besoin à couvrir.
- L'établissement n'est pas cité en premier mais il intervient à divers moments du parcours : bilan (HDJ notamment), consultations avancées, actions préventives, hospitalisations complètes... Ces prises en charge s'inscrivent généralement dans **la durée** en opposition avec des hospitalisations dites « de passage ».

Sur la question du rôle des hôpitaux de proximité dans ces parcours les termes évoqués sont les suivants :

- « un facilitateur de parcours »
- « pivot entre la ville et l'hôpital », « porte d'entrée dans le système de santé »
- « accès à une expertise »
- « appui au premier recours »
- « propose une solution adaptée au besoin qui se présente ».

La singularité de l'hôpital parmi les intervenants de proximité porte sur trois points principaux :

- Acteur de l'hospitalisation (complète ou de jour) : mise en avant des compétences hospitalières, bilans, rôle de « premier filtre », surveillance, permanence (accueil 365 jours/an)
- Mise en place de consultations avancées (avec un enjeu identifié autour de la télémédecine).
- La capacité à développer une activité hors les murs (avec la notion d'équipes mobiles, mais pas uniquement).

La notion de gradation des soins hospitaliers est très présente dans l'identification du rôle de l'hôpital de proximité, qui s'assure qu'il n'y a pas de perte de chance pour le patient.

ENSEIGNEMENTS

Ces premiers échanges ont confirmé les pistes de travail envisagées par la DGOS.

Ils confirment tout d'abord que malgré des histoires et des statuts différents, les établissements se reconnaissent dans le modèle cible d'un hôpital de proximité, « *membre d'un collectif de proximité et premier niveau de la gradation des soins hospitaliers* ». **La notion d'hôpital de proximité renvoie à une réelle identité.**

Ensuite, l'**intégration sur le territoire** apparaît comme un **élément fondamental de la définition** de ce qu'est, ce que doit être, un hôpital de proximité et de ses missions. La notion de territoire est ici entendue au sens large : population et besoins spécifiques, présence ou absence d'offres de soins, dimension géographique.

Ce qui réunit les hôpitaux de proximité :

Tout d'abord ces établissements présentent un **fonctionnement spécifique**, une certaine agilité qui leur permet de proposer des solutions adaptées aux besoins de santé qui se présentent. Ils apportent ainsi une réponse, notamment dans la dimension amont et aval, en coopérant avec les acteurs du premier recours, les autres acteurs hospitaliers et les acteurs de médico-social et du social. Cette réactivité est facilitée par les nombreux partenariats qu'ils établissent sur leur territoire.

Ils se caractérisent ensuite par une **relation au patient particulière**. En effet, la récurrence du soin induit une connaissance du patient, de son entourage et des professionnels de santé qui assurent son suivi. Cette connaissance de l'environnement induit une approche globalisée de la prise en charge. L'hôpital de proximité active les compétences requises dans les champs sanitaires, médico-social ou social pour proposer une réponse adaptée au besoin du patient. Elles sont présentes en son sein ou sur le territoire. Ces établissements apparaissent ainsi comme ayant un « temps d'avance » dans la mise en place d'organisations décloisonnées.

Enfin, les hôpitaux de proximité se définissent aussi par une **relation à la population particulière**. Est en effet souvent évoquée la mise en place d'actions « non rentables » en réponse à des besoins de la population qui dépassent la prise en charge hospitalière de la patientèle (actions de prévention, mise en place de consultations avancées ou non programmées).

Certains sujets ont été identifiés comme devant faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre des travaux sur les hôpitaux de proximité :

- Un besoin de souplesse a été exprimé dans le cadre de la définition des missions optionnelles
- La réponse aux besoins de soins non programmés est un réel enjeu sur les territoires desservis par les établissements
- L'action des centres périnataux de proximité mériterait d'être valorisée
- L'identification et la mise en place de leviers d'attractivité médicale, tels que l'exercice partagé ou la formation des internes en médecine générale sont indispensables pour renforcer les hôpitaux de proximité
- Des facilités de partenariats, notamment quand l'hôpital de proximité est intégré à un GHT, devraient également être envisagées.

Prochaine séance : jeudi 21 février de 10h à 16h- Salle 334R

Ministère des affaires sociales et des solidarités-14 avenue Duquesne- 75007 Paris