

## Vision et position de la FHF sur les « Hôpitaux de proximité »

Les Hôpitaux de proximité, largement répartis dans les territoires essentiellement ruraux, sont un acteur primordial de l'hospitalisation publique, en assurant un maillage essentiel pour un accès aux soins, à la charnière entre le premier et le second recours.

C'est pourquoi **la FHF soutient une vision ambitieuse de l'hôpital de proximité**, qui est tout à la fois :

- Un acteur de santé qui peut **porter et soutenir des actions dans le domaine des soins, de de la santé publique et de la prévention, et de la formation des professions médicales et paramédicales.**
- Un support essentiel à la **gradation des soins au sein des Groupements Hospitaliers de territoire**
- Un **lien naturel, sur les bassins de vie, avec les professionnels de santé de « premier recours »**, essentiellement libéraux
- Un **service public indispensable** au service de nos concitoyens, notamment âgés et/ou en situation de fragilité sociale, particulièrement dans les zones rurales.

---

Le Décret 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement a permis la reconnaissance du caractère spécifique des hôpitaux de proximité, en précisant leurs missions, et en instituant des modalités de financement spécifiques qui mixent dotation forfaitaire et tarification à l'activité.

247 établissements (en juin 2018) bénéficient de cette reconnaissance, en répondant à des critères relativement restrictifs : existence d'une activité exclusive de médecine, seuil maximal de 5500 séjours/an, implantation dans un territoire isolé et rural (densité <150h/km<sup>2</sup>) répondant à des critères de fragilité (taux de population âgée, ou en situation de précarité, densité médicale faible).

Cependant on estime à plus de 500 les établissements puisque de nombreux établissements, qui sont tant des ex-hôpitaux locaux (statut créé par loi du 31/12/1970 et supprimé par la loi HPST du 21/07/2009) que des Centres Hospitaliers qui ont perdu des activités de Chirurgie ou d'Obstétrique, ont des caractéristiques qui leur permettent d'assurer un rôle d'Hôpital de proximité.

Toutefois la méconnaissance de leur apport à la structuration des parcours de soins des patients, les difficultés financières, ou les problématiques de démographie médicale, conduisent à des décisions, prises par les ARS, de fermetures de lits de médecine ou de SSR, et à la transformation en EHPAD.

Cette situation est tout à fait paradoxale, alors que les pouvoirs publics préconisent une vision décloisonnée, notamment entre la médecine libérale et l'hôpital, des parcours de soins, et pour les médecins libéraux un exercice de la médecine basé sur des structures d'exercice regroupé.

Pour ces raisons, la FHF porte dans le cadre de la Stratégie de transformation du système de santé, un renouveau de l'hôpital de proximité.

Elle a constitué, à cet effet, un groupe de travail qui rassemble des professionnels issus des hôpitaux de proximité (médecins à statuts salarié ou libéral, Directeurs, notamment) et des établissements de second recours.

### **1. L'hôpital de proximité » au carrefour du « premier recours » et du « second recours » : missions et enjeux.**

Le décret du 20 mai 2006 pose les bases des missions de l'hôpital de proximité, en disposant qu'il « contribue à l'amélioration du parcours du patient en lien avec les autres acteurs de santé » c'est à dire les professionnels de premier recours en premier lieu les médecins libéraux, dont certains interviennent en son sein, les établissements de santé de second recours, les EHPAD, SSIAD ou HAD... Par ailleurs, l'hôpital de proximité, en participant à la coordination du parcours des patients, doit éviter les ruptures de prise en charge, et « les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces ».

La FHF est en plein accord avec ces dispositions. Elle ne peut cependant que constater, alors que la loi de modernisation de santé et le pacte territoire, priorisent la dimension territoriale, et souhaitent favoriser une médecine de premier recours organisée, avec en particulier le développement d'équipes de soins primaires (ESP), et de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'hôpital de proximité est, comme il l'a été depuis de nombreuses années, ignoré des politiques publiques, et notamment des Projets Régionaux de santé arrêtés par les ARS.

L'hôpital de proximité est cependant un maillon indispensable entre le premier et le second recours, dont la distinction est souvent artificielle et délétère pour la continuité des parcours :

- En premier lieu, sur l'hôpital de proximité est l'interlocuteur naturel des professionnels de santé exerçant sur un bassin de vie, dont la structuration, à travers les différents modes d'exercice regroupé et les CPTS permet le développement d'actions communes, fortement stimulées si l'exercice mixte salarié/ libéral est favorisé
- En second lieu, l'appartenance de l'hôpital au GHT est essentielle pour renforcer le lien de celui-ci avec les territoires de proximité : il a vocation à être l'un des ponts à renforcer entre un territoire de GHT dimensionné souvent de manière large pour coordonner les plateaux techniques, et le bassin de vie, base de l'organisation du premier recours : il permettra l'ouverture du GHT vers la proximité, à l'inverse une porte d'entrée locale vers la médecine spécialisée et le plateau technique

En conséquence la FHF préconise un fort élargissement des missions des hôpitaux de proximité, qui s'inscriront dans l'exigence de coordination avec le territoire de second recours du GHT, et le territoire de premier recours de la CPTS :

- Les hôpitaux de proximité ont vocation à devenir un **carrefour de prestations professionnelles multimodales**, entre l'hôpital doté d'un plateau technique, et les structures d'exercice coordonné : hôpital de jour pour bilans ou suivis, consultations avancées de spécialistes, équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, pathologies chroniques...), plateau technique de proximité le cas échéant (imagerie et biologie décentralisées, explorations fonctionnelles sans anesthésie.
- De même, l'hôpital de proximité peut être **doté de moyens logistiques favorisant la coordination des professionnels**, les échanges de pratiques, les staffs, le soutien d'équipe, la recherche sur les soins primaires dans le cadre d'un véritable Agora de santé, non exclusif à un mode d'exercice : il devra dans ce cadre être doté d'une plateforme de télémédecine ouverte aux professionnels du territoire.
- Les hôpitaux de proximité doivent être **un lieu « d'interopérabilité » des carrières et des modes d'exercice médical**, où se rencontrent praticiens hospitaliers à temps plein ou partiel, praticiens libéraux, en statut libéral exclusif ou en exercice mixte
- Dans ce cadre, **ils représentent des lieux de formation initiale et continue** indispensables pour les jeunes médecins et paramédicaux, en couplant stages en milieu ambulatoire et en milieu hospitalier, sans discontinuité sur un mode d'exercice alternant pratique individuelle et d'équipe.
- Parallèlement, l'hôpital de proximité peut être propice, comme le sont les structures d'exercice coordonné libérales, à **des pratiques avancées** pour les professionnels paramédicaux.
- Le rôle charnière de l'hôpital de proximité lui donne une fonction, non exclusive puisqu'elle s'exerce en lien avec ses partenaires, de **gestion des parcours de soins**,

dans son bassin de vie, et vers le second recours. Il se coordonnera à ce titre avec les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), et l'ensemble des structures sociales et médico-sociales. Dans ce cadre, et parce qu'il est doté de moyens adaptés pour le diagnostic et l'hospitalisation, puisqu'il assure H24 la continuité des soins médicaux et paramédicaux, parce qu'il est en lien avec le second recours, notamment par télémédecine, il peut éviter des recours inutiles, coûteux et dommageables aux services spécialisés et aux urgences.

- Le suivi des pathologies chroniques au domicile est un enjeu majeur : l'hôpital de proximité peut participer à dresser des ponts entre tous les acteurs, que ce soit pour des évaluations programmées et concertées, et/ou par des suivis longitudinaux avec les NTIC.
- Enfin, il faut souligner le rôle de « recours local » de l'Hôpital de proximité, en tant que structure sanitaire disposant de moyens et de compétences sanitaires, pour les établissements médico-sociaux de son territoire, confrontés à la grande perte d'autonomie, aux fins de vie voire à des pathologies nécessitant présence infirmière, possibilité d'intervention d'un médecin en permanence. Par ailleurs l'hôpital de proximité peut être un « intégrateur », en lien avec ses partenaires, des actions autour des professionnels au domicile (SSIAD, HAD, CCIAS, auxiliaires de vie, portage de repas...).

Parallèlement, et en fonction des caractéristiques de son territoire et des besoins, l'hôpital de proximité pourra exercer des missions complémentaires : siège de SMUR en cas d'éloignement excessif, lieu de Consultations de Médecins Générale non programmées, si la démographie médicale libérale l'exige etc.

Cet élargissement des missions doit être couplé avec une réflexion sur l'élargissement de la notion de « territoire de proximité » : la sous-densité médicale et les difficultés d'accès aux soins frappent non seulement les zones rurales, mais aussi certaines zones péri-urbaines défavorisées, sur lesquelles de telles missions de service public doivent pouvoir s'exercer.

## **2. Les propositions de la FHF**

La Stratégie de Transformation du Système de Santé ne peut « oublier » l'hôpital de proximité. Elle doit élargir ses missions et lui permettre de développer des projets avec ses partenaires :

**Proposition 1 : les politiques publiques doivent prioriser la revitalisation du tissu des hôpitaux de proximité.**

Ceci passe en particulier :

- Par un élargissement des critères d'éligibilité au statut d'HP (critères géographiques mais aussi critères d'activité). A titre d'exemple, un établissement doté de structures sanitaires hors médecine, telles que SSR polyvalent, devrait pouvoir y accéder, sous réserve de développer des activités médicales par dérogation aux critères d'autorisation : hôpital de jour de médecine, consultations, hébergement dérogatoire mais organisé de patients médicaux en SSR.
- Par l'ouverture, dans chaque région de discussions spécifiques sur l'hôpital de proximité : bilan de situation, perspectives d'évolution, actions à mener en vue d'intégration de mesures dans le PRS, ciblage d'une partie du FIR sur l'Hôpital de proximité.
- Par le rétablissement, si cela est nécessaire après évaluation des besoins et des ressources, de capacités sanitaires dans des Ex-Hôpitaux locaux transformés en EHPAD.
- Par le renforcement, sur la base de projets locaux s'inscrivant dans le PMP des GHT, de capacités en lits de médecine ou SSR.
- Par la mise en œuvre d'un appel à projets spécifique pour des expérimentations dans les territoires, dans le cadre d'un mécanisme similaire à celui de l'article 51 LFSS.
- Par un allègement de certaines procédures et normes, aujourd'hui équivalentes à celles des établissements publics de santé les plus importants.

**Proposition 2 : la question des ressources humaines** est essentielle. Souvent perçus comme des « hôpitaux de second rang » définis par les activités qu'ils n'exercent pas (plateau technique...), les hôpitaux de proximité sont au contraire le lieu d'un exercice de la médecine essentiellement clinique et moins technique, intégrant une dimension adaptée aux patients poly-pathologiques âgés et/ou aux patients atteints de pathologies chroniques et ainsi très formateur pour les étudiants. A ce titre l'hôpital de proximité doit bénéficier de mécanismes incitatifs :

- Pour devenir un lieu de formation attractif pour les médecins et les paramédicaux : en particulier, les « maquettes de formation » doivent y prévoir explicitement des stages, qui, dans le cadre de stages mixtes, pourront être organisés en alternance avec les stages en milieu libéral. Cette mesure est essentielle, tout à fait compatible avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales.
- Un post internat spécifique pourrait être envisagé : il répond aux besoins des territoires, en incitant de jeunes médecins à sécuriser leur installation sur la base d'un statut salarié, prélude à un exercice mixte à l'hôpital et en ville.
- L'hôpital de proximité est le lieu de rencontre de médecins en salariat exclusif (Praticiens Hospitaliers) et de médecins en exercice mixte (PH temps partiel, Attachés,

Médecins libéraux liés par convention avec l'Hôpital Public. Il est nécessaire de pérenniser cette diversité, et d'envisager la réforme du statut du médecin libéral à l'hôpital, pour le rendre plus attractif, répondant en cela à l'aspiration de nombre de médecins de conserver un exercice mixte.

- Il convient également de faciliter les passerelles et pour ce faire de reprendre l'ancienneté d'un médecin ayant eu une activité libérale en ville lorsqu'il décide de poursuivre son exercice médical à l'hôpital public. Il s'agit concrètement de revoir les modalités du concours de praticien hospitalier ; de supprimer le plafond de rémunération au 4ème échelon +10% lorsque le médecin recruté sous contrat justifie d'une expérience suffisante et de reconnaître les acquis de l'expérience, au titre d'une reprise d'ancienneté, lors de l'entrée dans une carrière hospitalière.
- Pour les professions paramédicales, notamment masseurs kinésithérapeutes et orthophonistes, l'attractivité repose également sur l'exercice mixte et sa revalorisation, comme la possibilité de titularisation sur des emplois à temps non complet.
- Pour les Infirmières en particulier, elle peut également être générée par la généralisation des pratiques avancées, très adaptées à ce type de structure très souple.
- La question des conditions de travail est récurrente : en particulier, l'obligation de continuité des soins fait reposer sur des effectifs limités une obligation de présence médicale H24 : des mécanismes innovants doivent être envisagés pour « territorialiser cette obligation, en coordination avec les hôpitaux du GHT, mais aussi avec la permanence des soins ambulatoires (PDSA). L'utilisation d'outils de télémédecine peut être encouragée à cet effet.

### **Proposition 3 : le modèle économique des Hôpitaux de proximité doit être évalué**

Les dispositions issues du décret de 2016 ont permis des avancées, mais qui ne sont que partielles :

- Un mécanisme vertueux n'a pu complètement s'enclencher, car l'enveloppe globale dévolue aux hôpitaux de proximité reste limitée, alors qu'elle représente une part infinitésimale de l'enveloppe des Etablissements de Santé.
- Les activités de SSR sont pénalisées par l'absence de volontarisme pour accélérer la réforme de la tarification de cette activité.
- Les missions de coordination, de suivi des patients, dévaluation de l'état de santé de la population, de prévention doivent être financées sur des enveloppes pérennes.

- La question du financement de l'investissement reste posée pour des établissements de taille modeste.

Ceci intervient par ailleurs dans un contexte tendu en ce qui concerne le financement des activités médico-sociales, largement déployées dans les Hôpitaux de proximité.

Il convient donc d'évaluer ces dispositions, d'étendre le champ de leur application à plus d'établissements, et de tenir compte de la nécessité de financer de manière pérenne de nouvelles missions.