

# Gouvernance des hôpitaux de proximité

## Contribution de la FHP

Dans le cadre des travaux engagés au sein du Comité de concertation « Hôpitaux de proximité », la FHP a été sollicitée par la DGOS pour recueillir son avis et ses attentes sur la gouvernance des futurs hôpitaux de proximité. L'objectif est de définir un cadre opérationnel de formalisation de l'organisation des missions assurées entre les acteurs de ville et les hôpitaux de proximité.

La FHP avait fait part à la DGOS le 14 juin dernier, par mail, de deux grands principes défendus sur la gouvernance, à savoir :

- Une gouvernance spécifique des hôpitaux de proximité, indépendante et autonome de la gouvernance des GHT,
- Une CME propre et indépendante, disjointe de la CME du GHT. Un représentant de la CPTS, ou à défaut des URPS, doit être membre de droit de la CME des hôpitaux de proximité.

La FHP partage la nécessité portée par plusieurs établissements « pilotes » de privilégier une certaine souplesse dans l'architecture de la gouvernance afin de pouvoir s'adapter aux contextes locaux. Il s'agit d'avoir un cadre général souple qui n'empêche pas de s'adapter aux besoins spécifiques de chaque territoire en prenant en compte l'offre déjà existante. Par exemple, il peut y avoir un territoire dans lequel il y aurait seulement un établissement exerçant la seule activité de SSR qui pourrait organiser les missions d'hôpital de proximité. L'approche doit être pragmatique et opérationnelle.

S'agissant de la contribution attendue par la DGOS, la position de la FHP est la suivante :

### **1. Sur quel type de projet, hôpital de proximité et CPTS devront s'articuler (exemples, écueils à éviter...)?**

Hôpitaux de proximité et CPTS devront s'articuler sur le projet territorial de santé et les projets médicaux comportant des axes communs. Un travail d'articulation entre les projets devra être mené, en priorité sur l'accès aux soins primaires et aux consultations spécialisées, ainsi que sur les projets prévention, éducation à la santé.

Les missions prioritaires des CPTS sont : les missions d'accès aux soins et, plus particulièrement l'accès aux soins non programmés. L'hôpital de proximité doit s'articuler avec les CPTS afin de garantir la continuité des soins avec la ville et la complémentarité en termes de gardes ou astreintes.

Il est important que le projet médical de l'hôpital de proximité soit issu de la concertation avec la ville et la CPTS. Quand un hôpital de proximité est public, son projet médical ne peut pas être dicté par le GHT. En effet, l'hôpital de proximité devra s'articuler avec les établissements présents sur le territoire, quels que soient leur statut et leurs activités.

Il est à noter qu'un hôpital de proximité peut être amené à travailler avec plusieurs CPTS sur un territoire. Cette situation doit être prise en compte.

La FHP attire l'attention de la DGOS sur le risque de doublons de missions déjà financées pour les CPTS. Les missions des hôpitaux de proximité sont en effet proches de celles que les CPTS seront amenées à organiser, telles que l'accès aux soins, les parcours, la prévention. La FHP demande la garantie de non-cumul des financements de la coordination.

S'agissant de la coordination, l'hôpital de proximité ainsi que les CPTS ne doivent pas en être les seuls acteurs. Les établissements de santé, autres acteurs majeurs au sein des territoires et ce, quel que soit leur statut, ont également un rôle important à jouer dans la coordination des prises en charge, des parcours et des professionnels de santé.

Enfin, la FHP craint une tentation de mainmise des GHT sur les projets lorsque l'hôpital de proximité est public, en attendant que les CPTS se constituent.

## **2. Existe-t-il des leviers, incitatifs ou obligatoires, à mettre en place pour favoriser le rapprochement des acteurs ? Quel degré d'institutionnalisation doit-on donner aux rapports entre l'offre de ville et l'hôpital de proximité ?**

Une articulation est à trouver entre les financements mobilisables : le financement de l'hôpital de proximité, celui des CPTS dans le cadre de l'accord conventionnel, le financement de la PDSA, le financement de la prévention dans le cadre des FIR, ainsi que d'autres à imaginer en fonction des situations.

Des incitations financières ou fiscales pourraient être mises en place, sur la base d'un rapprochement effectif et pérenne des acteurs. Nous pouvons évoquer la création de financement par projet avec des obligations de participation coordonnée de la CPTS et de l'hôpital de proximité pour faire travailler en commun les acteurs des deux parties.

La FHP prône la mobilisation d'une CME élargie CME, et non pas du conseil de surveillance qui n'existe pas dans le secteur privé, pour y traiter des axes communs. Il s'agit ainsi de s'appuyer sur une instance existante et de ne pas créer d'instance supplémentaire. La création d'instances seraient incompatibles avec la disponibilité des acteurs de la ville. Il est indispensable de favoriser la flexibilité de fonctionnement, particulièrement dans les zones sinistrées en démographie médicale.

La CME des hôpitaux de proximité doit être propre et indépendante, disjointe de la CME du GHT quand il s'agit d'un hôpital de proximité public. Un représentant de la ou des CPTS, ou à défaut des URPS, doit être membre de droit de la CME des hôpitaux de proximité. Une vigilance doit être portée sur la composition de la CME qui est strictement médicale.

Pour assurer les quatre missions détaillées par l'article L. 6111-3-1 du CSP, les hôpitaux de proximité doivent prendre en compte les projets de santé des CPTS et agir en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile. Etre à la gouvernance des hôpitaux de proximité est la meilleure garantie pour les acteurs du territoire que l'hôpital de proximité travaillera en ce sens.

Il pourrait être envisagé une voix consultative réciproque de l'hôpital de proximité dans les projets des CPTS et de la CPTS dans les projets de l'hôpital. Chacun devant garder son autonomie propre, tout en privilégiant la consultation qui doit être la règle.

Plus spécifiquement, les établissements SSR, qui assurent d'ores-et-déjà une prise en charge coordonnée des patients dans une logique de parcours et qui favorisent le retour à l'autonomie, doivent avoir un rôle identique à celui de l'hôpital de proximité dans le rapprochement des acteurs du territoire.

La Commission médicale de groupement des GHT et les CPTS ne doivent pas être les instances dirigeantes du territoire, en étant à la gouvernance de l'hôpital de proximité. Cela reviendrait à exclure les établissements de santé non labellisés « hôpitaux de proximité » tels que les établissements ne disposant que d'une autorisation SSR ou d'autres établissements d'autres activités. Une réflexion doit être conduite afin d'intégrer l'ensemble des acteurs d'un territoire dans la réponse aux besoins de santé de la population.

## **3. Comment favoriser l'adhésion des acteurs de la ville, notamment lorsqu'ils ne sont pas encore constitués en CPTS ?**

En cas de non-constitution de CPTS, un représentant des URPS doit être membre de droit de la CME des hôpitaux de proximité.

D'autres mesures peuvent être développées par l'hôpital de proximité afin de favoriser le rapprochement et l'adhésion des acteurs de la ville :

- Le soulagement des charges quotidiennes des acteurs de la ville, spécifiquement dans les zones déficitaires
- L'organisation commune de la gestion des soins non programmés, des parcours et coordination des soins, conduisant à une amélioration de la prise en charge des patients
- La mise à disposition de locaux
- L'investissement et la mise à disposition de matériels
- L'accès aux dispositifs de formation de l'établissement
- La mise à disposition de fonctions support, telles que le système d'information. Cela implique une réflexion sur les interfaces des process métier / SI interopérables.
- L'analyse de la qualité des soins et des parcours avec des retours d'expérience des projets pilotes
- L'amélioration de la qualité de travail et de la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle facilitée par l'hôpital de proximité dès que possible.

La gestion de la prévention en santé demande un investissement en temps de conception, de réalisation des actions d'information et de formation que les professionnels de santé n'ont plus dans l'exercice en ville. Les hôpitaux de proximité sont susceptibles d'être de réels acteurs dans ce domaine, proches de la ville et riche de leurs intervenants pluridisciplinaires.

Les établissements de santé, notamment les établissements de SSR, peuvent décharger les professionnels libéraux sur des tâches complexes, telles que la prévention, les soins techniques, l'éducation thérapeutique et la coordination des parcours) et mettre au service de ces professionnels les hospitalisations de jour (HDJ), voire mixer des équipes mobiles avec les acteurs de ville.

Enfin, les établissements de santé peuvent être les vecteurs de la constitution des CPTS. Ils peuvent en effet appuyer et aider les professionnels de ville dans ce projet.

#### **4. Quels sont les domaines pour lesquels il existe un besoin d'autonomie de l'hôpital de proximité public par rapport au GHT ?**

Comme susmentionné, la FHP prône une gouvernance spécifique des hôpitaux de proximité, indépendante et autonome de la gouvernance des GHT afin :

- d'organiser un lien non biaisé avec les CPTS
- de pouvoir faire évoluer le modèle de façon souple
- de pouvoir faire travailler l'hospitalisation privée en coopération, essentiel pour les filières et les parcours d'aval.

La FHP sera vigilante concernant d'éventuelles tentations du « tout GHT centré » avec notamment la mise en place de filières excluant les établissements privés de santé. Sur les territoires, peu de GHT ont associé de manière effective les hôpitaux et cliniques privés à l'élaboration des projets médicaux partagés, allant à l'encontre des textes concernant les établissements HAD privés.

Le rattachement des hôpitaux de proximité publics aux GHT revêt une logique d'organisation de filières publiques, qui conduirait à bas bruit à la latéralisation des établissements de santé privés présents sur le territoire, au détriment du libre choix du patient et de la qualité/pertinence de la prise en charge.

Les GHT ne doivent pas être l'alpha et l'oméga de l'organisation territoriale des soins. Il convient pour cela d'envisager des garde-fous de façon à faire prévaloir les droits du patient (libre choix) et la qualité / pertinence de la prise en charge (indicateurs qualité, distance pour le patient) sur des effets de conventions intra-GHT dont l'objectif serait d'augmenter les files actives des établissements publics.

Dans une période de forte contrainte financière, la FHP ne souhaite pas que des créations d'hôpital de proximité ou des soutiens artificiels d'activité dans le public soient faits. Il faut s'appuyer sur les établissements existants quel que soit leur statut.

## 5. Quelles sont les spécificités dans la gouvernance des établissements du secteur privé à prendre en compte dans le renforcement du lien ville/hôpital de proximité ?

Un chiffre-clé tout d'abord : 88% des médecins qui exercent au sein des cliniques et hôpitaux privés sont des médecins libéraux. Il y a, en cela, une particularité du modèle de relation médecin/établissement du secteur privé.

Nous observons des modèles de gouvernance très variables en fonction de la taille des structures, de l'appartenance à un groupe national ou non, de la typologie des actionnaires (médecins ou actionariat financier). La gouvernance des établissements du secteur privé est plus ou moins médicalisée.

Envisager une instance de conseil de surveillance ne prend pas en compte les spécificités des établissements privés qui disposent, selon les structures, d'un conseil d'administration, d'un directoire...

Le lien entre la ville et l'hôpital de proximité ne peut se construire de façon qualitative sans la participation des médecins de l'établissement qui sont prescripteurs. L'animation d'un espace de dialogue est une nécessité. Le développement de Conférences Médicales d'Établissements (CME) pleinement en capacité d'organiser avec les directions d'établissements le dialogue avec le corps médical, est un enjeu essentiel. L'existence de répertoire de ressources est un levier qui peut s'avérer un outil utile pour améliorer la lisibilité de l'offre.

Les relations ville-hôpital reposent beaucoup sur des relations interpersonnelles, facteur difficile à dépasser dans des zones « sous-denses » ou « isolées ». La réalité du terrain prévaut sur les efforts institutionnels dans de nombreuses territoires.

Plus spécifiquement, dans les établissements de SSR privés, trois caractéristiques permettent d'envisager une adaptation des offres aux besoins de la ou les CPTS :

- La souplesse de la gouvernance et l'adaptabilité qui en résulte ;
- La culture de la prise en charge globale de la personne proche de celle de l'exercice en ville, avec la présence d'une équipe pluridisciplinaire susceptible de répondre aux différents aspects de cette prise en charge : soins, rééducation, réadaptation ou social ;
- Le salariat d'une majorité de professionnels de santé qui peuvent investir dans la conception de programmes de prévention ou éducation, complémentaires de l'action de la médecine de ville.