

# Hôpital de Proximité : 3 ans après les premières nominations quelles leçons en tirer ?

Dans le contexte du projet de loi Ma Santé 2022, la réorganisation des territoires de santé vise à labelliser 500 établissements comme Hôpitaux de proximité d'ici 2022. Avant de connaître les modalités exactes de cette labellisation, essayons de comprendre et d'analyser ce qu'implique d'être passé Hôpital de proximité depuis 2016. L'étude se basera ici sur l'expérience du CH Pithiviers, qui comme les nombreux futurs établissements potentiels, a connu le passage Hôpital de proximité.

**Nathalie PROCUREUR**

Directrice déléguée du CH de Pithiviers

**Pierre DAGEN**

Associate manager GovHe

**Céline BRUELLE**

Consultante GovHe

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ HdP SELON LE DÉCRET DU 20 MAI 2016

CRITÈRES OBLIGATOIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

- ◆ Détenir une autorisation en médecine délivrée par l'ARS
- ◆ Ne pas avoir d'autorisation en chirurgie ou en obstétrique
- ◆ Avoir une activité inférieure à 5500 séjours de médecine

CRITÈRES OBLIGATOIRES DU TERRITOIRE  
(2 SUR 4 À VALIDER)

- ◆ Part de la population âgée de plus de 75 ans > à 9 %
- ◆ Part de la population en dessous du seuil de pauvreté > 14,3 %
- ◆ Ruralité avec une densité de population < à 150 personnes / km<sup>2</sup>
- ◆ Part des médecins généralistes < à 99 / 100 000 habitants

(1) Les hôpitaux de proximité : définition et financement. Jean-Claude Delnatte - Finances Hospitalières n° 104 - Juillet 2016

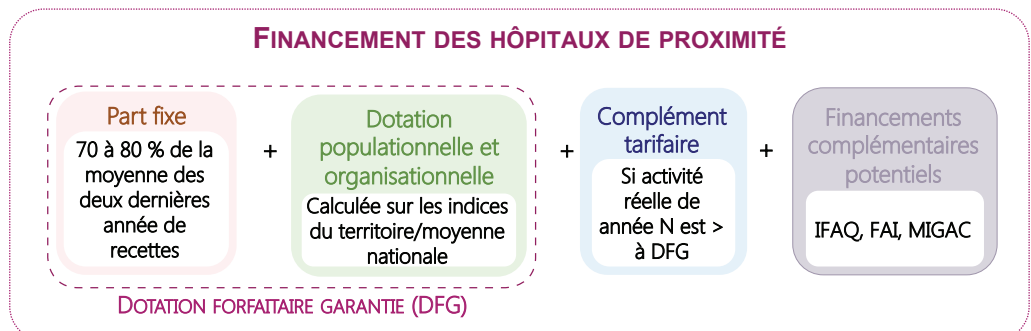
Le décret du 20 mai 2016<sup>1</sup> a permis la nomination de 243 hôpitaux de proximité (HdP). Erigés en porte d'entrée des filières de soins pour les territoires fragilisés, ce modèle est dynamique puisque les autorités révisent la liste chaque année et les établissements ont le choix de conserver ou non ce label au bout de deux ans. L'appellation « hôpital de proximité » ne désigne donc pas le statut définitif d'un établissement, mais renvoie à des modalités de financement et à des missions spécifiques pour le territoire. Ces deux modalités vont ici servir de grille d'analyse du modèle.

C'est dans ce cadre que le CH de Pithiviers (CHP) est nommé HdP le 4 mai 2017. Le CH possédait historiquement un service de médecine, un pôle gériatrique, une maternité et des établissements médico-sociaux mais il a perdu son activité d'obstétrique en juin 2016 à la suite d'un déficit d'activité trop important. La possibilité de devenir hôpital de proximité lui a été présentée l'année suivante. Le changement était de taille pour l'hôpital, qui se confrontait à un changement de culture de l'établissement. Le défi était de s'organiser afin de répondre aux missions de l'hôpital de proximité selon un nouveau mode d'exercice : la proximité et le territoire. Son expérience va ici nous aider à mettre le modèle en perspective.

## UN MODÈLE DE FINANCEMENT : ENTRE OPPORTUNITÉ ET SÉCURITÉ TRANSITOIRE

La compréhension de la structure de financement des hôpitaux de proximité est essentielle à la bonne appréhension de son impact sur les établissements.

FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ



La structure du financement comprend donc une source de revenu garantie, basée sur l'activité antérieure, et deux sources de revenus potentielles, basée sur l'activité actuelle.

La DFG repose sur les recettes des deux dernières années de l'activité MCO (valorisation T2A ou DAF pour les ex-HL). Ainsi selon l'historique de l'établissement, les deux premières années de DFG pourront comprendre des recettes liées à une ancienne activité chirurgie ou obstétrique mais, avec la seule activité de médecine autorisée, elle se fondera au fur et à mesure uniquement sur l'activité médecine. La DFG est réévaluée chaque année donc si cette activité diminue, la DFG diminuera également. L'activité de médecine représente ainsi la clé de voûte du financement des hôpitaux de proximité.

La modulation à l'activité est alors essentielle et la structure même du financement de l'hôpital de proximité permet finalement aux établissements :

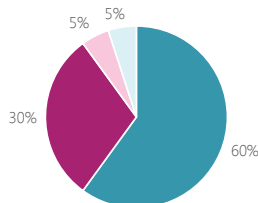
- D'une part de bénéficier d'un financement minimum garanti, basé sur les recettes des deux années précédentes de l'établissement, par la DFG,
- D'autre part, la possibilité de percevoir un financement plus important en valorisant l'activité supplémentaire effectuée, et en bénéficiant de financements complémentaires (MIGAC, IFAQ, etc.).

### Le modèle allie ainsi la sécurisation d'un socle de recettes à une incitation à l'activité.

En illustration pratique, le CHP, devenu HdP en 2017, a connu deux années durant lesquelles la DFG lui a permis de bénéficier des ressources liées à son activité de maternité, fermée en 2016, sans en avoir les charges au regard. De manière mécanique, ce bénéfice s'arrête en 2019, année à partir de laquelle la DFG se calculera uniquement sur l'activité de médecine. Il s'agissait alors pour le CH de tirer parti de cette phase de transition, au financement garanti, pour construire un positionnement clair sur le territoire afin d'atteindre un seuil d'activité de médecine garantissant le maintien d'une DFG suffisante pour les années suivantes. Le CH a cependant connu à l'inverse une diminution progressive de l'activité médecine, devenue très rapidement et par effet de réputation, une dynamique difficile à arrêter. Cette diminution a entraîné une régression de la DFG au fil des années, qui malgré les restrictions budgétaires mises en place, ne permet pas au CH d'atteindre l'équilibre financier.

L'analyse des chiffres nationaux montre, plus globalement, qu'entre 2016 et 2017 les établissements « Hôpitaux de proximité » ont connu des réalités très différentes à travers leur financement :

LES FINANCEMENTS DES HDP ENTRE 2016 ET 2017



■ HdP ayant touchés une valorisation T2A les 2 ans  
 ■ HdP ayant touchés la DFG les 2 ans  
 ■ HdP passés de la valorisation T2A à la DFG entre 2016 et 2017  
 ■ HdP passés de la DFG à la valorisation T2A entre 2016 et 2017

Exemple de part de financements complémentaires

#### LES MIGAC POUR LES HDP EN 2016

43% des HdP  
 Montants allant de 658k€ à 2,7M€

Au sein des établissements n'ayant perçu que la DFG, comme le CHP, le financement « Hôpital de proximité » représente en moyenne 24,5% de financement supplémentaire comparé à la valorisation T2A théorique de l'activité réellement effectuée l'année N. Ce pourcentage pouvant aller jusqu'à 80% pour certains établissements. Pour ces établissements, le financement représente la seule possibilité de garantir des revenus financiers suffisant, mais risque également de les maintenir dans une dépendance.

Finalement depuis 2016, 3 situations sont observées à la suite d'une transition HdP :

- Les établissements qui reprennent une dynamique grâce à ce financement ;
- Les établissements qui conservent une activité stable ;

- Les établissements qui réduisent leur activité et deviennent ainsi dépendant du financement.

Le financement n'offre donc pas une sécurité permanente, mais, par la rétroactivité de deux ans, une sécurité transitoire laissant aux établissements le temps de la réorganisation. Les trois situations reposent ainsi sur la transition organisationnelle, qui permettra de valoriser les missions confiées aux HdP, en suivant le modèle financier.

## UN MODÈLE ORGANISATIONNEL CENTRAL MAIS FRAGILE

L'expérience du CHP et de ses services vont ici permettre d'illustrer les difficultés souvent rencontrées dans cette transition.

### **Impliquer les acteurs médicaux pour permettre de consolider l'activité soignée – exemple comparé de la médecine et de la gériatrie**

Dans le contexte successif de la perte de la maternité et du passage HdP, le CH a dû convaincre les acteurs de l'intérêt de l'organisation de l'hôpital de proximité.

Pour le CH, le pôle médecine et urgences, qui représente désormais l'activité sur laquelle repose le calcul du montant de la DFG, a poursuivi son activité selon les modes de fonctionnement d'un hôpital MCO. Peinant à valoriser son offre d'HdP, et partant d'une activité initiale faible, le pôle a aussi souffert d'une réputation au moment du changement de statut. Cette situation a causé une diminution régulière de l'activité.

A l'inverse la filière gériatrique s'organise, par sa structure et sa culture, en parcours et en approche territoriale, et a pu profiter de cette opportunité pour asseoir son positionnement auprès des acteurs de santé du territoire. La mise en œuvre d'un numéro « vert » ressource pour les professionnels a, par exemple, permis de faire connaître le CH et de communiquer, à travers les professionnels du territoire, les compétences du CH. Cet ancrage territorial professionnel bénéficie aujourd'hui directement à l'activité gériatrique.

L'appropriation du projet par les acteurs internes de l'établissement représente ainsi un premier élément essentiel de la transition vers l'hôpital de proximité. Ce sont, en effet, leurs pratiques qui influenceront sur l'activation ou non des filières de recrutement du territoire, seule ressource effective de l'hôpital de proximité. Pour la médecine, cette appropriation possède en plus un lien direct essentiel à la DFG.

### **Mettre en valeur les compétences du CH grâce à la mutualisation – l'exemple de l'imagerie médicale**

Lors du passage au statut d'HdP, le plateau d'imagerie médicale du CH a été dévalorisé comparativement à ceux d'autres établissements, plus diversifiés. Il doit cependant conserver un plateau technique significatif, puisque nécessaire à la prise en charge de premier recours de la population alentours.

Plusieurs actions ont été mises en œuvre pour revaloriser l'activité d'imagerie du CH : l'achat d'un scanner neuf, l'implication dans le GCS télésanté Centre, et le projet de mise en place de plages horaires dédiées au CH sur le plateau du CH d'Orléans, ont permis au CHP de revaloriser son activité d'imagerie et de lui créer une place au sein du paysage de santé du territoire.

La mutualisation de moyens, voire de compétences, constitue le deuxième facteur de réussite de la mise en œuvre d'un hôpital de proximité. L'hôpital de proximité n'aura pas les ressources suffisantes pour posséder l'ensemble de l'offre de soins, mais son rôle et sa valorisation se situent dans une offre de premier recours et dans l'orientation vers les ressources de spécialités.

### **Mener des actions de pédagogie et de communication pour clarifier l'offre auprès de la population – l'exemple du Centre de Périnatalité de Proximité (CPP)**

A la suite de la fermeture de la maternité, le CH a eu l'autorisation d'ouvrir un CPP offrant des consultations avec des sages-femmes, pour le suivi de grossesse et gynécologique sans complexité. Ce CPP a cependant été perçu par les usagers du territoire comme un centre exclusivement réservé au suivi de grossesse et comme ne disposant pas des compétences nécessaires à la détection des complications de la grossesse. Les conséquences sur l'activité se sont alors fait ressentir.

Le CHP a trouvé une solution : depuis un an, le CPP est devenu le Centre de Soins Mère-Enfant. Ce changement d'identité s'est accompagné de nouvelles prises en charge sur le centre (consultation pédiatrique par exemple), de formation du personnel, et d'une communication importante, auprès de la population du territoire, sur les prises en charge possibles au CH et les filières existantes au sein du GHT. Quelques mois plus tard, les effets sont tangibles en termes d'activité, et les filières de recrutement se développent.

La mise en œuvre d'un hôpital de proximité, ne peut donc faire l'économie d'une démarche pédagogique auprès de la population du territoire, qui représente le troisième facteur de réussite de la transition. Cette démarche visant à expliciter les activités accessibles, et les filières de recours liées aux prises en charge, permet à la population du territoire, souvent fragilisée, de s'emparer de cette offre de proximité.

### **Bénéficiaire des relais du territoire**

Les trois facteurs précédents sont directement liés à des organisations plus globales du système de santé comme les Groupements Hospitaliers de Territoire pour la mutualisation, la valorisation des actes de télé-médecine pour les compétences, ou encore les Communautés de Professionnels de Territoire de Santé pour les partenariats avec les professionnels de territoire. Mieux connues aujourd'hui, ces organisations demeuraient pour la plupart à leur prémices lors des premières listes d'Hôpitaux de Proximité, depuis 2016, et le CH n'a eu que peu d'outils lui permettant d'accompagner sa transition.

Ainsi, au moment des premiers basculement, les HdP possédaient une vision claire des missions et de leur financement, mais manquaient d'appui à la mise en œuvre.

L'expérience du CHP permet de comprendre que le modèle « Hôpital de Proximité » est aujourd'hui basé sur un financement permettant une transition vers un nouveau modèle organisationnel centré autour de l'activité de médecine. Pourtant, il est encore trop souvent perçu comme simple financement « de sauvetage » pour des établissements en difficulté, une forme de « minimum fixe garanti », ce qu'il n'est pas.

Ce financement ne remplira son rôle que si l'activité de médecine de l'établissement est investie en conséquence pour maintenir une DFG suffisante. Autrement dit, si la mission de l'hôpital de proximité est de repenser son activité de médecine pour mieux l'inscrire dans son territoire et dans sa population, ce n'est souvent pas juste sa mission : c'est aussi la condition nécessaire et suffisante à sa pérennité financière, qui ne va pas de soi malgré la DFG. Cependant tant que l'hôpital de proximité restera un modèle par défaut et/ou se résumera à un modèle de financement, il ne pourra pas avoir l'impact attendu sur la population et son bénéfice financier restera incertain pour l'établissement.

L'implication des acteurs, la mutualisation des moyens et des compétences, ainsi que l'accompagnement des populations dans l'appropriation d'une prise en charge en parcours seront autant de facteurs permettant de mener une transition réussie vers l'hôpital de proximité. Dans le contexte de réforme et de l'ambition fixée pour ce modèle, il est ainsi essentiel de se rappeler la nécessité de mise à disposition d'outils d'appui à cette transition et de prévoir une évolution systémique du territoire en ce sens.