

**CONCOURS OUVERT LES 17, 18, 19 ET 20 JUIN 2025  
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES  
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES,  
SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

**2ème EPREUVE D'AMISSIBILITE  
(Durée 5 heures – Coefficient 5)**

**Mercredi 18 juin 2025**

**NOTE DE SYNTHESE ET DE PROPOSITIONS**

**CONCOURS INTERNE, 3<sup>ème</sup> CONCOURS,  
EXTERNE et EXTERNE SPECIAL  
dit « TALENTS »**

## 2<sup>ème</sup> épreuve

### NOTE DE SYNTHÈSE ET DE PROPOSITIONS

#### SUJET :

**Vous êtes Directeur Adjoint placé auprès du directeur du Centre Hospitalier de X en direction commune avec deux hôpitaux de proximité. Vous êtes nommé Directeur délégué sur un de ces deux sites.**

**A l'aide du dossier ci-joint, vous préparez une note qui vous permettra de préparer un point de discussion lors d'une séance du conseil de surveillance de votre établissement.**

**Cette note abordera les diverses actualités relatives à la gouvernance de l'établissement ainsi que les leviers qui permettront de renforcer l'ancrage de l'établissement dans le territoire, de conforter les missions de l'hôpital de proximité et de mieux répondre aux besoins de la population.**

**La note va identifier des propositions étayées qui pourront être approfondies dans le cadre des réflexions sur le projet d'établissement.**

#### NB :

**Le sujet comprend 61 pages + 2 (1 page sujet et 1 page sommaire).**

## SOMMAIRE

- **Document 1** (pages 1 à 3) :  
Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.
- **Document 2** (pages 4 à 5) :  
Décret n°2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité.
- **Document 3** (pages 6 à 12) :  
Note d'information DGOS/PF3/2024/26 du 28 février 2024 relative aux évolutions induites par la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels concernant le conseil de surveillance des établissements publics de santé.
- **Document 4** (pages 13 à 14) :  
Hospimedia du 16/10/2023 : « Des plans d'action territoriaux doivent se déployer pour atteindre l'objectif 100% CPTS ».
- **Document 5** (pages 15 à 17) :  
Hospimedia du 19/11/2024 : « De nouveaux axes de travail s'ouvrent pour les hôpitaux de proximité ».
- **Document 6** (pages 18 à 30) :  
Modèle type de convention entre l'hôpital de proximité et son groupement hospitalier de territoire (GHT). Ministère de la santé et de la prévention.
- **Document 7** (pages 31 à 36) :  
Article : « L'hôpital de proximité : le « trait d'union » au service de la population ». Mazars
- **Document 8** (pages 37 à 39) :  
« Les hôpitaux de proximité » publié le 5/12/2022 sur le site du Ministère du travail, de la santé et des solidarités.
- **Document 9** (pages 40 à 57) :  
Annexe au dossier d'inscription sur la liste régionale des hôpitaux de proximité. ARS
- **Document 10** (page 58) :  
L'incertitude après la crise.CH Layon Aubance
- **Document 11** (page 59) :  
Paroles d'acteurs : « Les hôpitaux de proximité, désormais ces « laboratoires en matière de coopération territoriale » ?

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité**

NOR : SSAH2104862R

Le Président de la République,

Sur le rapport du Premier ministre et du ministre des solidarités et de la santé,

Vu la Constitution, notamment son article 38 ;

Vu le code de justice administrative, notamment son article R. 123-20 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, notamment son article 35 ;

Vu la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment son article 14 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu ;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le IV de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« IV. – La liste des hôpitaux de proximité est arrêtée, pour chaque région, par le directeur général de l'agence régionale de santé, en tenant compte de l'activité de l'établissement ou du site mentionnés au I et de sa capacité à réaliser les missions énoncées aux I, II et III.

« L'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité fait l'objet d'une demande préalable de l'établissement candidat ou de l'établissement de santé dont relève le site candidat. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la réception de la demande. L'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation. Dans cette hypothèse, et si le demandeur le sollicite dans un délai de deux mois, les motifs justifiant ce rejet sont notifiés dans le délai d'un mois. Le délai du recours contentieux contre la décision de rejet court à compter de la date de cette notification.

« V. – Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article. Il détermine notamment les conditions dans lesquelles les établissements de santé et les sites de tels établissements, dépourvus de la personnalité morale, peuvent être inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité et les modalités de présentation et d'examen des demandes d'inscription ainsi que de radiation de la liste. »

#### Article 2

Après l'article L. 6111-3-1 du même code, sont insérés trois articles L. 6111-3-2, L. 6111-3-3 et L. 6111-3-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 6111-3-2. – I. – Les hôpitaux de proximité, ou l'établissement de santé dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale, organisent des coopérations avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent et concluent à ces fins, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention avec leurs partenaires.

« Les parties à cette convention peuvent être en fonction de l'offre de soins et des besoins de santé des territoires desservis, des établissements, une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé ou d'autres acteurs de santé relevant du présent code ou des collectivités territoriales.

« II. – Cette convention détermine le champ des coopérations, notamment en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'organisation des parcours de santé, ainsi que les modalités de partage de l'information entre les parties et d'organisation de ces coopérations. Elle précise les coopérations établies entre les parties ainsi que celles qu'elles s'engagent à conclure afin d'exercer les missions prévues à l'article L. 6111-3-1.

« La convention prévoit les modalités de suivi et d'évaluation des engagements et des projets des partenaires. A cette fin, elle définit l'instance chargée de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des coopérations, qui peut être l'une des instances suivantes :

« 1° La commission médicale d'établissement de l'hôpital de proximité mentionnée aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-1 ou la conférence médicale de l'hôpital de proximité mentionnée à l'article L. 6161-2. La composition de cette instance peut être adaptée, le cas échéant, en application de l'article L. 6111-3-4 ;

« 2° L'instance de gouvernance d'une des communautés professionnelles territoriales de santé partie à la convention ;

« 3° Une instance de gouvernance d'un contrat local de santé du territoire ;

« 4° Une instance de gouvernance spécifique créée par la convention.

« III. – La convention est transmise à l'agence régionale de santé compétente par l'hôpital de proximité ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale. Elle est accompagnée d'un document précisant les modifications requises par les coopérations envisagées sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de proximité.

« L'agence régionale de santé s'assure de la mise en œuvre effective des engagements de la convention en cohérence avec les projets territoriaux de santé et, le cas échéant, avec les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et les contrats locaux de santé.

« Art. L. 6111-3-3. – Les hôpitaux de proximité de statut public, ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale et que l'établissement dont ils constituent un site n'est pas l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, concluent avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire auquel il sont parties, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention organisant les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions de proximité.

« La convention décrit, au regard de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 et du projet médical partagé du groupement, les obligations réciproques des parties et notamment l'appui de l'établissement support et des autres établissements du groupement aux missions de l'hôpital de proximité définies à l'article L. 6111-3-1 et les modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

« Cette convention est transmise à l'agence régionale de santé compétente.

« Lorsque l'hôpital de proximité relève d'un établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, cet établissement informe l'agence régionale de santé compétente des obligations réciproques des parties mentionnées à l'article L. 6111-3-2 ainsi que des modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

« Art. L. 6111-3-4. – I. – Afin de faciliter les coopérations qu'ils organisent dans le cadre de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent, les hôpitaux de proximité peuvent adapter leurs conditions de fonctionnement et de gouvernance selon les modalités prévues aux II et III.

« II. – Un hôpital de proximité de statut public inscrit sur la liste régionale mentionnée au IV de l'article L. 6111-3-1 peut être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé à adapter ses modalités de gouvernance en prévoyant que, par dérogation aux articles L. 6144-2 et L. 6143-7-5, participent, en tant que membres avec voix délibérative, aux séances de la commission médicale d'établissement et du directoire de l'hôpital de proximité ou de l'établissement public dont il relève, s'il est dépourvu de la personnalité morale, des personnes extérieures ou des professionnels de santé, notamment des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé.

« Le nombre des membres ayant voix délibérative au sein de la commission médicale d'établissement résultant de l'alinéa précédent ne peut excéder une proportion du nombre total de ses membres fixée par décret en Conseil d'Etat.

« Les adaptations mentionnées au présent II font l'objet d'une demande auprès de l'agence régionale de santé, formulée par le directeur de l'hôpital de proximité ou de l'établissement public dont il relève, après avis favorable des instances concernées, et, en outre, lorsque l'adaptation concerne le directoire, après avis du conseil de surveillance de l'établissement. Il peut y être mis fin après avis des instances concernées en cas de difficultés dans leur mise en œuvre.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent II. Ce décret précise notamment la procédure par laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé autorise ces adaptations, la qualité et le nombre de personnes extérieures ou de professionnels de santé compétents autorisés à intégrer les instances concernées de l'hôpital de proximité, leurs modalités de désignation et, le cas échéant, la durée de leur mandat, les modalités de suivi et d'évaluation de ces adaptations, et les conditions dans lesquelles elles peuvent prendre fin.

« III. – Lorsque l'hôpital de proximité est dépourvu de la personnalité morale ou qu'il partage une direction commune avec un autre établissement, l'établissement dont il relève garantit que l'hôpital de proximité a mis en œuvre des modalités de fonctionnement et d'organisation du site lui permettant de remplir ses missions de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 et adaptées aux coopérations avec ses partenaires établies en application de l'article L. 6111-3-2.

« Il peut, à cette fin, être instituée une sous-commission de la commission médicale d'établissement ou une commission médico-soignante, composée de personnels médicaux et non médicaux, dédiée à l'exercice de ses missions de proximité.

« Les modalités d'organisation ainsi mises en œuvre font l'objet d'une information de l'agence régionale de santé compétente dans un délai d'un an à compter de l'inscription de l'hôpital de proximité sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1. »

### Article 3

Le Premier ministre et le ministre des solidarités et de la santé sont responsables, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente ordonnance, qui sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 mai 2021.

EMMANUEL MACRON

Par le Président de la République :

*Le Premier ministre,*  
JEAN CASTEX

*Le ministre des solidarités  
et de la santé,*  
OLIVIER VÉRAN

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité

NOR : SSAH2104859D

*Publics concernés* : établissements de santé, agences régionales de santé, caisses de sécurité sociale.

*Objet* : procédure de labellisation des hôpitaux de proximité.

*Entrée en vigueur* : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

*Notice* : le décret précise les conditions et modalités d'inscription des établissements de santé sur les listes régionales des hôpitaux de proximité. Le décret définit la procédure de labellisation et les conditions de radiation de la liste.

*Références* : le décret est pris en application de l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, la gouvernance et le fonctionnement des hôpitaux de proximité. Ses dispositions, ainsi que celles du code de la santé publique qu'il modifie, peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6111-3-1 ;

Vu l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, la gouvernance et le fonctionnement des hôpitaux de proximité ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La section 6 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie de la partie réglementaire du code de la santé publique et les articles R. 6111-24, R. 6111-25 et R. 6111-26 qu'elle comprend sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Section 6

« Hôpitaux de proximité

« Art. R. 6111-24. – I. – Un établissement de santé est éligible à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité prévue à l'article L. 6111-3-1 s'il satisfait à l'ensemble des conditions mentionnées au II. Un site, relevant d'un établissement de santé qui ne remplit pas les conditions mentionnées au II, est éligible à l'inscription sur la liste si ce site remplit par lui-même ces conditions.

« II. – Les conditions d'éligibilité à l'inscription d'un établissement de santé ou d'un site identifié d'un établissement de santé sur la liste des hôpitaux de proximité sont les suivantes :

« 1° L'établissement, ou le site, coopère avec les acteurs de santé de son territoire assurant des soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 dans les conditions prévues à l'article R. 6111-25. Cette coopération peut notamment prendre la forme d'un exercice à titre libéral ou salarié, au sein de l'hôpital de proximité, de professionnels de santé assurant le suivi des patients et la coordination des parcours de santé au sein de l'offre ambulatoire ;

« 2° L'établissement, ou le site, exerce une activité de médecine autorisée par l'agence régionale de santé en application des dispositions de l'article L. 6122-1, et n'est pas autorisé à exercer une activité en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique en application des mêmes dispositions ;

« 3° L'établissement, ou le site, propose, dans le cadre de l'exercice de son activité de médecine, une offre de soins qui n'est pas uniquement destinée à la prise en charge d'une pathologie spécifique ou d'une catégorie de population particulière ;

« 4° L'établissement, ou le site, propose en son sein des consultations de plusieurs spécialités, réalisées par des médecins exerçant soit à titre libéral, soit en qualité de salarié ou d'agent public dans l'établissement ou le site ou dans des établissements de santé partenaires ;

« Il dispose en son sein ou a accès par voie de convention, compte tenu des ressources disponibles sur le territoire, à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté. Cette offre de soins est complémentaire à l'offre ambulatoire disponible et s'inscrit, le cas échéant, en cohérence avec le projet de santé de la communauté professionnelle territoriale de santé du territoire de l'établissement ou du site ;

« 5° L'établissement, ou le site, exerce, en complémentarité avec l'offre de soins disponible sur le territoire qu'il dessert, les missions mentionnées aux 1° à 4° du II de l'article L. 6111-3-1.

« Art. R. 6111-25. – I. – La procédure de labellisation est régionale. La liste des hôpitaux de proximité est arrêtée pour chaque région par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'établissement, ou le site, candidat à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité transmet à l'agence régionale de santé son dossier de candidature par tout moyen donnant date certaine à sa réception.

« Ce dossier permet au directeur général de l'agence régionale de santé d'apprécier si l'établissement ou le site répond aux conditions d'éligibilité à la liste des hôpitaux de proximité mentionnées au II de l'article R. 6111-24. Le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte les éléments du projet régional de santé, les caractéristiques de l'offre de soins du territoire ainsi que le projet et les perspectives dans lesquels l'établissement ou le site s'engage durablement pour répondre aux besoins de santé des populations.

« Le contenu du dossier de candidature est fixé par arrêté par le ministre chargé de la santé.

« II. – En cas de rejet de la candidature d'un établissement ou d'un site, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse sa décision motivée par tout moyen donnant date certaine à sa réception. L'établissement ou le site identifié ne peut réitérer sa candidature avant un délai d'un an.

« III. – Les établissements ou sites identifiés inscrits sur la liste ne peuvent en être radiés que dans les conditions suivantes :

« a) Si l'établissement concerné fait part à l'agence régionale de santé de sa volonté de ne plus être inscrit sur la liste ;

« b) Si l'établissement ne répond plus aux conditions mentionnées au 2° ou au 3° du II de l'article R. 6111-24 ;

« c) Si l'établissement ne répond plus de manière durable aux conditions mentionnées au 1°, au 4° ou au 5° du II de l'article R. 6111-24 ;

« d) Si des circonstances particulières rendent impossible pour l'établissement d'assurer la continuité des soins pour les patients, sans préjudice des mesures susceptibles d'être prises pour garantir la sécurité des patients et la qualité de leur prise en charge.

« L'établissement est radié de la liste des hôpitaux de proximité de la région au terme d'un délai fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui ne peut excéder douze mois dans les cas prévus au a, au b et au c et six mois dans le cas prévu au d. »

**Art. 2.** – Le ministre des solidarités et de la santé est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 mai 2021.

JEAN CASTEX

Par le Premier ministre :

*Le ministre des solidarités  
et de la santé,*

OLIVIER VÉRAN



**NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF3/2024/26** du 28 février 2024 relative aux évolutions induites par la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels concernant le conseil de surveillance des établissements publics de santé

La ministre du travail, de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

<b>Référence</b>	Numéro interne : 2024/26
<b>Date de signature</b>	28/02/2024
<b>Emetteurs</b>	Ministère du travail, de la santé et des solidarités Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
<b>Objet</b>	Évolutions induites par la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels concernant le conseil de surveillance des établissements publics de santé.
<b>Contact utile</b>	Sous-direction du Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau Coopération et contractualisations (PF3) Emilie CARLE Tél. : 06 62 98 21 23 Mél. : <a href="mailto:emilie.carle@sante.gouv.fr">emilie.carle@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	3 pages + 1 annexe (4 pages) Annexe – Tableaux juridiques comparatifs
<b>Résumé</b>	Cette note présente les éléments concernant l'évolution des compétences et de la composition du conseil de surveillance.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux établissements publics de santé d'Outre-mer à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Etablissements publics de santé, gouvernance, conseil de surveillance.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - Organisation

Textes de référence	Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels
Rediffusion locale	Etablissements publics de santé
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 23 février 2024 – N° 19	
Publiée au BO	Non

La loi n° 2023-1268 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels dite loi « Valletoux » a été promulguée le 27 décembre 2023. Elle prévoit en particulier à l'article 25 plusieurs modifications relatives à la composition et aux compétences du conseil de surveillance des établissements publics de santé.

Ces dispositions sont d'application immédiate.

Cette note présente ces modifications. En complément, en annexe, figurent des tableaux juridiques comparatifs.

Je vous invite à sensibiliser les établissements publics de santé à ces évolutions.

#### I. La loi Valletoux a abouti à un élargissement des compétences du conseil de surveillance

- **Ses nouvelles prérogatives financières sont les suivantes :**
  - Le plan pluriannuel d'investissement fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance ;
  - L'état des prévisions de recettes et de dépenses et le programme d'investissement font l'objet d'un avis et non plus d'une simple information ;
  - Le plan global de financement pluriannuel est ajouté dans les documents budgétaires soumis à un avis du conseil de surveillance.
- **Son rôle en tant que garant de la médicalisation de la gouvernance est défini ainsi :**
  - Le conseil de surveillance délibère sur un point d'étape annuel présenté par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (PCME) concernant la mise en œuvre du projet d'établissement ;
  - Le conseil de surveillance émet un avis sur la charte de gouvernance.
- **Son accès à l'information concernant l'offre et l'accès aux soins est élargi avec la mise en place de trois présentations supplémentaires annuelles :**
  - Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;
  - Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique ;
  - Le bilan, élaboré conjointement par le directeur et le PCME, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire.

## II. La composition du conseil de surveillance a été également légèrement modifiée

Cette modification concerne les parlementaires qui participent au conseil de surveillance avec voix consultative.

En effet, dorénavant « *Peuvent demander à participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, les parlementaires élus dans la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé.* »

Cette modification a pour conséquence d'introduire une participation plurielle pour les sénateurs. L'ensemble des sénateurs du département de l'établissement siège peuvent demander à participer au conseil de surveillance avec voix consultative, le mécanisme d'une désignation par la commission des affaires sociales du Sénat existant précédemment étant supprimé.

Pour la ministre et par délégation :  
La directrice générale de l'offre de soins,

**signé**

Marie DAUDÉ

## Annexe : tableaux juridiques comparatifs

## A. Les compétences délibératives du conseil de surveillance

L. 6143-1 avant l'article 25 de la loi Valletoux	L. 6143-1 issu de l'article 25 de la loi Valletoux
<p>Il délibère sur :</p> <p>1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;</p> <p>2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;</p> <p>3° Le compte financier et l'affectation des résultats</p> <p>4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;</p> <p>5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;</p> <p>6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;</p> <p>7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;</p> <p>8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7</p>	<p>Il délibère sur :</p> <p>1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 et, annuellement, les modalités de sa mise en œuvre au sein de l'établissement et de ses structures, présentées par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement ;</p> <p>2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;</p> <p>3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;</p> <p>4° Tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;</p> <p>5° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;</p> <p>6° Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;</p> <p>7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;</p> <p>8° Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 ;</p> <p>9° Le plan pluriannuel d'investissement.</p>

## B. Les compétences du conseil de surveillance qui relèvent d'un avis

L. 6143-1 avant l'article 25 de la loi Valletoux	L. 6143-1 issu de l'art 25 de la loi Valletoux
<p>Il donne son avis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;</li> <li>- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;</li> <li>- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;</li> <li>- le règlement intérieur de l'établissement.</li> </ul>	<p>Il donne son avis sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;</li> <li>- la charte de gouvernance mentionnée au III de l'article L. 6143-7-3 ;</li> <li>- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;</li> <li>- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2 ;</li> <li>- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire ;</li> <li>- le règlement intérieur de l'établissement.</li> </ul>

### C. Les prérogatives de contrôle et de vérification du conseil de surveillance

#### Pas de changement

« Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ».

### D. Les compétences du conseil de surveillance qui relèvent d'une information

L. 6143-1 avant l'article 25 de la loi Valletoux	L. 6143-1 issu de l'art 25 de la loi Valletoux
<p>Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Il est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.</p>	<p>Le conseil de surveillance se voit présenter annuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'état de santé de la population du territoire et sur l'offre de soins disponible sur ce dernier ;</li> <li>b) Les actions universitaires, d'enseignement et de recherche menées par le centre hospitalier universitaire avec lequel l'établissement a conclu une convention au titre de l'article L. 6142-5 ;</li> <li>c) Le bilan, élaboré conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, des actions mises en œuvre par l'établissement pour améliorer l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement hospitalier de territoire. » ;</li> </ul> <p>Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement. Le conseil de surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.</p>

### E. La participation des parlementaires au conseil de surveillance

L. 6143-1 avant l'article 25 de la loi Valletoux	L. 6143-1 issu de l'art 25 Loi Valletoux
<p>Peuvent participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.</p>	<p>Peuvent demander à participer aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative, le député les parlementaires élus dans la circonscription où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé et un sénateur élu dans le département où est situé le siège de l'établissement principal de l'établissement public de santé, désigné par la commission permanente chargée des affaires sociales du Sénat.</p>

### F. Mise en cohérence de l'article L. 6143-7 et du L. 6143-7-3

L. 6143-7 avant l'article 25 de la loi Valletoux	L. 6143-7 issu de l'art 25 Loi Valletoux
<p>Après concertation avec le directoire, le directeur :</p> <p>[...]</p> <p>4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en ce qui concerne les équipements médicaux ;</p> <p>5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;</p> <p>6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;</p> <p>[...]</p>	<p>Après concertation avec le directoire, le directeur :</p> <p>[...]</p> <p>4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques en ce qui concerne les équipements médicaux et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;</p> <p>5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1 le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales et et le plan global de financement pluriannuel, après avis du conseil de surveillance ;</p> <p>6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;</p> <p>[...]</p>

III du L. 6143-7-3 avant l'article 25 de la loi Valletoux	III du L. 6143-7-3 issu de l'art 25 Loi Valletoux
<p>III. Une charte de gouvernance conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, prévoit notamment :</p> <p>1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;</p> <p>2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;</p> <p>3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions.</p>	<p>III. Une charte de gouvernance conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, après avis du conseil de surveillance, prévoit notamment :</p> <p>1° Les modalités de participation du président de la commission médicale d'établissement aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs qui concernent l'établissement ;</p> <p>2° Pour les activités relevant des compétences de la commission médicale d'établissement, les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les directions fonctionnelles ;</p> <p>3° Les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la commission médicale d'établissement pour assurer ses missions.</p>

Politique de santé

## Des plans d'actions territoriaux doivent se déployer pour atteindre l'objectif "100% CPTS"

Publié le 16/10/23 - 17h27

Atteindre 100% de couverture de la population par une CPTS d'ici la fin de l'année. Tel est l'objectif du plan éponyme dévoilé en juillet. Afin d'accélérer encore la manœuvre — notamment dans les zones blanches —, une instruction vise à accélérer le déploiement et renforcer l'animation territoriale. ARS et Cnam sont mises à contribution.



Pour atteindre l'objectif de 100% des territoires couverts par les CPTS, les ARS sont invitées à déployer des plans d'actions et à mettre l'accent sur l'animation territoriale. (José Oto/BSIP)

Le rapport de la mission "Tour de France des communautés professionnelles territoriales de santé" (CPTS) a permis de confirmer le rôle de ces structures comme "*maillon manquant de l'offre de soins*" et d'en identifier des axes de développement (lire notre [article](#)). Ses propositions ont été largement reprises par le ministère de la Santé et de la Prévention et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) dans le cadre du plan 100% CPTS. L'objectif est double : assurer une couverture de l'ensemble du territoire et renforcer les CPTS en fonctionnement. Une instruction, signée conjointement par les deux structures et parue au *Bulletin officiel "Santé-protection sociale-solidarité"* (BO Santé) du 16 octobre, précise désormais les modalités de couverture du territoire. Elle décline les actions attendues afin de généraliser les CPTS "*dans les meilleurs délais et de renforcer l'animation territoriale du*



également attendu "qu'au moins une réunion opérationnelle de l'ensemble des acteurs impliqués de chaque zone blanche se soit tenue afin de consolider et s'accorder sur le plan d'actions et son calendrier."

### Les coordinateurs financés sur le Fir

Parce que l'emploi précoce d'un coordonnateur pour les CPTS en construction a été identifié comme un facteur de facilitation et d'accélération des projets, dès la validation de la lettre d'intention d'une nouvelle CPTS, le texte suggère de proposer au porteur de projet le recrutement d'un coordonnateur. Les fonds Fir pourront être mobilisés afin de participer au financement de ce recrutement. Le financement du coordinateur peut être réparti sur deux CPTS différentes, dès lors que celles-ci sont de taille 1 ou 2 selon les catégories définies dans l'accord-cadre interprofessionnel (ACI, lire notre [article](#)). Ce financement pourra être limité dans le temps afin d'inciter les acteurs à concrétiser rapidement leur projet et bénéficier des financements pérennes prévus dans le même accord. Il prend fin au plus tard à la signature de l'ACI par la CPTS.

## Une animation territoriale

Ensuite, et c'est le deuxième objectif porté, ministère et Cnam souhaitent soutenir les CPTS existantes "qui sont pour la plupart récentes et ont des niveaux de maturité différents". Pour cela, et comme préconisé par le rapport, ils demandent la mise en place d'une animation territoriale. "Elle offrira un accompagnement rapproché aux CPTS les plus récentes ou celles qui rencontreraient des difficultés dans leur développement et favorisera le partage des bonnes pratiques", décrivent-ils. Ainsi, les ARS et Cnam en lien avec la MSA pourront par exemple "organiser et animer des séminaires ou ateliers thématiques sur les missions des CPTS, ou mobiliser tous moyens de communication existants". La valorisation des actions menées par les CPTS et la production de documents visant à documenter comment celles-ci apportent des solutions concrètes aux besoins de santé de leur territoire est aussi recommandée. Cette animation peut se décliner au niveau régional comme départemental. "Une attention particulière" devra être portée au soutien des CPTS en difficulté qui nécessitent un accompagnement rapproché. Les task forces territoriales pourront en outre être mises à profit en soutien à ces structures.

Enfin, ministère et Cnam rappellent l'importance de décliner les autres dispositions du plan 100% CPTS — proposé en intégralité en annexe de l'instruction — et notamment le renforcement de l'animation du réseau national. Des séminaires, groupes de travail et temps d'échanges thématiques communs avec les référents CPTS des différents réseaux seront ainsi organisés par la DGOS et la Cnam "afin d'accompagner la déclinaison du plan jusqu'à la fin 2024." Il est attendu des référents "une participation active" aux travaux et notamment le partage des initiatives locales, des documents utiles à l'ensemble du réseau ainsi que des stratégies d'accompagnement et d'animation territoriale.

### Liens et documents associés

- \* L'instruction [PDF]

Clémence Nayrac

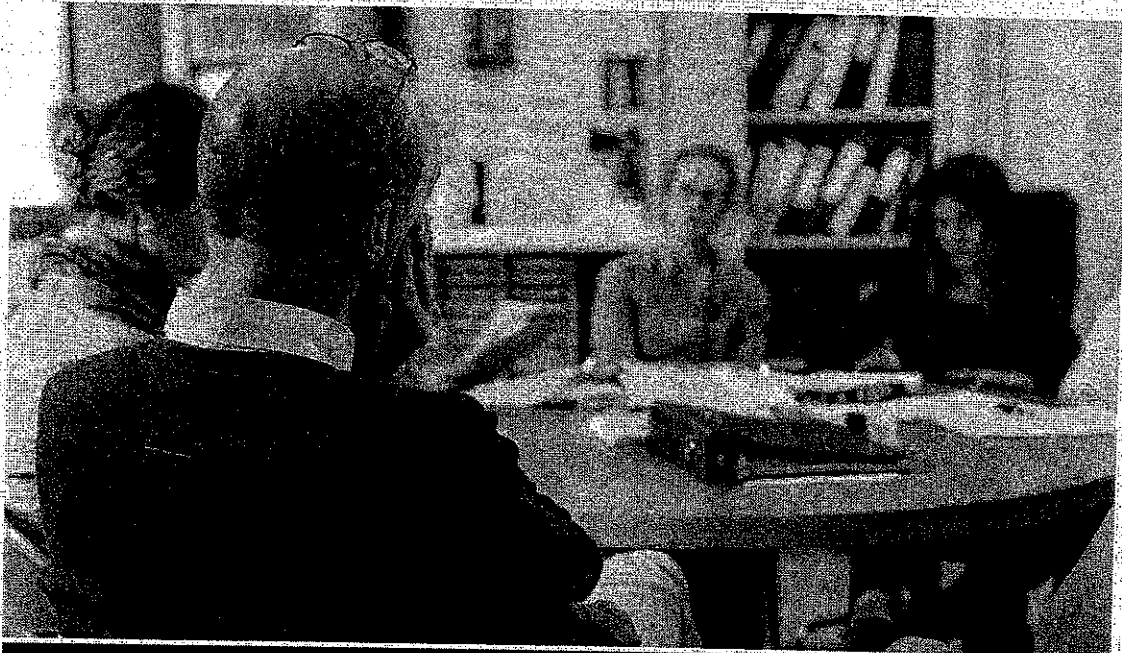
Politique de santé

## **De nouveaux axes de travail s'ouvrent pour les hôpitaux de proximité**

Publié le 19/11/24 - 18h01



La prévention, le financement à la qualité ou le renforcement des liens avec les dispositifs d'exercice coordonnés figurent parmi les travaux prioritaires pour poursuivre l'élan de la réforme des hôpitaux de proximité. Ces derniers sont aussi des potentiels laboratoires d'innovation qui s'insèrent dans l'architecture des groupements de territoire.



L'un des atouts reconnus de l'exercice en hôpital de proximité est la taille plus réduite des équipes, qui facilite les relations entre les différents acteurs de l'établissement notamment en réunion. (Burger/Phanie)

"Une chose est sûre, vous êtes devenus des établissements indispensables, étant souvent la première porte d'entrée du système de santé dans certains territoires", souligne la ministre de la Santé et de l'Accès aux soins Geneviève Darrieussecq à propos des hôpitaux de proximité. Un constat souligné dans un courrier transmis à la Fédération nationale des établissements de santé de proximité (Fnesp) qui tenait sa première journée nationale le 15 novembre à Chaumont-en-Vexin (Oise). Dans un message vidéo, Marie Daudé, la directrice générale de l'offre de soins, souligne également les apports de la réforme autour du financement dérogatoire "sécurisant", de l'adhésion "forte" des ARS et d'une attractivité renforcée dans les territoires.

La DGOS égrène par ailleurs la poursuite des travaux autour de différents axes, à commencer par le renforcement de la mission de prévention des hôpitaux de proximité. Sa mise en œuvre dans le temps reste difficile en raison notamment de moyens dédiés insuffisants. Les travaux sur le financement à la qualité de ces établissements vont se poursuivre, précise la DGOS. Marie Daudé évoque la promotion de l'exercice mixte comme facteur d'attractivité et aussi le renforcement du lien avec les dispositifs d'exercice coordonné. Autant de travaux qui seront conduits avec la Fnesp. *"La réforme et ses apports font consensus, pour autant je suis fréquemment interrogée sur l'objet et son utilité"*, souligne sa présidente Sophie Guinoiseau, directrice du CH de Layon-Aubance, basé à Terranjou (Maine-et-Loire).

La réponse qu'elle apporte intègre l'accompagnement du vieillissement démographique, le décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, la culture de la coopération et la construction du lien ville-hôpital. En complément, une table ronde à la journée de la Fnesp met l'accent sur les possibilités en matière d'innovation pour les hôpitaux de proximité. Elle concerne les plateaux techniques ainsi que les organisations. Sur le premier volet, le problème est notamment l'accès à l'imagerie pour les patients accueillis en proximité. *"Nos patients ne sont pas si différents de ceux hospitalisés en médecine polyvalente dans les grands centres hospitaliers. Ce n'est pas parce que nous sommes une petite structure que nous soignons avec moins de technicité"*, assure le Dr Jean-François Ricono, médecin généraliste et vice-président de la fédération.

## Lieu de preuve de concept

La création d'une activité d'imagerie n'est pas toujours évidente dans un hôpital de proximité mais le panel de solutions est ouvert entre l'appui sur un CH de référence qui fournirait l'appareil et les ressources humaines ou un arrangement avec les communautés professionnelles territoriales de santé. D'autant plus que la miniaturisation des équipements permet désormais de se rendre dans un Ehpad dans l'examen plutôt que de mobiliser des ressources pour transférer le résident. Par exemple, une équipe mobile d'imagerie portée par le CH d'Hirson permet une telle démarche d'aller vers au profit des résidents suivis au CH de Nouvion-en-Thiérache (Aisne), avec un équipement également utilisé dans les murs de l'établissement.

Quant à l'innovation dans les organisations, elle peut aussi faciliter l'insertion des hôpitaux de proximité dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT). *"L'hôpital de proximité, c'est le Mc Gyver du sanitaire qui trouve des solutions avec trois bouts de ficelle"*, souligne Corinne Vargas du pôle performance de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. À son sens, la taille des structures permet d'être un lieu d'innovation organisationnelle, à condition de respecter des prérequis comme un cadrage cohérent ou une coconstruction entre les équipes et la direction. Dans ce cadre, elle estime que l'hôpital de proximité peut permettre de valider des preuves de concept au bénéfice du GHT. *"C'est aussi l'occasion de se faire sa place et de se faire remarquer pour ne pas être vu comme l'hôpital gériatrique au fin fond du territoire"*, avance-t-elle. La preuve de concept peut aussi fonctionner sur l'activité médico-sociale de l'hôpital de proximité, qui dispose de plus de

ressources, au profit d'Ehpad.

### **Un exercice aussi attractif pour les futurs directeurs**

Lors de la journée de la Fnesp, deux élèves-directeurs sont venus partager leur vision de leur exercice passé et à venir dans un établissement de proximité. Magali Estima, élève-directrice d'hôpital, a commencé sa carrière en 1999 comme infirmière, puis cadre et cadre supérieur de pôle principalement en CHU avant de rejoindre l'Agence de biomédecine puis une structure plus locale. Le lien ville-hôpital, la proximité des équipes et l'esprit d'innovation sont des marqueurs qu'elle identifie de l'exercice de direction en hôpital de proximité. *"Je vais arriver en poste avec la vision globale d'une direction sans être mono-centrée"*, résume-t-elle en insistant sur le respect des valeurs professionnelles des agents.

Également issu de la filière infirmière et ayant exercé aussi comme cadre supérieur de pôle, Didier Gastaldi, élève-directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social souligne aussi le lien entre les équipes plus restreintes de gouvernance. *"Les réunions de pôles sont moins anxiogènes"*, sourit-il en raison notamment d'un nombre plus réduit de participants. *"Le leadership est partagé avec le président de la commission médicale d'établissement, le directeur ne doit plus se sentir seul"*, poursuit-il en évoquant une crainte face au *"relatif isolement"* vis-à-vis des autorités de tutelles et des injonctions paradoxales. Il se réjouit du changement d'image des hôpitaux de proximité qui ne sont plus perçus que comme la structure d'aval des CH plus importants.

**Jérôme Robillard, à Chaumont-en-Vexin**

# Modèle type de convention entre l'hôpital de proximité et son groupement hospitalier de territoire (GHT)

*« Dans un délai d'un an à compter de leur labellisation, les hôpitaux de proximité de statut public, ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale et que l'établissement dont ils constituent un site n'est pas l'établissement support du groupement hospitalier de territoire doivent conclure une convention établissement support du groupement hospitalier de territoire auquel ils sont parties. »*

Article L. 6111-3-3 du code de la santé publique.

Les hôpitaux de proximité sont pleinement intégrés aux groupements hospitaliers de territoire dès lors qu'ils sont de statut public. Ils obéissent aux mêmes dispositions législatives et réglementaires que l'ensemble des établissements publics de santé. Toutefois, la labellisation *hôpital de proximité* délivrée par l'Agence régionale de santé emporte reconnaissance d'un statut particulier de ces établissements.

**L'objectif de cette convention est d'organiser les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions de proximité.** Il s'agit à la fois de formaliser et valoriser les engagements respectifs des établissements du groupement et des hôpitaux de proximité et de mettre en lumière les opportunités de la labellisation pour le groupement et la participation des hôpitaux de proximité aux objectifs fixés collectivement dans le projet médical partagé.

A titre de rappel<sup>1</sup>, dans le cadre de ses missions, l'hôpital de proximité assure le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et dispose d'un périmètre d'activités défini, d'un service de médecine, d'un accès aux plateaux techniques, à la télésanté et propose des consultations de spécialité. En complémentarité avec leurs partenaires du territoire, les hôpitaux de proximité remplissent les missions suivantes qui leur ont été confiées par la loi :

<sup>1</sup> Les missions des hôpitaux de proximité définies dans l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019.

- apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite
- favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant
- participer à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire
- contribuer, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

L'objet de cette convention est de décrire les obligations réciproques des parties.

Il s'agit en premier lieu de décrire les moyens et modalités selon lesquels le groupement vient en appui aux hôpitaux de proximité qui en font partie afin de l'accompagner dans la réalisation de ses missions. Ce soutien émane de l'établissement support du GHT mais également des autres établissements du groupement, en fonction de l'offre de soins et des activités qu'ils proposent et de la proximité géographique entre ces établissements et l'hôpital de proximité. En second lieu, la convention doit préciser le rôle joué par les hôpitaux de proximité dans l'appui du projet médical partagé du groupement et la manière dont ces établissements s'intègrent dans la dynamique générale portée par les établissements du GHT. La présente convention s'appuie sur la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 entre l'hôpital de proximité et les partenaires de son territoire<sup>2</sup> et également sur le projet médical partagé du groupement.

**Nota bene :** si l'établissement de santé dont relève l'hôpital de proximité de statut public est un site de l'établissement support du GHT concerné, cette convention n'est pas obligatoire. Lorsque l'hôpital de proximité est un site de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, cet établissement informe l'agence régionale de santé compétente des coopérations mentionnées à l'article L. 6111-3-2 ainsi que des modalités de participation du site de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

Afin de faciliter cette démarche, ce modèle de convention assorti de commentaires et d'exemples concrets est proposé à titre indicatif. Une trame vierge est également disponible. Les acteurs ont donc la possibilité de l'adapter à leur projet, à leurs particularités juridiques et organisationnelles, aux besoins et réalités du territoire et aux objectifs poursuivis dans le cadre de la coopération.

<sup>2</sup> Article L. 6111-3-2 : « Les hôpitaux de proximité, ou l'établissement de santé dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale, organisent des coopérations avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent et concluent à ces fins, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention avec leurs partenaires. »



logo de  
l'établissement :

logo de  
l'établissement :

logo de  
l'établissement :

## [INTITULE DE LA CONVENTION ET REFERENCES ADMINISTRATIVES]

ENTRE : [Etablissement public de santé support du GHT – dénomination sociale],  
Situé [Adresse postale],  
Représenté par [Nom, prénom et qualité du représentant],  
Ci-après désigné par le sigle [Si nécessaire de simplifier la rédaction],

ET : [Hôpital de proximité – dénomination sociale ou Etablissement de santé dont  
relève l'hôpital de proximité – dénomination sociale],  
Situé [Adresse postale],  
Représentée par [Nom, prénom et qualité du représentant],  
Ci-après désignée par le sigle [Si nécessaire de simplifier la rédaction]

La désignation des parties à la convention doit permettre d'identifier précisément chacune des personnes morales signataires ainsi que des personnes qui, en vertu de leur qualité de directeur ou d'une délégation de signature, sont habilitées à conclure la convention au nom de la personne morale.

Si la convention constitutive du GHT n'a pas expressément prévu que le chef de l'établissement support est habilité à signer la convention de partenariat, il est préconisé :

- d'identifier chacun des établissements publics de santé parties au GHT qui seront alors signataires de la convention
- d'organiser les concertations des directoires des établissements parties au GHT ; Dans ce cas, le visa suivant pourrait être ajouté : « Vu la concertation des directoires du centre hospitalier de ... n°... en date du..., du centre hospitalier de...n°...en date du..., du

centre hospitalier de...n°... en date du..., portant sur le projet de partenariat initié entre le GHT « ... » et ... (dénomination du partenaire à mentionner) »

- de faire signer ladite convention par chacun des établissements parties.

Il est possible d'établir une unique convention entre les différents hôpitaux de proximité du groupement et l'établissement support du GHT si cela est jugé plus opportun par les parties. Les obligations et spécificités de chacun doivent dans ce cas être clairement identifiés.

Dans ce cas, ajouter comme ci-dessous chaque hôpital de proximité aux parties de la convention :

ET : [Hôpital de proximité – dénomination sociale ou Etablissement de santé dont relève l'hôpital de proximité – dénomination sociale],

Situé [Adresse postale],

Représentée par [Nom, prénom et qualité du représentant],

Ci-après désignée par le sigle [Si nécessaire de simplifier la rédaction]



## PREAMBULE

Sans que cette précaution soit obligatoire, il est d'usage que le contenu de la convention soit précédé d'un préambule qui a notamment pour objectifs d'énoncer le principe de cette convention et d'en présenter le contexte (antériorité d'une coopération forte préexistante entre le GHT et l'hôpital de proximité, mise en place de parcours de soins spécifiques).

Un enjeu majeur est de garantir à l'hôpital de proximité les moyens de remplir ses missions de proximité et notamment l'autonomie de gestion nécessaire à la conclusion de partenariats ambitieux avec les acteurs de proximité de son territoire. La liste des partenaires listés ci-après n'est pas prescriptive et a vocation à s'adapter aux spécificités territoriales et à la maturité des coopérations en place mais on peut néanmoins encourager les partenariats suivants : CPTS, établissements publics et privés, collectivités territoriales, etc. La convention a également pour rôle de valoriser le rôle de ces établissements au sein du groupement auquel ils sont pleinement intégrés.

La convention prend aussi en compte les objectifs et enjeux spécifiques à l'hôpital de proximité, compte tenu de sa situation géographique ou des relations historiques avec les établissements du groupement, qui peuvent par ailleurs être indiqués en avant en préambule.

## VISAS

Les visas rappellent le cadre juridique dans lequel s'inscrit la convention en visant les textes législatifs et réglementaires (code de la santé publique, dernières lois et réglementation intervenus...) afin de rattacher la convention au cadre de fonctionnement des hôpitaux de proximité et des groupements hospitaliers de territoire.

Différents visas pourront être ajoutés, au cas par cas, par les partenaires, pour identifier les actes pris en compte dans l'élaboration de la convention (PRS, labellisation, autres conventions existantes, actes organisationnels internes tels que les délégations de signature...).

Il est néanmoins proposé ci-dessous une liste comprenant les visas adéquats relativement à cette convention :

*Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6111-1 et s., L. 6132-1 et s., R. 6111-24 et R. 6111-25 et R. 6132-1 ;*

*Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;*

*Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, notamment son article 35 ;*

*Vu l'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité ;*

Vu le décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité

Vu le décret n° XXX du XXX relatif à ... [Visa à inscrire après la publication du décret à paraître relatif aux adaptations des conditions de fonctionnement et de gouvernance de l'hôpital de proximité]

Vu l'arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé

Vu [l'arrêté portant adoption du projet régional de santé]

Vu [l'arrêté de labellisation de l'hôpital de proximité]

Vu la convention constitutive du GHT [dénomination du GHT à mentionner] constitué entre les établissements parties à compter du [date de la création du GHT à mentionner]

Vu le règlement intérieur du GHT [dénomination du GHT à mentionner] en date du [...]

Vu le projet médical partagé du GHT [dénomination du GHT à mentionner] dans sa version en date du [date à mentionner]

Vu le projet médical de(s) hôpital(aux) de proximité [dénomination du ou des hôpitaux de proximité à mentionner] dans sa version en date du [date à mentionner]

Vu la convention entre l'hôpital de proximité et les acteurs du territoire mentionnée à l'article L. 6111-3-2 du code de la santé publique

Vu [...].

**Ceci exposé, il est convenu ce qui suit :**

## **ARTICLE 1<sup>er</sup> – OBJET DE LA CONVENTION**

Le premier article doit permettre d'identifier précisément mais succinctement la nature de la convention.

Il reprend l'article L 6111-3-3 du code de la santé publique reproduit ici.

Les parties peuvent convenir de préciser cet objet.

La présente convention, prise en application de l'article L. 6111-3-3 du code de la santé publique, a pour objet d'organiser les relations entre le groupement hospitalier de territoire [ ] et l'hôpital de proximité [ ] dans l'exercice de ses missions de proximité. (Le cas échéant rajouter [qui relève de l'établissement public de santé [ ]])

Elle décrit, au regard de la convention entre l'hôpital de proximité et les acteurs de soins du premier recours des territoires mentionnée à l'article L. 6111-3-2 et du projet médical partagé du groupement, les obligations réciproques des parties et notamment l'appui de l'établissement support et des autres établissements du groupement aux missions de l'hôpital de proximité définies à l'article L. 6111-3-1 et les modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

## **ARTICLE 2 – DESCRIPTION DES OBLIGATIONS RECIPROQUES**

Sans prétendre décrire de façon exhaustive l'ensemble des partenariats existants et envisagés, il s'agit de poser un cadre général aux partenariats ayant vocation à être mis en œuvre. Les questionnements et exemples (issus de pratiques existantes) qui suivent permettront d'identifier plus concrètement le contenu pouvant être décrit dans cette partie. L'ensemble des champs proposés n'ont pas vocation à tous apparaître dans les conventions et d'autres axes peuvent également être privilégiés par les établissements.

Il peut être rappelé le fonctionnement des instances du GHT et la nécessité pour l'hôpital de proximité de participer et contribuer à ces dernières.

Peuvent être rappelés succinctement les projets déjà engagés et opérationnels. Cette formalisation permettra de stabiliser et ainsi de pérenniser ces projets.

La convention pourra présenter les partenariats que les parties conviennent de développer. Le degré de précision de la description des engagements dépendra du degré de maturité du projet envisagé.

## Article 2.1 – Description des modalités générales de l'appui de l'établissement support et des autres établissements du groupement aux missions de l'hôpital de proximité

Il s'agit là de décrire concrètement, les champs sur lesquels l'établissement support du GHT et les autres établissements parties du GHT vont pouvoir fournir un appui à l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions.

Les missions de l'hôpital de proximité figurent à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.

Pour chaque champ de coopération ou projet, un sous-article (2.1.1 ; 2.1.2, 2.1.3...) peut être rédigé.

Les exemples suivants sont donnés à titre indicatif.

### **Soutien aux consultations de spécialités proposées par l'hôpital de proximité**

La convention décrit les modalités selon lesquelles les établissements du GHT apportent leur soutien à l'hôpital de proximité pour la mise en œuvre de cette activité : conditions de mise à disposition de médecins, spécialités concernées, modes de rémunérations, facturation, mise à disposition de ressources « support », etc.

### **Appui au renforcement de l'offre de soins de proximité**

La convention décrit les moyens et outils apportés par les établissements du groupement afin d'appuyer le développement d'une nouvelle offre par l'hôpital de proximité (organisation de la filière, mise à disposition de moyens, mise en contact des services concernés), développement d'une activité à orientation plus spécialisée dans les services de médecine ou de SSR, mise en place de la chimiothérapie délocalisée pour les patients du territoire, centre de dialyse, etc.

### **Ressources humaines**

La convention peut le cas échéant décrire les dispositifs mis en place au niveau des ressources humaines afin de rendre plus attractif le recrutement des personnels de l'hôpital de proximité. Les modalités de mise à disposition de personnels soignants entre les établissements, de même que les dispositifs de type postes partagés ou internes partagés peuvent être mentionnés dans la convention. Peuvent également être mentionnées les modalités de remplacement de personnel médical et non médical au sein du GHT en cas d'absence imprévue (plateforme de remplacement, appel à volontaires etc).

### **Permanence et continuité des soins**

Peut-être mentionnée toute procédure d'organisation du GHT permettant d'assurer la continuité des soins, le cas échéant, une mutualisation des lignes d'astreintes entre plusieurs établissements du GHT peut être mentionnée dans la convention.

### **Accès aux plateaux techniques**

Les hôpitaux de proximité doivent organiser l'accès aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie médicales. Les partenariats existants ou en projets avec les établissements membres du GHT peuvent être mentionnés ici. Les sujets relatifs à la pharmacie peuvent également figurer dans la convention.

### **Télémédecine**

Le cas échéant, la convention peut décrire de façon précise les projets de télémédecine existants ou à venir entre les établissements : développement de téléconsultations et télé-expertise sur certaines spécialités, mise en place d'une téléconsultation au sein du service d'urgence de proximité, mise en place de la télé-dialyse en UDM de proximité, mise en place d'une télé-régulation avec le SAMU en vue de favoriser des admissions directes au sein de l'hôpital de proximité par exemple.

La télémédecine peut également être mentionnée comme un outil dans le cadre d'un projet ou du développement d'une filière spécifique (par exemple développement d'une filière de télé-AVC).

### **Accès à une offre de formation partagée**

Le cas échéant, la convention décrit l'offre de formation partagée proposée par le groupement et notamment sur les thématiques répondant à des besoins identifiés sur les territoires des établissements de proximité.

### **Constitution d'équipes médicales de territoire ou d'équipes mobiles**

### **Rôle des fonctions supports du GHT et appuis techniques**

La convention peut faire état de l'organisation du groupement sur les fonctions supports du GHT, citée au sein de l'article L.6132-3 du code de la santé publique, en soulignant les aspects spécifiques au bénéfice des hôpitaux de proximité : DIM de territoire, fonction achats, plans de formation, système d'information convergents, orientations stratégiques communes sur les emplois et les compétences médicales

Peuvent également être mentionnés l'appui du groupement sur certaines fonctions techniques et support dont l'hôpital de proximité ne dispose pas en propre ; directions financières, expertise logistique, ou encore à la gestion de patrimoine notamment pour ce qui peut relever des projets d'investissements, etc.

## Article 2.2 – Modalités générales de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé de groupement

Il s'agit là de décrire les modalités de participation spécifiques et propres à l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé de groupement.

### **Faire le lien entre les acteurs locaux et les établissements du groupement.**

En sa qualité de partenaire privilégié des actuelles ou futures CPTS du territoire, mais aussi des autres acteurs locaux du soin et des élus, l'hôpital de proximité est un relai sur son territoire de la politique définie dans le cadre du groupement. Pour permettre ce rôle pivot entre le groupement et le territoire de proximité, la convention peut décrire les modalités de transmission régulière de l'information et relai des initiatives et actions portées par le GHT, les modalités de remontées des initiatives ou problématiques territoriales au niveau du groupement.

La convention précise les modalités selon lesquelles l'hôpital de proximité facilite la communication et la collaboration des acteurs locaux, structures ambulatoires et services médico-sociaux notamment, avec les établissements de recours du GHT (annuaire, numéro unique, protocoles d'adressages, moyens de communication).

### **Intégrer l'hôpital de proximité aux différentes filières du projet médical partagé pour assurer des soins de proximité**

La convention peut être le support de la description de filières spécifiques : gérontologie, SSR, suivi obstétrique avec les centres périnataux de proximité notamment.

Par exemple la convention peut faire état d'un engagement sur le positionnement de l'activité de l'hôpital de proximité dans l'offre de prise en charge proposée par le groupement. L'intégration dans les filières d'aval du groupement peut être décrite mais également l'engagement de garantir une offre de proximité et par conséquent de favoriser les admissions directes des patients domiciliés sur le territoire de proximité.

Peuvent-être également mentionnés des protocoles d'adressage des patients nécessitant un plateau technique plus important pour la prise en charge de certaines pathologies (orthopédiques, neurologiques, rhumatologiques par exemple).

### **Gestion des lits à l'échelle du groupement**

La convention peut décrire la façon dont les établissements s'organisent pour gérer au mieux les capacités d'accueil des hôpitaux de proximité et de manière générale la gestion du capacitaire à l'échelle du groupement : types de prise en charge pouvant être réalisées en hôpital de proximité usage d'un logiciel de gestion de lits partagé, d'un gestionnaire de lit, création d'une cellule d'ordonnancement avec numéro unique, dossier patient informatisé par exemple.

Elle décrit aussi les modalités d'organisation pour faciliter les transferts le cas échéant, notamment en vue d'éviter un passage aux urgences.

#### **Organisation du retour à domicile des patients sur le territoire de l'hôpital de proximité**

L'hôpital de proximité peut également proposer d'être mobilisé sur l'organisation du retour à domicile des patients de son territoire dans le cadre des prises en charge aiguës réalisées au sein d'autres établissements. Il s'agira de mobiliser son réseau local (acteurs de la ville, du domicile, du médico-social) pour proposer les solutions les plus adaptées au rétablissement du patient. Ce type d'engagement vis-à-vis des établissements du GHT peut être décrit au sein de la convention.

#### **Participation à des actions de santé publique portées par le groupement (prévention par exemple)**

Les actions conjointes relatives à l'amélioration de la santé des populations et la façon dont les établissements s'organisent pour les mettre en place ont pleinement vocation à s'intégrer dans la convention : dépistage, sensibilisation grand public (ex : hôpital sans tabac), actions ciblant des populations spécifiques, etc.

### **ARTICLE 3 – ARTICULATION DE LA PRESENTE CONVENTION AVEC LE PROJET MEDICAL PARTAGE DU GROUPEMENT**

Cet article précise comment la convention s'intègre, s'articule et évolue avec le projet médical du groupement.

Les parties expliquent comment elles s'engagent à faire évoluer le projet médical de groupement et cette convention de manière cohérente l'un avec l'autre. Le cas échéant, il peut être indiqué que cette convention est annexée ou intègre le projet médical de groupement et selon quelles modalités.

### **ARTICLE 4 – ENGAGEMENT DES PARTIES**

Les partenaires s'engagent à participer activement à la réalisation des actions initiées dans la présente convention.

Ils ont l'obligation de se communiquer réciproquement toutes les informations nécessaires à la réalisation de ces actions.

Chacun est tenu de respecter les clauses de la présente convention.

## ARTICLE 5 – SUIVI ET EVALUATION DE LA REALISATION DES OBLIGATIONS

Sans être obligatoire, il est conseillé de décrire dans la présente convention des modalités de suivi et d'évaluation.

Ces modalités doivent garantir l'application et la pérennisation de la présente convention. Ainsi la présentation d'un point régulier de suivi dans les instances du GHT, d'un rapport d'activité, ou la mise en place de certains indicateurs de suivi et réalisation peuvent y contribuer. Les instances du GHT peuvent être mobilisées à cet effet, de même que celles de l'hôpital de proximité. Le cas échéant, la participation de représentants du Comité stratégique ou de la Commission médicale du groupement aux instances locales de l'établissement (ex : conseil de surveillance, CME...) peut également permettre d'échanger sur l'application effective des engagements de la convention.

## ARTICLE 6 – DISPOSITIONS FINANCIERES (LE CAS ECHEANT)

Le cas échéant, il s'agit d'indiquer les renseignements nécessaires concernant le volume des dépenses à charge de chacune des parties au contrat et préciser la fréquence des paiements et les références comptables nécessaires.

## ARTICLE 7 – DUREE – MODIFICATION – AJOUT D'UN PARTIE A LA CONVENTION

La durée de la convention doit correspondre au minimum, si possible, à la durée de vie du projet médical partagé ou à celle du mandat de la CMG.

L'ajout de nouvelles parties à la convention nécessite un simple avenant à celle-ci. Dès lors, il convient de considérer cette convention comme ouverte et souple.

La présente convention, conclue pour une durée de [Durée de la convention à mentionner et conditions de renouvellement, ou durée indéterminée], prend effet à la date de signature par les parties.

Toute modification interviendra par voie d'avenant pris dans les mêmes formes que la présente convention.

La convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, en cas de non-respect des engagements qu'elle prévoit. Cette dénonciation doit être motivée et faire l'objet d'un courrier adressé par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve du respect d'un délai de préavis de [ ] mois.



## ARTICLE 8 – RESOLUTION DES LITIGES

Toutes les contestations qui pourront s'élever entre les parties à la convention au sujet de l'application ou de l'interprétation de la présente convention feront l'objet au préalable d'une tentative de règlement amiable et seront portées à la connaissance de l'ARS.

En cas d'échec de cette tentative, le litige sera porté devant la juridiction compétente.

Fait à [...], le [...] en [X] exemplaires

Pour l'établissement support du GHT [Dénomination du GHT],  
[Nom, prénom, qualité],

SIGNATURE

Pour l'[Hôpital de proximité – dénomination sociale ou Etablissement de santé  
dont relève l'hôpital de proximité – dénomination sociale],  
[Nom, prénom, qualité],

SIGNATURE

Copie transmise à l'agence régionale de santé [...]

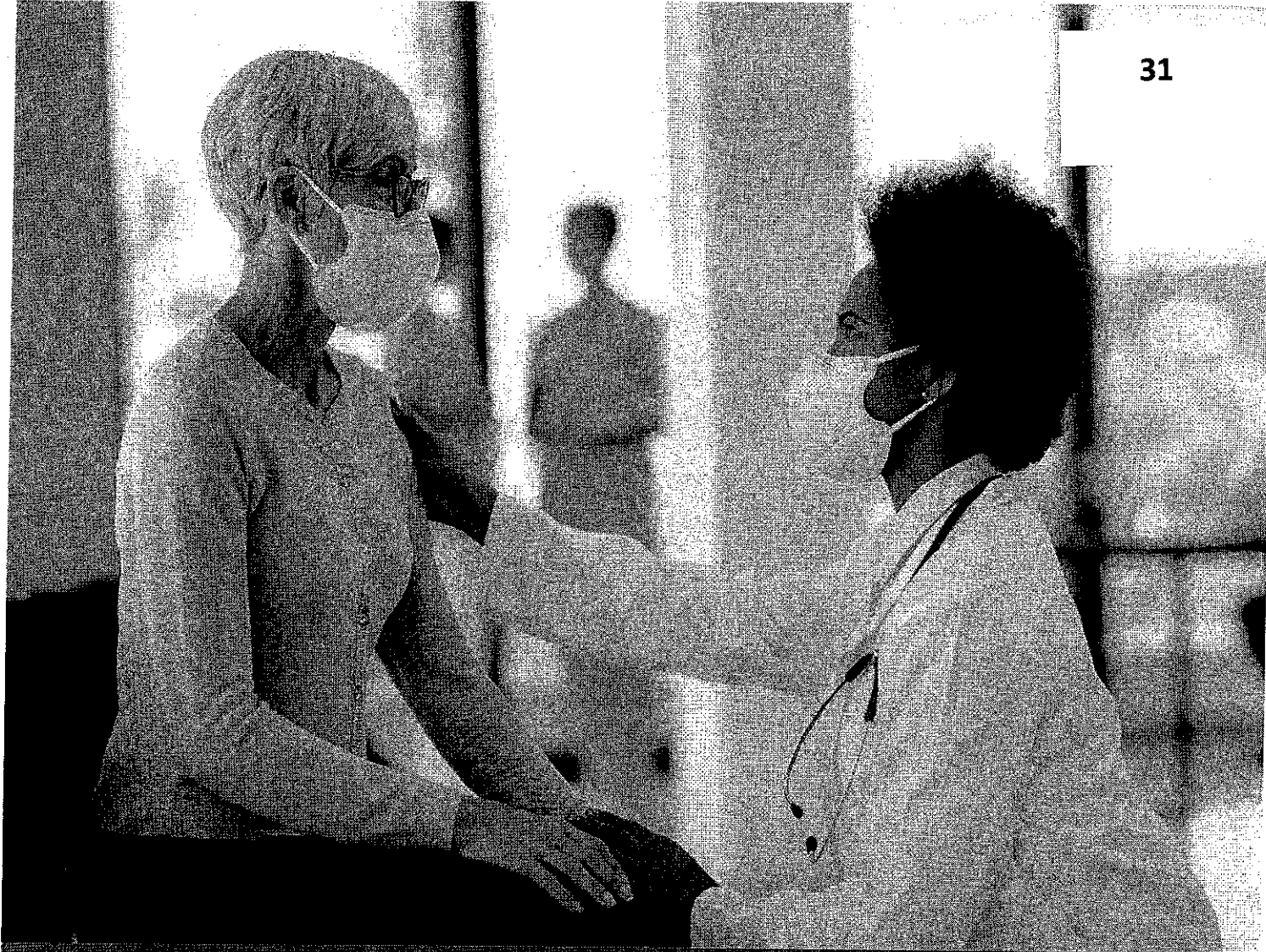
Copie transmise à [...]



logo de  
l'établissement :

logo de  
l'établissement :

logo de  
l'établissement :



**L'hôpital de proximité :**  
le « trait d'union » au service de la  
population

mazars

## L'hôpital de proximité : le « trait d'union » au service de la population

D'ici 2022, le gouvernement entend, au travers du plan Ma Santé 2022, labelliser 500 à 600 hôpitaux de proximité.

Un des objectifs centraux est de « permettre une offre de soins au plus près des territoires » grâce, notamment, au renforcement de l'offre hospitalière de proximité.

Ces établissements doivent permettre aux patients de bénéficier d'un premier niveau de réponse médicale au plus près de leur lieu de vie. Par ailleurs, ils contribueront au renforcement de l'accès aux soins grâce à des coopérations étroites avec les professionnels libéraux.

Ces grandes orientations viennent consacrer le rôle et la raison d'être de nombreux établissements, à l'importance souvent sous-estimée, qui constituent parfois, en lien avec les professionnels de ville, la seule présence sanitaire dans l'environnement immédiat du patient.

« Le trait d'union entre les secteurs hospitalier et de ville, dans une dynamique de décloisonnement et de coopération »

De même, le rôle des hôpitaux de proximité est déterminant dans la prise en soins et dans l'accompagnement des personnes âgées. Le quatrième pilier des conclusions du Ségur de la santé prévoit ainsi la mise en place d'une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour ce public. Cet objectif doit se traduire par des réalités organisationnelles fortes au service de parcours de soins plus cohérents et plus fluides.

« Le 1er niveau hospitalier de la gradation des soins et une ressource pour tous les acteurs de soins d'un territoire »

Par sa taille comme par la nature de son offre de soins, l'hôpital de proximité ne peut déployer son activité qu'en parfaite cohérence avec l'ensemble des acteurs de proximité (professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé...).

Grâce à leur expérience pratique des problématiques et des réponses organisationnelles possibles dans l'articulation entre la ville et l'hôpital mais aussi avec les champs de la prévention, de la promotion de la santé et du médico-social, les hôpitaux de proximité doivent être de véritables « laboratoires en matière de coopération territoriale » (mesure 30 des conclusions du Ségur de la Santé).



## Interview

Régine Delplanque, Directrice du  
Centre Hospitalier du Quesnoy



**Le Centre Hospitalier du Quesnoy est un établissement public de santé avec une capacité d'accueil de 746 lits et places d'hospitalisation, d'hébergement et de prise en charge à domicile. Situé dans le département du Nord, le Centre Hospitalier est membre du Groupement Hospitalier de Territoire du Hainaut-Cambrésis, dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Valenciennes.**

[www.ch-lequesnoy.fr](http://www.ch-lequesnoy.fr)

**Régine Delplanque, Directrice du Centre Hospitalier du Quesnoy, hôpital candidat à la labellisation « hôpital de proximité », nous livre sa vision et sa réalité.**

**Quelle est votre vision de la structuration des soins de proximité sur votre territoire ?**

Les derniers textes de lois et les conclusions du Ségur de la Santé créent une réelle opportunité pour les établissements comme le nôtre. De fait, de nombreux établissements sont matures pour répondre aux missions qui sont attendues de la part d'un hôpital de proximité.

Tout d'abord, il y a les missions socles qui sont notamment de disposer d'une autorisation de médecine, de proposer une réponse en termes de soins non programmés, d'offrir des consultations spécialisées, de mettre un plateau technique à disposition de la population, de mener des actions de prévention et de promotion de la santé sur le territoire et d'avoir, pour asseoir l'ancrage territorial de l'établissement, une coopération ville-hôpital développée et des liens forts avec le secteur médico-social et les acteurs du domicile.

La structuration des soins de proximité, et plus spécifiquement la labellisation « Hôpital de Proximité » est une réelle opportunité pour notre établissement qui doit s'inscrire dans la refonte de son projet médical. Nous avons pensé cette démarche de manière à intégrer un grand nombre d'acteurs du territoire et à répondre spécifiquement aux besoins identifiés. Ainsi, nous avons fait le choix de réaliser un diagnostic territorial exhaustif et une enquête d'image auprès d'un large public (élus, professionnels libéraux, usagers...). Les résultats de ces différents travaux d'analyse nous ont permis d'identifier les grands axes stratégiques de l'établissement qui intègrent, bien évidemment, les missions de l'hôpital de proximité.

Les liens ville-hôpital sont un maillon essentiel de la structuration des soins sur un territoire. La crise sanitaire, même si elle a mis en lumière énormément de difficultés, nous a offert, et nous offre encore, de nouvelles opportunités. Le centre de vaccination, établi récemment, fonctionne avec la médecine de ville et a été ouvert aux infirmiers et pharmaciens de ville. Des liens journaliers se sont ainsi créés avec l'ensemble des professionnels de ville mais également avec les élus. En termes de structuration, notre prochain défi territorial est la création d'une CPTS, embryonnaire à l'heure actuelle.

## L'hôpital de proximité : le « trait d'union » au service de la population

**« Les liens ville-hôpital sont un maillon essentiel de la structuration des soins sur un territoire ».**

La structuration des soins de proximité passe également par un secteur médico-social développé et par une forte présence au domicile, que ce soit par des activités exercées par l'hôpital ou par la création de partenariats. Notre hôpital a souhaité porter des actions fortes au domicile (une équipe spécialisée Alzheimer pour le repit à domicile, une équipe spécialisée de prévention de la chute à domicile...), au sein des EHPAD du territoire (équipe spécialisée de prévention en EHPAD, équipe mobile d'hygiène, équipe mutualisée d'astreinte d'infirmières de nuit...) mais également au sein d'autres établissements médico-sociaux (parcours de soins spécifiques pour les résidents de Maison d'Accueil Spécialisé).

**Quel est le rôle pour vous et la place de l'hôpital de proximité dans la structuration des soins de proximité ?**

L'hôpital de proximité doit être un acteur comme les autres, mais il doit être porteur d'une dynamique qui permette à chacun de trouver sa place pour répondre aux besoins de santé. Cette dynamique ne doit pas être hospitalo-centrée.

L'hôpital de proximité doit avoir des relais pour « aller vers ». Pour cela, il faut travailler étroitement avec la médecine de ville, les pharmaciens, les infirmiers de ville ainsi que les élus.

En ce qui concerne notre territoire d'implantation, le diagnostic de santé met en exergue des problématiques cardiovasculaires et des problématiques de prévention et d'accès aux soins. Ainsi, nous avons développé de nombreux programmes d'éducation thérapeutique et d'actions de prévention, notamment dans le cadre de la réadaptation cardiaque. Sur cette activité, nous travaillons en lien avec des acteurs ressources du territoire, y compris sur des aspects financiers (partenaire pour le financement d'un échographe de stress).

L'hôpital de proximité doit également s'inscrire dans le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) dont il est membre. Nous sommes en lien avec l'établissement pivot de notre GHT et avec tous les établissements membres. Cela nous permet notamment de bénéficier de conventions de partenariat pour avoir des consultations avancées dans de nombreuses spécialités.

L'hôpital de proximité se doit de chercher toutes les opportunités de coopération qui permettent de proposer une offre sur un territoire rural au service de la population. Il se doit également de proposer à la population du territoire un accès à un plateau technique radiologique et biologique, que ce dernier soit internalisé ou structuré via des partenariats.

Enfin, l'hôpital de proximité doit être en lien étroit avec le « domicile » pour permettre, notamment, un retour à domicile sécurisé.

**« L'hôpital de proximité se doit de chercher toutes les opportunités de coopération qui permettent de proposer une offre (...) au service de la population ».**

**Pour vous quelles sont les actions à mettre en place afin d'améliorer l'organisation des soins de proximité, par exemple quels outils techniques / organisationnels / de coordination ?**

Le premier outil pouvant être utilisé dans le cadre de la labellisation « hôpital de proximité » est l'article 51. De fait, cet article peut permettre notamment de travailler des modèles innovants en termes de gouvernance. Nous pouvons effectivement imaginer ouvrir la Commission Médicale d'Établissement à quelques professionnels de ville. Plusieurs médecins de ville sont d'ores et déjà intégrés au pilotage des grands projets de l'hôpital (exercice mixte, COPIL sur le projet médical...).

Un autre outil essentiel, malheureusement ralenti par la crise sanitaire, est le déploiement de la télé-médecine, notamment pour des avis spécialisés. L'ensemble de nos EHPAD sont équipés mais la télé-médecine n'est pas beaucoup utilisée sur le territoire.

## L'hôpital de proximité : le « trait d'union » au service de la population

Le point de départ peut être de travailler le lien avec la médecine de ville via la messagerie sécurisée de santé. C'est une demande importante de la part des professionnels de ville mais nous nous confrontons à quelques difficultés techniques.

« Au-delà des outils, c'est l'envie de travailler ensemble sur un projet commun qu'il faut développer ».

Nous avons mené une enquête d'image auprès des élus du territoire. Un des principaux enseignements est qu'ils ne connaissent pas bien ce que l'hôpital fait. Les outils de communication digitaux sont importants mais rien ne vaut une communication directe. Ainsi, nous communiquons directement par mail et par téléphone. Le lien avec les élus a été créé et renforcé grâce à un objectif commun, à savoir l'enjeu de l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

Nous devons également exploiter les appels à projets. Actuellement, nous travaillons la réponse à un appel à projets régional « Prévention Santé et Innovation » sur la thématique suivante « Favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé permettant de réduire la prévalence des maladies cardiovasculaires, du diabète et de l'obésité en région ». Nous menons ce travail en lien étroit avec la médecine de ville.

Au-delà des outils, c'est l'envie de travailler ensemble sur un projet commun qu'il faut développer. C'est notre rôle d'hôpital de proximité de lancer cette dynamique.

**Quels sont les bénéfices de la restructuration des soins de proximité souhaitée les lois/textes qui consacrent le rôle d'un hôpital de proximité ?**

Plusieurs bénéfices peuvent être soulignés. Avoir des soins sécurisés dans un parcours cohérent, avoir une offre de soins la plus proche possible de la population, offrir une réponse aux besoins de soins non programmés auxquels la population est très attachée, offrir des consultations accessibles facilement pour une population ayant une mobilité limitée. Au-delà de l'ensemble de ces éléments, l'hôpital de proximité donne de la vie au territoire et permet d'éviter le phénomène d'hypercentralisation.

L'hôpital de proximité : le « trait d'union » au service de la population

Selon moi, le terme de restructuration des soins de proximité n'est pas approprié. De fait, c'est déjà notre cœur d'action depuis longtemps. L'hôpital, à chaque phase de transformation de l'offre de soins, s'est toujours adapté en fonction des besoins et des opportunités. Aujourd'hui, les besoins et opportunités nous ont amené à définir trois axes forts, à savoir la réponse aux besoins de soins de médecine de proximité et de soins non programmés, la réponse aux besoins de rééducation fonctionnelle de proximité et la structuration de la filière gériatrique du territoire au plus près des habitants.

Le rôle de l'hôpital de proximité ne doit pas être réduit au seul rôle gériatrique. Il ne faut pas transformer les hôpitaux de proximité en hôpitaux gériatriques. Il faut également que l'on puisse toucher des publics qui ont peu accès aux soins et qui ne vont pas vers la santé, les plus démunis, les plus vulnérables, ceux qui sont invisibles. Cette mission de prévention et de promotion de la santé et de garantie de l'accès aux soins montre tout l'intérêt de travailler ensemble (élus, hôpital, médiateurs de santé, professionnels de ville...). L'éducation thérapeutique est une réponse mais elle intervient après la prise en charge de la maladie, il nous faut investir l'enjeu de la prévention primaire pour ces publics. La vraie mission de l'hôpital de proximité est de pouvoir, grâce à une sécurité financière suffisante, développer des projets de prévention dans les lycées, les quartiers difficiles, etc.

Il est également essentiel d'avoir un lien étroit avec les hôpitaux de recours. De fait, les filières de proximité doivent également pouvoir avoir recours à des ressources rares et à des expertises spécifiques.

« L'hôpital de proximité donne de la vie au territoire et permet d'éviter le phénomène d'hypercentralisation ».

## Conclusion

L'hôpital de proximité, dans l'exercice de ses missions, aura un rôle crucial dans la réponse aux nombreux défis de notre système de santé.

En tant que véritable « trait d'union » au service d'une dynamique de décloisonnement et de coopération, l'hôpital de proximité sera un outil redoutable face à la chronicisation des maladies, au vieillissement de la population, ou encore aux inégalités sociales et territoriales.

L'ambition de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, passera nécessairement par des soins de proximité structurés, concertés et coordonnés.

Par leur volonté de renforcer l'accès territorial aux soins, notamment des populations les plus vulnérables, les hôpitaux de proximité et l'ensemble de leurs partenaires territoriaux doivent faire cause commune, en revendiquant un droit à l'expérimentation dans un modèle de financement pérenne.



**Pierre-Etienne Leduc,**  
Manager Conseil Santé



Accueil > [Système de santé](#) > [Ma santé 2022 - un engagement collectif](#) > [Newsletter](#) >

[Hôpitaux de proximité : pour une prise en charge au plus près des besoins \(...\)](#) > **Les hôpitaux de proximité**

## Les hôpitaux de proximité

publié le : 05.12.22 - mise à jour : 30.11.22

L'organisation des soins de proximité est un chantier prioritaire du Ségur de la santé, qui s'appuie en priorité sur le développement de la coordination professionnelle et de l'exercice coordonné sous toutes ses formes : que ce soit en maison et centre de santé, en équipe de soins primaires, en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)... En cela, les hôpitaux de proximité ont vocation à constituer un réel trait d'union entre l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux pour proposer une offre de soins davantage structurée et des parcours de soins plus fluides pour les usagers.

Définies par la [loi d'organisation et de transformation du système de santé](#), les missions des hôpitaux de proximité, publics comme privés, constituent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. Ainsi, ces établissements exercent des missions communes avec d'autres acteurs de leurs territoires : appui aux professionnels du premier recours (médecins, infirmiers, kinés...), maintien à domicile en lien avec les médecins traitants, prévention, continuité des soins.

Les hôpitaux de proximité ont également un périmètre en propre avec :

- des activités obligatoires : médecine, consultations de spécialités complémentaires à l'offre libérale disponible, accès à des plateaux techniques
- des activités optionnelles : médecine d'urgence, centres périnataux de proximité, soins de suite et de réadaptation (SSR), soins palliatifs...

Un hôpital de proximité peut exercer toute activité ou service qui n'est pas exclu (chirurgie et obstétrique), dès que cela répond à un besoin du territoire.

Pour se voir reconnaître hôpitaux de proximité, la labellisation relève d'une démarche volontaire des établissements de santé et d'un engagement à assurer ces missions : c'est pourquoi la pertinence du projet d'établissement relève de l'appréciation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) concernée.

[L'article du code de la santé publique](#)



## Les chiffres clés de la labellisation des hôpitaux de proximité

**276** établissements labellisés

35 établissements privés à but non lucratifs

6 cliniques privées



Un modèle innovant de...

**3**

centres délocalisés de prévention et de soins labellisés dès 2023 en Guyane

**235**

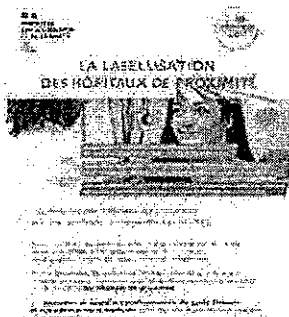
hôpitaux de proximité publics

sur sites géographiques de centre

hospitaliers de plus grande envergure



### Tout savoir sur la procédure de labellisation :



PDF [Téléchargez le flyer : la labellisation des hôpitaux de proximité](#)  
[Téléchargement du pdf \(1.3 Mio\)](#)

### Des modalités spécifiques de fonctionnement et de gouvernance

Le Ségur de la santé amplifie l'ambition de fédérer les acteurs de santé des territoires autour de projets communs, décloisonnés au plus près des besoins de la population. Ainsi, il propose de faire des hôpitaux de proximité des « laboratoires en matière de coopération territoriale ».

C'est pourquoi les hôpitaux de proximité mettent en place des modes d'organisation ouverts sur leurs territoires, facilitant l'émergence d'organisations partagées et décloisonnées, en privilégiant l'articulation avec les projets de santé portés par les CPTS.

Parce que ces établissements de santé ont vocation à être ancrés dans leurs territoires, possibilité leur sera offerte d'élargir leurs instances de pilotage et de décision à des personnalités extérieures.

#### Les articles du code de la santé publique

#### Un modèle de financement adapté

Les nouvelles missions des hôpitaux de proximité ainsi que leur fonctionnement au quotidien sont confortés par un financement sécurisé :

- d'une part, leur activité de médecine bénéficie d'une garantie pluriannuelle de financement pour détendre la contrainte de la seule tarification à l'activité
- d'autre part, leurs projets renforçant l'accès aux soins seront accompagnés par la création d'une dotation de responsabilité territoriale.

#### L'article du code de la sécurité sociale

### La coopération territoriale au cœur du fonctionnement des Hôpitaux de proximité

Pour accomplir les missions qui leur ont été confiées par la loi, l'ordonnance du 12 mai 2021 prévoit que les hôpitaux de proximité labellisés concluent deux types de convention :

- une convention organisant le champ et les modalités de leurs coopérations avec les acteurs de soins de premier recours et plus largement avec la communauté des acteurs du territoire œuvrant pour la santé de la population locale. Si un partenariat naturel est à rechercher avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux sont concernés, aux côtés des collectivités territoriales et partenaires institutionnels
- pour les hôpitaux de proximité de statut publics, une convention avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) dont l'objectif est d'organiser les relations entre le GHT et l'hôpital de proximité afin de formaliser et valoriser les engagements respectifs de chacun, de mettre en lumière les opportunités de la labellisation pour le groupement et la participation des hôpitaux de proximité aux objectifs fixés collectivement dans le projet médical partagé.

Afin d'accompagner cette démarche, le ministère, en partenariat avec l'ANAP, propose des modèles de convention dont les établissements peuvent s'inspirer. L'utilisation de ces modèles ne revêt aucun caractère obligatoire.

**docx** **Modèle convention territoire hôpitaux de proximité** [Téléchargement du docx \(2.9 Mio\)](#)

**docx** **Modèle convention GHT hôpitaux de proximité** [Téléchargement du docx \(1.5 Mio\)](#)

## Documents

**PDF** **vignette\_rs\_chiffres\_cles\_hp.pdf** [Téléchargement du pdf \(210.7 kio\)](#)

**ANNEXE : Dossier d'inscription sur la liste régionale des hôpitaux de proximité**

L'amélioration de la structuration des soins de proximité est un chantier prioritaire porté au sein de *Ma Santé 2022*. Il s'appuie en premier lieu sur le développement de l'exercice coordonné sous toutes ses formes : centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires mais aussi le déploiement des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** pour ce qui relève de la coordination des professionnels de santé.

Ce collectif renforcé du premier recours a également vocation à construire des liens avec les établissements de santé, de tous statuts, de façon à proposer **une offre de soins graduée sur les territoires**, garante de la fluidité des parcours de santé. Pour les établissements de santé publics, cette organisation devra naturellement s'appuyer sur les groupements hospitaliers de territoire.

Le renforcement de l'**hôpital de proximité** constitue une des réponses à cet enjeu majeur du **système de santé**. Point de rencontre avec la médecine de ville, il offre le degré de technicité supplémentaire permettant de maintenir les prises en charge au plus proche du domicile des patients, en articulation étroite avec les acteurs du domicile, du médico-social et du social.

L'article 35 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019<sup>1</sup> confie en effet **une responsabilité territoriale aux hôpitaux de proximité qu'ils partagent avec les acteurs du territoire**. Y sont également définies les **missions et les activités obligatoires** devant être assurées par l'établissement de santé ou le site identifié d'un établissement de santé afin de pouvoir être reconnu comme tel. Ainsi, les hôpitaux de proximité sont désormais définis par leur ancrage territorial et les services qu'ils rendent à la population.

L'ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité précise par que **la liste des hôpitaux de proximité de la région est établie par le directeur général de l'ARS**.

Ce dossier permet à l'établissement de santé ou au site identifié d'un établissement de **formaliser son engagement motivé** pour la réalisation des missions de proximité. Il permettra à l'Agence régionale de santé (ARS) de s'assurer du respect des conditions d'éligibilité fixées dans le décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité.

<sup>1</sup> Article L-6111-3-1 du code de la santé publique

## Hôpitaux de proximité

### I RAPPEL DU CADRE RÉGLEMENTAIRE

#### • LES PRINCIPES

##### 1. Une démarche volontaire

L'inscription dans le modèle d'organisation spécifique de l'hôpital de proximité est une démarche volontaire des établissements de santé. Elle procède donc du souhait de l'établissement de s'engager dans la dynamique de décloisonnement et de réalisation des missions portées par la loi.

##### 2. La possibilité de labelliser un site dépourvu de la personnalité morale

Indépendamment des configurations qui peuvent évoluer dans le cadre des mouvements de regroupement, la qualification « hôpital de proximité » est ouverte aux entités géographiques ne disposant pas de la personnalité morale dès lors que les sites concernés répondent aux conditions d'éligibilité.

##### 3. Une appréciation de l'ARS de l'adéquation du projet proposé au cadre national, formalisée par un arrêté régional fixant la liste des hôpitaux de proximité

La reconnaissance de l'hôpital de proximité revient à l'Agence régionale de santé. Sa décision repose sur l'appréciation du respect des conditions d'éligibilité et du projet proposé par l'établissement pour la réalisation des missions de proximité en lien avec les acteurs de ville et de son ancrage territorial.

#### • LES CONDITIONS D'ELIGIBILITE

##### 1- Organisation d'un fonctionnement intégrant les besoins du territoire

L'hôpital de proximité s'inscrit sur son territoire dans la dynamique d'une meilleure structuration des soins de proximité, en tant que ressource pour les acteurs de la ville, du médico-social et du social. Premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, il a vocation à être intégré dans des filières hospitalières en lien avec les GHT et plus globalement avec les établissements de recours indépendamment de leur statut. Ceci se traduit notamment par :

- Une offre hospitalière permettant une prise en charge en médecine au plus près du domicile des patients afin de faciliter le maintien de la relation avec le médecin traitant
- L'organisation de l'accès à des soins spécialisés ou techniques, lorsque l'état de santé du patient le justifie, en lien avec les établissements de recours
- La co-construction d'actions communes et complémentaires avec les acteurs du territoire autour d'un projet partagé intégrant notamment les orientations des projets de santé des CPTS, des projets médicaux partagés et du projet territorial de santé<sup>2</sup> lorsqu'il existe.

<sup>2</sup> Décret n° 2020-229 du 9 mars 2020 relatif au projet territorial de santé

## Hôpitaux de proximité

### 1. Activités cliniques obligatoires

L'article 35 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 liste les activités devant obligatoirement être assurées par l'établissement de santé : **une activité de médecine autorisée, des consultations de spécialité et un accès à des plateaux techniques.**

**A l'exclusion de l'obstétrique et de la chirurgie<sup>3</sup>, l'hôpital de proximité peut être détenteur de toute autre autorisation de soins** répondant aux besoins du territoire (médecine d'urgence, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, centre périnatal de proximité...). Dans le cadre d'une dérogation accordée par le DGARS, les hôpitaux de proximité pourront également exercer certains actes chirurgicaux programmés.

L'offre de consultations de spécialité qui sera proposée par l'hôpital de proximité doit s'inscrire en **complémentarité de l'offre libérale existante** et dans une dynamique partenariale.

Les plateaux techniques **peuvent être présents sur site ou leur accès organisé par le biais d'un conventionnement** avec les acteurs du territoire (offre libérale, établissements de santé privés, Groupement hospitalier de territoire).

### 2. Implication dans des missions partagées avec les acteurs du territoire

Sur la base des besoins identifiés sur le territoire et des organisations en place (maisons de santé, centres de santé, dispositifs d'appui à la coordination, contrat local de santé...), ainsi que du maillage des CPTS existantes ou en cours de constitution, les hôpitaux de proximité contribuent à la réalisation des missions définies au niveau réglementaire, en lien et en complémentarité avec les professionnels. **L'objectif est de pouvoir créer des synergies entre les initiatives des acteurs de façon à proposer une réponse collective aux besoins de la population.** Ces missions sont détaillées dans la suite du dossier.

## • LES MODALITES DE SORTIE

Le label « hôpital de proximité » est attribué **sans condition de durée**. Néanmoins, le cadre réglementaire<sup>4</sup> prévoit plusieurs situations pouvant conduire l'établissement de santé à ne plus être reconnu comme tel :

### 1- La sortie volontaire :

Conséquence directe du caractère volontaire de la démarche, l'établissement de santé peut, à tout moment, signifier à l'ARS concernée **son choix de quitter le dispositif** « hôpital de proximité » sans avoir à le justifier. L'ARS en prend acte et en informe la Direction générale de l'offre de soins.

<sup>3</sup> En application de la dérogation prévue à l'article L. 6111-3-1 du CSP, visant à autoriser certains actes chirurgicaux programmés, sera définie en 2021 la liste limitative des actes concernés après avis conforme de la Haute autorité de santé.

<sup>4</sup> Décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité

## Hôpitaux de proximité

### 2- La caducité de l'autorisation de médecine :

L'autorisation de médecine est une condition d'éligibilité obligatoire. S'il n'en est plus détenteur, l'établissement de santé ne répond plus au cadre de définition.

### 3- L'évolution de l'offre proposée par l'établissement :

En cas d'évolution significative de l'offre de prises en charge proposée par l'établissement et conduisant à une spécialisation sur un segment restreint d'activité, la qualification « hôpital de proximité » fait l'objet d'une réévaluation par l'ARS compétente.

### 4- Le non-respect des conditions minimales de qualité et de sécurité des soins :

En cas d'impossibilité d'organiser la continuité des soins, l'ARS peut revoir la situation de l'établissement.

### 5- La non-réalisation des missions définies par la loi :

Si l'hôpital de proximité, de façon durable, ne répond plus aux missions dévolues par la loi, la DGARS peut décider de le radier de la liste régionale.

## \* LES MODALITES D'INSTRUCTION DU DOSSIER DE LABELLISATION

Le dossier de labellisation est adressé par l'établissement de santé à son ARS. Chaque ARS définit son calendrier et ses modalités d'instruction. La stratégie de labellisation de l'ARS est conçue comme une déclinaison concrète des orientations du Projet régional de santé de l'agence autour du renforcement de l'accès aux soins. Aussi, l'ARS peut porter une attention plus soutenue sur certains éléments descriptifs proposés dans le dossier en fonction des enjeux locaux de structuration des soins de proximité sur le territoire.

Il est recommandé aux agences de communiquer sur cette stratégie en amont auprès des acteurs de santé, notamment si des critères de priorisation d'instruction de dossier sont retenus et d'institutionnaliser un cadre de dialogue formel avec les établissements de santé, représentants des professionnels de ville, acteurs du domicile et du médico-social, élus locaux par exemple à travers la mise en place d'un comité régional dédié au déploiement des hôpitaux de proximité.

La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la réception de la demande. L'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation.

## \* POURQUOI DEVENIR « HOPITAL DE PROXIMITE » ?

La labellisation « hôpital de proximité » concrétise l'engagement de l'établissement de santé à s'inscrire dans un projet collectif de territoire visant à apporter une réponse au plus près des besoins de santé de la population. Si la prise en charge hospitalière constitue le cœur de métier de ces établissements de santé, ils ont également vocation à s'investir dans des actions plus larges, visant à promouvoir une culture de prévention et de santé publique, apporter de l'expertise pour garantir

## Hôpitaux de proximité

l'accès aux soins de la population en proximité et favoriser la fluidité des parcours de santé notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Ce dossier de labellisation constitue une première étape dans laquelle un état des lieux de la situation de l'établissement est réalisé. Cet exercice comporte également une phase plus prospective dans laquelle l'établissement fait état des perspectives de développement des missions et activités de proximité qu'il souhaite porter.

La reconnaissance de l'hôpital de proximité engage les établissements dans une démarche au long cours d'adaptation et de renforcement de leur offre pour favoriser l'accès aux soins des populations et ne s'épuise pas dans cette procédure. De nouveaux projets pourront ainsi être proposés par l'établissement de santé.

Le positionnement de l'hôpital de proximité sur son territoire et au sein de la gradation des soins hospitaliers appellent par ailleurs à mettre en place en place des modalités de gouvernance adaptées<sup>5</sup> :

- d'une part l'établissement sera tenu de formaliser une convention avec les acteurs du territoire (CPTS, structures d'exercice coordonné, acteurs du domicile, du médico-social...) décrivant les modalités d'organisation des partenaires pour favoriser l'émergence de projets co-construits ;
- d'autre part, pour les établissements de santé publics, une contractualisation sera adoptée avec le GHT de façon à définir les modalités d'organisation et leurs engagements réciproques pour renforcer l'exercice des missions conduites par l'hôpital de proximité ;
- enfin, les hôpitaux de proximité bénéficieront d'un cadre pour proposer des modalités de gouvernance plus intégratives.

Ce dossier peut d'ores-et-déjà être enrichi des perspectives envisagées par l'établissement sur ces différents volets en concertation avec ces partenaires.

En contrepartie de ces engagements, les établissements pourront être accompagnés pour engager ces évolutions. Ils bénéficieront d'un modèle de financement dérogatoire<sup>6</sup> permettant d'une part de sécuriser leur activité de médecine et d'autre part d'une dotation de responsabilité territoriale visant à financer leurs missions élargies.

Ces modalités de financement pourront être complétées en fonction des projets portés par l'établissement : en effet, positionnés en « laboratoire de la coopération territoriale » suite aux concertations du Ségur de la santé, ces établissements ont toute légitimité à proposer et à s'engager dans des projets innovants et expérimentaux. Une attention particulière sera portée au soutien de ces initiatives.

<sup>5</sup> Articles L.6111-3-2 à L.6113-3-4 du code de la santé publique

<sup>6</sup> L'article 33 de la LFSS pour 2020, modifiant l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale précise les modalités de financement applicables aux hôpitaux de proximité. Ils bénéficient d'une garantie de financement pluriannuelle sur leur activité de médecine et d'une dotation de responsabilité territoriale visant à financer ses missions élargies, telles que définies dans la loi OTSS. Un décret d'application viendra préciser le dispositif pour une application en 2021.

## Hôpitaux de proximité

### II- DESCRIPTION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON BASSIN DE POPULATION

#### • PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT, POSITIONNEMENT DANS L'OFFRE DE SOINS TERRITORIALE ET LIENS ENTRETENUS AVEC LES ACTEURS DE SANTE

Pouvez-vous présenter brièvement votre établissement, son positionnement sur le territoire, les autorisations de soins détenues et précisez ce que vous attendez de la labellisation :

Texte libre

#### • DESCRIPTION DES BESOINS DU TERRITOIRE

- Pouvez-vous décrire les principales caractéristiques et problématiques (démographiques, sociales, épidémiologiques, recours aux soins) du bassin de population sur lequel votre établissement est implanté ?

Texte libre

- Un diagnostic de territoire, visant à identifier les besoins de santé de la population du territoire a-t-il été réalisé au cours des quatre dernières années?

Oui

Non

- Si oui<sup>7</sup>, comment l'établissement a-t-il procédé ? S'appuie-t-il sur des diagnostics préexistants (réalisés dans le cadre de son projet médical, d'un projet médical partagé, d'un projet de CPTS, d'un Contrat local de santé ou dans le cadre d'un projet territorial de santé par exemple) ?

Texte libre

#### • UNE OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS REpondant AUX BESOINS DE LA POPULATION

##### 1- Focus sur la prise en charge en médecine

<sup>7</sup> Ce travail de diagnostic peut être joint au présent dossier.



## Hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité sont tenus d'assurer le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine en répondant de manière globale aux besoins de la population de son territoire sans ciblage exclusif sur une pathologie ou une population spécifique.

- Pouvez-vous décrire le projet de l'établissement concernant son activité de médecine (patientèle accueillie, offre proposée ou en développement- capacités, mode de prise en charge- principaux modes d'entrée...)?

Texte libre

- Afin d'illustrer la description précédente, pouvez-vous renseigner les indicateurs suivants<sup>8</sup> ?

<p><i>Provenance des patients</i> : pouvez-vous lister ou cartographier les communes de résidence de la majorité de votre patientèle (80%) ?</p>	
<p><i>Case-mix de l'établissement</i> : pouvez-vous indiquer les groupes d'activité les plus fréquents<sup>9</sup> (5 à 10) ou nécessaires pour réaliser 80% de l'activité ?</p>	
<p><i>Quelles sont les modalités d'admission des patients en médecine ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Part de la patientèle hospitalisée directement depuis le domicile (incluant les structures d'hébergement médico-sociale)</li> <li>• Part de la patientèle hospitalisée à la suite d'un transfert depuis un autre établissement de santé</li> <li>• Part de la patientèle hospitalisée à la suite d'un passage dans un service d'urgence</li> </ul>	

- Pouvez-vous décrire la façon dont est organisée la permanence d'accès aux soins sur votre territoire et la façon dont votre établissement y concourt le cas échéant ?

Texte libre

## 2- Inscription dans des filières de soins hospitaliers

<sup>8</sup> Ces indicateurs ne sont pas des critères d'éligibilité mais illustrent la façon dont l'activité de médecine est ancrée dans le territoire

<sup>9</sup> Incluant les séances de radiothérapie et de chimiothérapie

### Hôpitaux de proximité

- Quelles sont les autres autorisations de soins (médecine d'urgence, hospitalisation à domicile, psychiatrie...) ou les services (pharmacie à usage intérieur, centre périnatal de proximité, équipes mobiles) proposés par votre établissement ? Comment ces activités et services permettent-ils de renforcer l'offre de soins de proximité ?

Texte libre

- Pouvez-vous décrire comment sont organisées les filières de soins entre les établissements du territoire et pour les établissements publics dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, pour assurer une prise en charge plus spécialisée dès lors que l'état de santé des patients le justifie (l'exemple d'un parcours type peut être décrit, ex : obstétrique, chirurgie, gériatrie, insuffisance cardiaque, diabète...)?

Texte libre

### 3- Rôle de l'établissement dans la réponse aux besoins de soins post-aigus

- Pouvez-vous préciser l'organisation de l'aval sur le territoire et la place de votre établissement dans ce schéma à la fois sur le volet sanitaire (prise en charge en SSR, relation avec les acteurs du domicile et notamment l'HAD et le cas échéant, les EHPAD) et sur le volet médico-social et social (portage de repas par exemple)?

Texte libre

## Hôpitaux de proximité

### III- ORGANISATION DU LIEN AVEC LES ACTEURS DU TERRITOIRE

L'article 35 de la loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019 fait de l'hôpital de proximité une structure hospitalière ouverte sur les acteurs de ville, de sorte qu'ils partagent une responsabilité territoriale au service d'une population. Cette coordination ville - hôpital a pour objectif, d'une part, de garantir la qualité des prises en charge en assurant la continuité des parcours et d'autre part, d'organiser l'accès aux soins- programmés et non programmés- et services de santé sur le territoire. Ces coopérations doivent également inclure les acteurs du médico-social et du domicile. De même, une synergie sera recherchée avec les initiatives émanant des usagers et des élus locaux.

Pour se faire, les acteurs du territoire mettent en place des modalités de coopération et de co-construction.

Les rubriques suivantes visent à apprécier la maturité de l'organisation du lien ville-hôpital et le degré d'implantation de l'établissement sur son territoire. Il n'est pas, à ce stade, exigé que cette coopération soit d'ores-et-déjà formalisée, mais elle doit être déjà prévue et considérée comme une ambition de moyen terme pour l'hôpital de proximité.

#### • STRUCTURATION ACTUELLE DU PREMIER RECOURS SUR LE TERRITOIRE

- Existe-t-il une ou plusieurs CPTS sur le territoire d'implantation de votre établissement de santé ?

Oui

Non

- Si oui, avez-vous connaissance des priorités définies au sein du/des projet(s) de santé ? A quel stade de développement et sur quels champs votre établissement et la CPTS coopèrent-ils ?

Texte libre

- Si non, comment est à ce jour organisée l'offre de ville présente sur votre territoire (exercice regroupé en maisons de santé ou centre de santé, exercice isolé des professionnels, conventions, associations etc.) ?

Texte libre

#### • PARTENARIATS FORMALISES, COOPERATIONS EN PLACE OU ENVISAGEES

### Hôpitaux de proximité

- Des médecins exercent-ils en temps partagé au sein de votre établissement parallèlement à une activité ambulatoire (exercice mixte ville-hôpital) ?

Oui Non 

- Si oui, quelles spécialités sont représentées et dans quel cadre d'exercice ces praticiens s'inscrivent-ils au titre de leur activité ambulatoire (cabinet libéral, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, etc.) ?

Texte libre

- Quelles sont les coopérations effectives pour la prise en charge des patients de votre établissements (ou site) avec les différents acteurs de santé du territoire (médecine de ville, établissements médico-sociaux, acteurs du domicile etc.) ?

Texte libre

### • MODALITES D'ASSOCIATION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DES REPRESENTANTS DES USAGERS

- Certaines actions engagées et concourant au renforcement de l'offre de soins de proximité ont-elles fait l'objet d'une co-construction avec des élus locaux et/ou des représentants des usagers ?

Oui Non 

- Si oui, pouvez-vous décrire lesquelles et le cadre de travail mobilisé ?

Texte libre

- Comment l'établissement intègre-t-il les initiatives portées par des collectivités territoriales au sein de son projet pour le territoire (actions sociales et médico-sociales, prévention et santé environnementale, aide à l'installation des professionnels de santé par exemple...)?

Texte libre

**Hôpitaux de proximité**

- L'établissement est-il signataire ou engagé dans une démarche de construction d'un contrat local de santé ?

Oui Non 

- Si oui, quelles sont les principaux axes de travail identifiés par les partenaires ?

Texte libre

## Hôpitaux de proximité

### IV- PROJET DE L'ETABLISSEMENT : MISE EN ŒUVRE DES MISSIONS DE PROXIMITÉ

Depuis la loi d'Organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019, les missions de l'hôpital de proximité sont définies à l'article L 6111-3-1 du code de la santé publique.

Les services proposés par l'hôpital de proximité s'inscrivent en complémentarité de l'offre assurée par les acteurs du territoire (professionnels de santé du premier recours, établissements médico-sociaux etc.). Ainsi, si certaines missions sont pleinement couvertes par les professionnels de ville du territoire, l'hôpital de proximité peut ne pas les investir. Ceci n'affectera pas la décision de labellisation. En revanche, des modalités d'information sont à prévoir pour articuler au mieux les initiatives des acteurs.

Enfin, il n'est pas attendu de l'établissement de santé (ou site) candidat que l'ensemble des missions soient mises en œuvre de manière effective au moment de la labellisation. Afin de tenir compte des contextes locaux, un temps de montée en charge est donc laissé à l'hôpital de proximité pour le développement des missions. Ainsi, l'ARS appréciera le projet proposé par l'établissement (ou site) candidat dans le processus de labellisation, à partir de la situation existante et des perspectives de déploiement de nouveaux services et missions.

#### • CONSULTATIONS DE SPECIALITES

Les hôpitaux de proximité participent, avec les professionnels de santé de ville, à l'accès de la population à une expertise médicale en proximité. Cela passe par le développement d'une offre de consultations de spécialités, complémentaire à celle proposée par les professionnels de ville. Ces actes externes, qui comprennent également des consultations de médecine générale, sont destinés à la population du territoire et peuvent être réalisés au moyen d'outils de télésanté.

- Votre établissement propose-t-il une offre de consultation de spécialités (actes externes destinés à la population du territoire, consultations avancées)<sup>10</sup>?

Oui

Non

Spécialité	Praticien réalisant la consultation (praticien ou salarié de l'ES / praticien ou salarié d'un ES partenaire / professionnel de ville)	Modalités d'accès (consultations avancées, télémedecine, numéro unique, plages horaires)

<sup>10</sup> Cette offre peut être déployée par une structure juridique annexe adossée à l'établissement

### Hôpitaux de proximité


- Si oui, comment sont-elles assurées (spécialités, plages horaires, modalités, praticiens hospitaliers de l'établissement ou exerçant au sein d'une autre structure, médecins libéraux du territoire) ?

Texte libre

- Si non, le développement d'un plateau de consultation de spécialités est-il inscrit dans le projet médical de l'établissement ?

Spécialité	Praticien réalisant la consultation (praticien ou salarié de l'ES / praticien ou salarié d'un ES partenaire / professionnel de ville)	Modalités d'accès (consultations avancées, télé-médecine, numéro unique, plages horaires)	Etat d'avancement du projet de mise en place de la consultation

- Si votre établissement ne dispose pas d'une offre de consultations de spécialités et que son développement n'est pas prévu, pouvez-vous en préciser les raisons (offre de ville présente et suffisante, absence de ressources médicales spécialisées, contraintes architecturales ou budgétaires) ?

Texte libre

### • PLATEAUX TECHNIQUES, TELESANTE ET TELESOIN

### Hôpitaux de proximité

Selon l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, les hôpitaux de proximité disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté.

- Pouvez-vous décrire comment votre établissement organise l'accès à des équipements d'imagerie médicale ?

Equipement d'imagerie	Disponible sur site (oui/non)	Modalités d'accès et d'organisation de la continuité des soins le cas échéant

- Votre établissement dispose-t-il sur site d'un plateau technique de biologie médicale ?

Oui

Non

- Si oui, de quel type d'offre sur site dispose-t-il ?

Texte libre

- Si non, pouvez-vous décrire comme est organisé l'accès à un plateau technique de biologie médicale ?

Texte libre

- Votre établissement mobilise-t-il la télémedecine ou le télésoin dans le cadre des prises en charge qu'il propose ?

Oui

Non

- Si oui, pouvez-vous décrire des exemples d'utilisation ?

Texte libre

- Votre établissement dispose-t-il d'équipements de télésanté ?



## Hôpitaux de proximité

Oui Non 

○ Si oui, lesquels ?

Texte libre

- La mobilisation de la télémédecine et du télésoin sont-ils prévus dans le projet médical pour appuyer le renforcement de certaines activités ou services à la population? Si oui, sur quels segments de prise en charge ?

Oui Non 

Texte libre

- Quels leviers ou freins identifiez-vous pour le développement de l'usage de la télémédecine et du télésoin au sein de votre établissement?

Texte libre

- **APPUI AUX ACTEURS DU PREMIER RECOURS ET DU TERRITOIRE**

Enjeu de décloisonnement fort entre les acteurs, l'appui des hôpitaux de proximité aux professionnels du premier recours et du territoire peut prendre diverses formes, de l'élaboration de protocoles de prises en charge à la mutualisation de ressources.

A titre d'exemple, cette mission peut recouvrir les actions suivantes :

- Des modalités de fonctionnement partagées :
  - Existence de liens formalisés avec une CPTS et/ou des structures d'exercice coordonné
  - Temps de rencontre institués
  - Mise en place d'instances de gouvernance partagée
- Structuration de parcours de prises en charge en lien notamment avec les dispositifs d'appui du territoire :
  - Protocoles de prise en charge pour certaines pathologies ou populations
  - Organisation des admissions directes (numéro unique etc.) permettant notamment d'éviter le passage aux urgences

### Hôpitaux de proximité

- Préparation conjointe du retour à domicile
- Réunions de concertation pluriprofessionnelles
- Mise en place de systèmes d'informations partagées (messagerie sécurisée par exemple)
- Mutualisation des ressources :
  - Exercice mixte des professionnels en ville et dans l'hôpital
  - Ouverture des plateaux techniques
  - Mise à disposition de locaux
- Actions de formation (accueil d'internes etc.)
- Mise en place de cellules d'appui et d'équipes mobiles ou partenariat avec ce type d'offre
- Appui aux établissements sociaux et médico-sociaux et aux acteurs du domicile
- Etc.

**Description de l'existant :** actions mises en place pour répondre à cette mission (ou dont la mise en place est imminente<sup>11</sup>), partenaires associés.

Texte libre

**Description du projet :** actions envisagées pour répondre à cette mission, partenaires associés, condition de mise en œuvre (freins et leviers, échéance).

Texte libre

#### • PRISE EN CHARGE ET MAINTIEN DANS LEUR LIEU DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE, EN LIEN AVEC LE MEDECIN TRAITANT

En garantissant l'accès en proximité à une prise en charge hospitalière coordonnée avec les acteurs ville et en facilitant l'accès ponctuel à des expertises, l'hôpital de proximité contribue à améliorer la qualité du parcours des personnes en situation de vulnérabilité, en appui du médecin traitant et des acteurs du domicile.

A titre d'exemple, cette mission peut recouvrir les actions suivantes :

- Formalisation des modalités d'organisation avec les acteurs du domicile (SSIAD, HAD, IDE libérales...)
- Formalisation des modalités d'organisation avec les établissements sociaux et médico-sociaux ou prenant par exemple en charge des personnes en situation de handicap
- Formalisation des liens avec les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et les services sociaux

<sup>11</sup> Dans un délai de 6 mois

### Hôpitaux de proximité

- Participation à des actions de repérage de la fragilité et de la perte d'autonomie à destination des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques
- Mise en place d'équipe mobile extrahospitalière visant à projeter une expertise au domicile ou partenariat avec ce type d'offre
- Soutien aux EHPAD du territoire (protocoles d'admissions et de sortie, mise en place d'actions dans le domaine bucco-dentaire...).
- Etc

**Description de l'existant :** actions mises en place pour répondre à cette mission (ou dont la mise en place est imminente<sup>12</sup>), partenaires associés.

*Texte libre*

**Description du projet :** actions envisagées pour répondre à cette mission, partenaires associés, condition de mise en œuvre (freins et leviers, échéance).

*Texte libre*

- Dès lors que des actions visant à favoriser le maintien dans leur lieu de vie des personnes en situation de vulnérabilité sont engagées, comment est organisé le retour d'information aux médecins traitants ?

*Texte libre*

### • PREVENTION ET ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE

Le renforcement de l'approche préventive est un enjeu important de notre système de santé, qui doit notamment répondre efficacement à la prévalence des maladies chroniques et au vieillissement de la population. C'est ainsi que l'organisation des actions de prévention sur le territoire a été inscrite dans les missions des CPTS.

Sur la base d'éléments de diagnostics partagés avec les autres acteurs du territoire, et en cohérence notamment avec les besoins identifiés par les CPTS, les offreurs de soins ont un rôle à jouer tant dans la sensibilisation de la population aux comportements protecteurs de la santé (nutrition, tabac etc.), et l'organisation de dépistage précoce que dans l'accompagnement des patients atteints de pathologie chronique afin de prévenir les complications éventuelles.

<sup>12</sup> Dans un délai de 6 mois

### Hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité, par leur intégration sur leur bassin de population et leur capacité de mise en réseau des acteurs du territoire peuvent contribuer à cette mission de santé publique.

A titre d'exemple, cette mission peut recouvrir les actions suivantes :

- Appui aux équipes des EHPAD pour la prévention de la perte d'autonomie (formation des personnels, projection de ressources) et de la dénutrition par exemple
- Mise à disposition de ressources humaines et matérielles sur des actions de prévention grand public
- Facilitation de l'accès aux plateaux techniques pour la réalisation des dépistages pour optimiser les délais en lien avec la médecine de ville
- Réalisation de bilans (en hospitalisation de jour notamment)
- Mise en place ou contribution à une offre d'éducation thérapeutique sur le territoire
- Participation aux actions définies dans un contrat local de santé s'il existe sur le territoire
- Appui à des initiatives portées par des associations de patients (information grand public ou actions plus ciblées)
- Contribution à des dispositifs portés par les collectivités territoriales
- Etc.

**Description de l'existant :** actions mises en place pour répondre à cette mission (ou dont la mise en place est imminente<sup>13</sup>), partenaires associés.

Texte libre

**Description du projet :** actions envisagées pour répondre à cette mission, partenaires associés, condition de mise en œuvre (freins et leviers, échéance).

Texte libre

- **PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS ET A LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE, EN COMPLEMENTARITE AVEC LES STRUCTURES ET LES PROFESSIONNELS DE LA MEDECINE AMBULATOIRE**

L'accès à une offre de soins non programmés est une priorité nationale. A partir du projet de santé proposé par les CPTS, l'hôpital de proximité peut, le cas échéant, intervenir en appui et complémentarité des organisations et de l'offre mises en place par les acteurs du premier recours pour assurer la permanence des soins ambulatoire.

<sup>13</sup> Dans un délai de 6 mois



une opportunité pour repenser la décentralisation en santé ?

Redonner une place aux hôpitaux de proximité

Quelques constats

Cloisonnement des acteurs de santé  
(ville - hôpital & sanitaire - médico-social)

Accentuation des déserts médicaux au regard de la  
démographie médicale

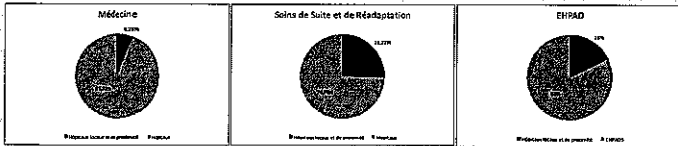
Performance du maillage territorial des  
hôpitaux de proximité pendant la crise sanitaire

Enjeux et défis

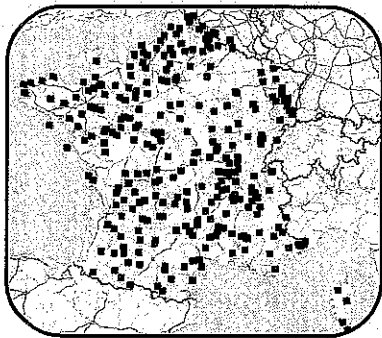
Prévenir les ruptures de parcours dans un  
contexte de vieillissement de la population

Offrir un levier d'optimisation d'une  
ressource médicale rare

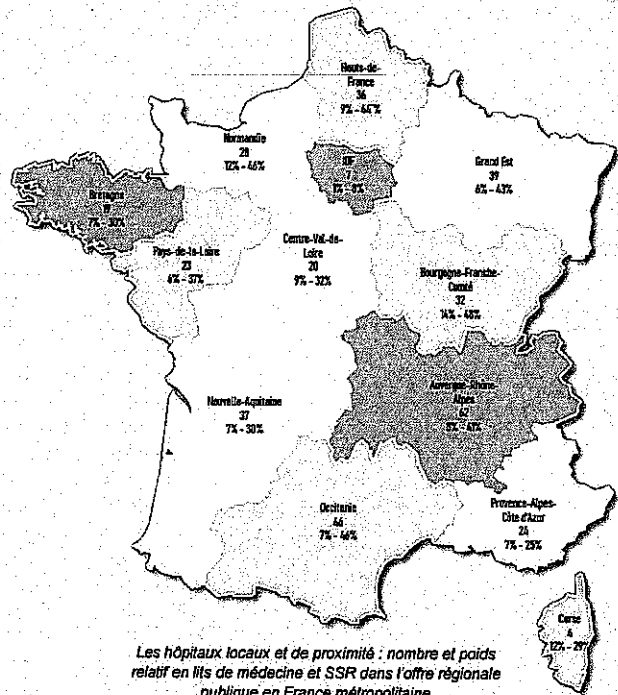
Réinvestir le territoire dans le service d'accès aux soins



Le poids des hôpitaux locaux et de proximité dans l'offre publique sanitaire et médico-sociale (EHPAD) en France métropolitaine



Les hôpitaux locaux et de proximité :  
implantation en France métropolitaine, un  
maillage péri-urbain



Les hôpitaux locaux et de proximité : nombre et poids  
relatif en lits de médecine et SSR dans l'offre régionale  
publique en France métropolitaine

La crise, un révélateur des limites de l'offre hospitalière  
mais également du potentiel des hôpitaux de proximité

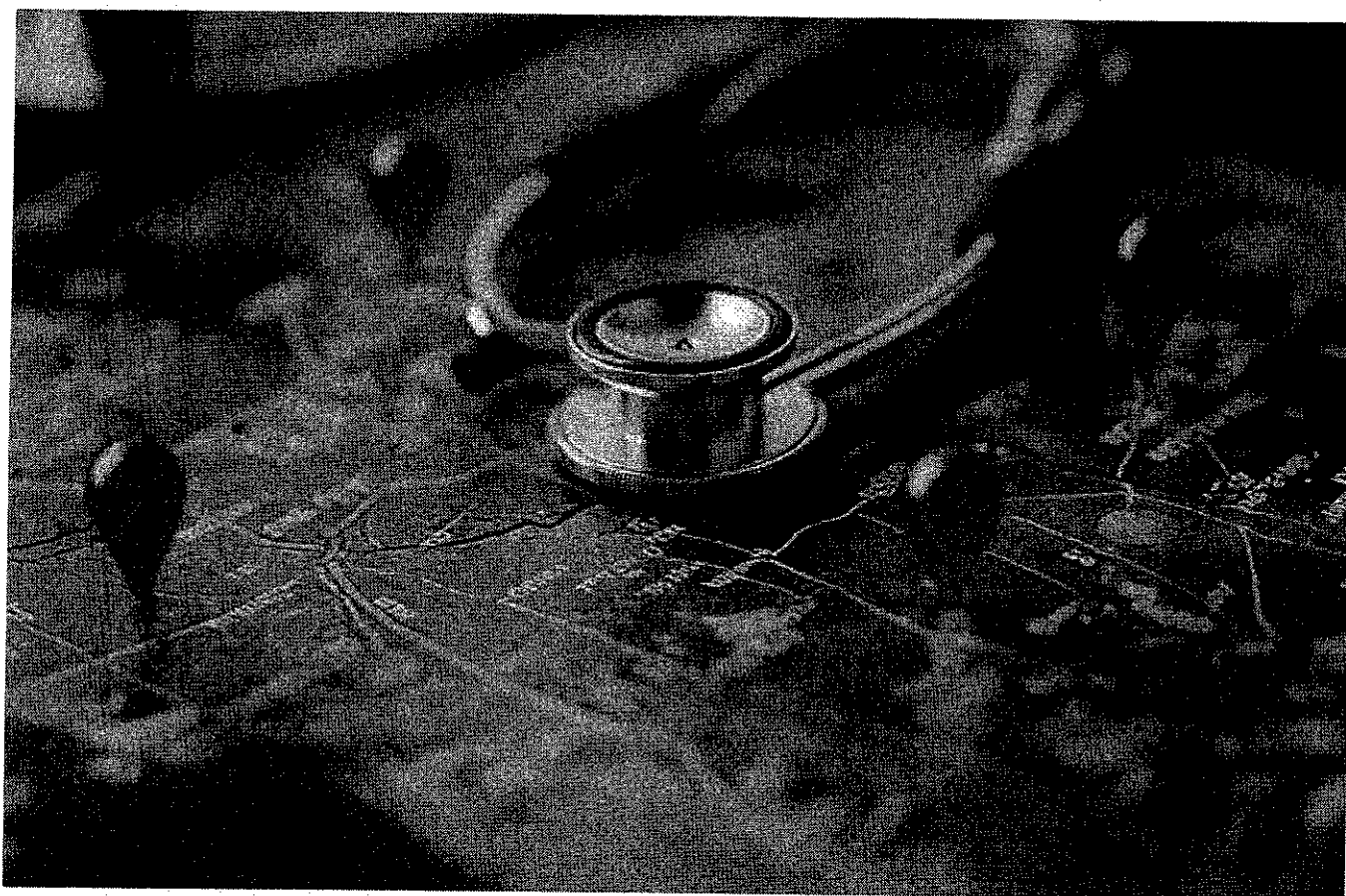
Des structures possédant les cultures sanitaires ET médicosociales,  
échelon pertinent des coopérations avec la ville

Un maillage territorial resserré, déjà opérant,  
et à consolider

Renforcer les hôpitaux de proximité :  
faire le choix de l'efficacité des politiques publiques pour la santé de tous



SCAN ME



© Adobe Stock

PAROLES D'ACTEURS

édito

## **Les hôpitaux de proximité, désormais ces "laboratoires en matière de coopération territoriale" ?**

Sur le territoire, 315 hôpitaux de proximité sont labellisés depuis l'ordonnance du 12 mai 2021. Un bilan positif tant pour les pouvoirs publics que pour les professionnels de santé qui y font appel. Car la réforme a redynamisé ces établissements, les érigeant comme trait d'union entre le monde hospitalier et les acteurs libéraux. Comment ont-ils aidé à développer l'offre de soins dans les territoires ?

ren Ramsay, rédactrice en chef



**Article publié dans *Concours pluripro*, novembre 2024**

L'hôpital de proximité est le fruit d'une longue histoire. Une histoire qui démarre en 1958 avec la notion d'"hôpital local" et connaît un rebondissement avec le plan "Ma santé 2022" qui ancre l'établissement hospitalier au coeur de l'offre de soins de ville. L'hôpital de proximité, premier niveau de la gradation des soins hospitaliers donc, mais aussi structure davantage orientée vers le territoire, au sein duquel elle facilite l'émergence de projets communs et décroisonnés, et favorise l'articulation avec les projets de santé portés notamment par les CPTS. Depuis sa labellisation en 2021, l'hôpital de proximité s'est réinventé... et heureusement !

Car l'hôpital public est en souffrance, saturé de devoir gérer tout ou partie du parcours de soins avec des moyens toujours plus limités, de voir son attractivité décliner et ses contraintes financières se multiplier, de compenser la dégradation de l'accès à la médecine de ville, d'être devenu, involontairement, une porte d'entrée dans le système de santé pour des populations sans autre choix. Face à cette crise du premier recours, les hôpitaux de proximité veulent redonner un souffle d'air au système de santé. Comment ? En s'érigeant comme trait d'union entre le monde ambulatoire et le secteur hospitalier, en décroisonnant les modes de prise en charge, en organisant de vrais parcours de soins...

Cette première ligne de proximité doit être renforcée, protégée, valorisée afin de développer la coopération entre les acteurs libéraux, les professionnels hospitaliers et médico-sociaux et, *in fine*, améliorer le

parcours patient. Une dynamique territoriale qui, en s'appuyant sur l'hôpital de proximité, permettra de maintenir les prises en charge au plus près du

lieu de vie du patient, de répondre aux demandes de soins non programmés, d'assurer plus facilement les soins de suite et de réadaptation, de favoriser le maintien à domicile, de mieux suivre les patients chroniques...

Coordination entre professionnels, fluidité des parcours de soin, équipes pluriprofessionnelles... En s'ouvrant sur les territoires, les hôpitaux de proximité deviennent ces "*laboratoires en matière de coopération territoriale*", comme le souhaitait le Ségur de la santé. Mais au-delà du label, il faut un engagement sur le long terme afin que les partenariats se consolident et que le territoire s'en trouve grandi. Une sorte de fait-maison pour réinventer la santé de proximité.