

MISSION « FLASH »

LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

La commission des affaires sociales a créé, en 2024, une mission d'évaluation de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « loi OTSS ». Dans ce cadre, M. Yannick Monnet a été chargé d'évaluer la réforme des hôpitaux de proximité prévue à l'article 35 de ladite loi.

Le rapporteur a entendu :

- la direction générale de l'offre de soins (DGOS), en charge du déploiement et du suivi de la réforme ;
- les fédérations hospitalières : Fédération hospitalière de France (FHF), Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés à but non lucratif (Fehap) et Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ;
- la Fédération nationale des établissements de santé de proximité (FNESP), qui rassemble l'essentiel des établissements labellisés ;
- la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS) ;
- et l'ensemble des agences régionales de santé métropolitaines, chargées de la mise en œuvre opérationnelle de la réforme.

Par ailleurs, le rapporteur est allé à la rencontre de la direction et du personnel de l'hôpital Cœur du Bourbonnais, ainsi que des professionnels de ville qui coopèrent avec cet hôpital de proximité labellisé.



Rapporteur
[M. Yannick Monnet](#)
Député de l'Allier
(Gauche Démocrate et Républicaine)

Introduction

La catégorie des « hôpitaux de proximité » est apparue en 2015 dans le code de la santé publique. Elle rassemblait alors les anciens hôpitaux locaux, caractérisés par des activités limitées dans leur nature et leur volume.

Ce modèle a été profondément réformé par la loi du 24 juillet 2019. Désormais octroyé au terme d'une procédure de labellisation conduite par les agences régionales de santé (ARS), le statut d'hôpital de proximité ouvre droit à des modalités de financement spécifiques en contrepartie de l'exercice de missions reposant sur une responsabilité territoriale partagée avec les acteurs de la ville.

Si cette réforme, dont l'entrée en vigueur demeure récente, est globalement jugée très favorablement par l'ensemble des acteurs rencontrés, il importera de veiller, dans les années à venir, à la mise en œuvre effective des missions données à ces établissements.

I. UNE RÉFORME DESTINÉE À SAUVEGARDER L'OFFRE HOSPITALIÈRE DE PROXIMITÉ EN LA RÉORIENTANT AUTOUR DE GRANDES MISSIONS

Conçue dans le plan « Ma santé 2022 », la réforme des hôpitaux de proximité contrebalançait le mouvement de centralisation de l'offre hospitalière issu de l'« acte II » des groupements hospitaliers de territoire (GHT), en pérennisant une offre de soins de premier recours en proximité.

A. Une réforme votée dans la loi « OTSS » mais dont le corpus juridique n'a été finalisé qu'en 2022

Les contours de la réforme ont été définis en étapes successives étalées sur trois années, la crise sanitaire ayant allongé les délais d'élaboration des textes. Lors de son audition, la Fédération hospitalière de France a cependant estimé que cette temporalité avait permis **une co-construction du modèle** avec les acteurs.

➤ *L'article 35 de la loi « OTSS » a redéfini la catégorie des hôpitaux de proximité*

La nouvelle rédaction de l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique définit désormais les hôpitaux de proximité comme **des structures publiques ou privées** exerçant les **missions suivantes** :

- appui aux professionnels de santé de la ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population ;
- prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité ;
- actions de prévention et de promotion de la santé sur le territoire ;
- contribution à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge.

Pour l'accomplissement de ces missions, la loi impose que les établissements donnent accès à **une offre de soins minimale** : activité de médecine polyvalente, consultations de spécialité, plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale et équipements de télésanté. En revanche, sauf dérogation consentie par l'ARS, et seulement pour certains actes chirurgicaux programmés, ils ne peuvent pas avoir d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.

Il convient de noter que ces établissements ne sont **pas nécessairement dotés de la personnalité juridique** : un site géographique d'un établissement de santé plus important peut obtenir ce statut.

Pour le reste, la loi habilite le Gouvernement à **légiférer par ordonnance** pour définir le processus de labellisation de ces hôpitaux et préciser leurs modalités d'organisation, de fonctionnement ainsi que de gouvernance.

➤ *L'ordonnance du 12 mai 2021¹ a complété ce socle législatif*

Cette ordonnance prévoit que **le processus de labellisation** des hôpitaux de proximité ressortit au directeur général de l'ARS (L. 6111-3-1), qui examine les candidatures dans un délai de six mois après leur réception et arrête la liste des établissements labellisés. Cette procédure a été précisée par un décret du 12 mai 2021², qui a détaillé les conditions d'éligibilité et défini les modalités des candidatures, ainsi que d'éventuels retraits du label.

¹ Ordonnance n° 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité.

² Décret n° 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité.

Pour donner corps à la notion de responsabilité territoriale partagée avec les acteurs de la ville, l'ordonnance a par ailleurs imposé aux hôpitaux de proximité (L. 6111-3-2) de **conclure des conventions avec l'ensemble des partenaires du territoire** (établissements, communautés professionnelles territoriales de santé, autres acteurs de santé, collectivités territoriales) dans un délai d'un an après leur labellisation, afin de définir les moyens d'exercice des missions qui leur incombent. Ces conventions sont transmises à l'ARS pour faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi réguliers.

L'ordonnance prévoit également que les hôpitaux de proximité de statut public doivent conclure une **convention avec l'établissement support de leur GHT**, selon les mêmes modalités (L. 6111-3-3).

Enfin, les hôpitaux de proximité de statut public sont autorisés à **adapter leurs instances de gouvernance interne** (L. 6111-3-4), pour faire participer les partenaires du territoire au directoire ou à la commission médicale d'établissement (CME), sur autorisation du directeur général de l'ARS. Par ailleurs, les hôpitaux de proximité dépourvus de personnalité juridique, donc d'instances de gouvernance propres, pourront instituer une sous-CME ou une commission médico-soignante dédiée à l'exercice de leurs missions de proximité.

➤ ***Le modèle de financement a été défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et le décret du 11 février 2022***

L'une des caractéristiques clé de la réforme des hôpitaux de proximité est la définition d'un modèle de financement dérogatoire, directement en lien avec la spécificité de ces établissements et la singularité de leurs missions. Il s'agissait de proposer pour eux un mode de financement simple et lisible, indépendamment de leur statut, qui :

- sécurise leur activité socle dans un contexte où la plupart exerce une activité de médecine fluctuante, difficilement valorisable avec la tarification à l'activité (T2A) ;

- permette de financer leurs missions élargies, en lien avec la ville. Pour cela, il importait de sortir d'une logique de production d'actes au profit de modalités de financement encourageant la coopération entre acteurs.

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020³ a défini ces modalités de financement (article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale), précisées par un décret du 11 février 2022⁴. Elles reposent sur deux grandes enveloppes.

- À titre principal, une garantie pluriannuelle de financement, appelée **dotation forfaitaire garantie** (DFG), sécurise les recettes de l'activité de médecine. Son montant est établi pour trois ans par le directeur général de l'ARS, et correspond en général à la moyenne des recettes perçues par l'établissement au cours des deux années précédentes au titre des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le montant de cette dotation **peut être modulé** par le directeur général de l'ARS en fonction de divers critères (variation importante attendue de l'activité, niveau inférieur à un montant plancher, etc.).

³ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴ Décret n° 2022-168 du 11 février 2022 relatif au financement des hôpitaux de proximité.

La dotation peut être assortie d'un **complément de financement** si le montant correspondant aux données issues de l'activité de l'établissement excède celui de la dotation garantie, de façon à inciter au développement de l'activité de médecine.

Le montant de la dotation est révisé à l'issue de la période triennale, en fonction des recettes effectivement perçues par l'établissement au titre de l'activité de médecine. Cependant, le directeur général de l'ARS conserve la possibilité de le modifier pour tenir compte d'une variation significative du niveau et de la structure de l'activité ou des résultats obtenus par l'établissement dans les indicateurs de qualité des prises en charge.

En pratique, en 2025, la dotation forfaitaire garantie représente globalement **plus de 95 % des ressources** des hôpitaux de proximité sur le périmètre sanitaire, soit 1 267 millions d'euros.

- À titre subsidiaire, une **dotation de responsabilité territoriale** (DRT) finance les missions spécifiques des hôpitaux de proximité en lien avec les acteurs du territoire, dont les missions obligatoires (mise en place des consultations de spécialités, développement et maintien des plateaux techniques d'imagerie et de biologie, outils de télésanté), certaines autres missions facultatives, ainsi que les indemnités versées aux praticiens libéraux intervenant à l'hôpital.

D'un montant annuel de **65 millions d'euros** depuis 2022, cette dotation est répartie en fonction du nombre d'établissements labellisés entre les ARS. Ces dernières l'allouent aux hôpitaux sous la forme d'une **part fixe**, établie à 75 000 euros pour chaque établissement, et d'une **part variable**, déterminée en fonction de l'activité et de la contribution de chaque établissement aux missions obligatoires, selon des critères propres à chaque agence. Comme pour la DFG, le montant de la DRT pour chaque établissement est établi pour **trois ans**.

À l'issue de la première période triennale, donc à compter de 2025 pour les premiers hôpitaux labellisés, il est prévu que la DRT incorpore un complément de financement à la qualité, ou « **bonus qualité** », en fonction des résultats obtenus par chaque établissement suivant des indicateurs établis par l'ARS (communs à tous ou propres à un établissement), et se rapportant à la qualité de la mise en œuvre de ses missions, de la réponse aux besoins de santé, des prises en charge et de la coopération avec les acteurs du territoire.

Contrairement à la DFG, la DRT est financée dans le cadre d'une **enveloppe fermée à l'échelle nationale**. La montée en charge du processus de labellisation induit donc une réduction du montant disponible pour la dotation variable de chaque établissement.

B. Une mise en œuvre déléguée aux agences régionales de santé

- ***Une bonne mobilisation des acteurs a permis une montée en charge assez rapide du dispositif***

Le déploiement de la réforme des hôpitaux de proximité reposant essentiellement sur les agences régionales de santé, chargées du processus de labellisation puis de la contractualisation avec les établissements et de leur évaluation, le rapporteur a auditionné l'ensemble des ARS métropolitaines ainsi que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé, à qui revient le suivi de la réforme.

Il en ressort **une bonne mobilisation des acteurs** – ARS et établissements. Le plus souvent, les critères de labellisation sont apparus **simples et opérationnels**, permettant à de nombreux établissements de postuler dès 2022 et favorisant une montée en charge relativement rapide du dispositif.

Il convient de noter que les établissements demandeurs peuvent bénéficier d'un accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) pour répondre aux critères de labellisation, puis pour établir les conventions nécessaires avec les partenaires du territoire ou encore pour exécuter leurs missions.

➤ ***Trois ans après le début du déploiement de la réforme, une cartographie à peu près finalisée***

En juillet 2025, **327 établissements** avaient été labellisés « hôpital de proximité ». 276 d'entre eux sont des hôpitaux publics ou des sites s'y rattachant. 38 établissements ont le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic), tandis que 13 sont des établissements privés à but lucratif.

En général, les ARS auditionnées ont estimé **le maillage des hôpitaux de proximité à peu près stabilisé** sur leur territoire. L'essentiel des établissements qui pouvaient prétendre au label – c'est-à-dire les établissements dotés d'un service de médecine polyvalente mais sans autorisation de chirurgie ou d'obstétrique, et avec un projet suffisamment tourné vers la ville – avaient d'ores et déjà déposé leur candidature. Des évolutions à la marge étaient attendues avec l'entrée en vigueur, en 2025, des nouvelles autorisations sanitaires, qui pourraient conduire à l'ouverture de lits de médecine rendant éligible à la labellisation.

Le rapporteur tient à souligner **le volontarisme de certaines ARS**, à l'image de celles des Pays de la Loire et d'Occitanie, pour recréer des autorisations de médecine afin de répondre aux besoins de santé sur leur territoire. Cette bonne volonté se heurte cependant parfois à la réalité de la démographie médicale dans certains territoires particulièrement sinistrés. Ainsi, en 2025, trois hôpitaux de proximité ont perdu leur label en raison de leur incapacité à faire fonctionner un service de médecine, faute de ressource médicale disponible.

Les ARS ont par ailleurs rapporté avoir, de façon plutôt rare, **refusé de labelliser des établissements** ne remplissant pas les critères attendus, le plus souvent parce qu'ils n'avaient **pas d'activité de médecine polyvalente**. Le caractère incontournable de ce critère a été critiqué par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), au motif qu'il a conduit à écarter la plupart de ses établissements. Le rapporteur estime néanmoins que la nécessité d'une offre de médecine polyvalente de base est cohérente avec l'ambition d'organiser autour de l'hôpital de proximité l'accès à une offre de soins de premier recours pour l'ensemble de la population.

Si l'on déplore donc certaines zones blanches liées à l'absence d'établissement doté d'une autorisation de médecine, le maillage des hôpitaux de proximité est jugé globalement satisfaisant par les ARS, couvrant, pour l'essentiel, des zones rurales ou semi-rurales, où le maintien d'une offre de soins de premier recours constitue un enjeu particulier.

II. DES DÉBUTS PLUTÔT ENCOURAGEANTS QUI DOIVENT ÊTRE CONFIRMÉS PAR DES RÉSULTATS CONCRETS DANS LA MISE EN ŒUVRE DES DIFFÉRENTES MISSIONS

La présente évaluation ne peut être **qu'un bilan d'étape** de la réforme des hôpitaux de proximité, en l'absence de données agrégées quantitatives et qualitatives sur l'exercice de leurs missions. Premièrement, la DGOS, qui assure le suivi de la réforme, ne dispose plus d'effectif spécialement dédié à cette tâche, et a été conduite à repousser une première évaluation prévue en 2025. Deuxièmement, la remontée d'informations ne peut s'opérer qu'à travers les ARS, dans le cadre de leur contractualisation avec les établissements labellisés. Or, ce processus apparaît encore largement inachevé, seule une partie des avenants aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ayant été conclue.

En dépit de cette remontée d'informations très partielle, certaines caractéristiques de la réforme des hôpitaux de proximité se dessinent déjà, qui permettent à la fois d'en valider les grandes orientations et de préconiser des modifications à la marge.

A. De l'avis général, une réforme plutôt bien conçue et bien conduite

La réforme des hôpitaux de proximité a été présentée par tous les interlocuteurs auditionnés comme **une réussite à saluer**.

➤ *Un modèle valorisant et qui fait sens*

La réforme a permis de **redonner un sens et un contenu à la notion d'hôpital de proximité**, par opposition aux anciens hôpitaux locaux qui n'étaient plus définis que par l'étiollement de leur offre de soins. En se centrant sur des missions indispensables au territoire, déployées à partir d'une activité de médecine pérennisée, financées par des moyens spécifiques, sanctionnées par un label, la réforme a redonné un image positive et valorisante à ces établissements. En les amenant à s'ouvrir sur le territoire, elle les fait pionniers d'une dynamique appelée à devenir vitale pour le système de soins. Comme l'a souligné la FNESP, cette réforme est « *un témoin remarquable de la transformation de l'offre* » en dehors du champ de la chirurgie et de l'obstétrique, pour mieux répondre aux besoins.

Désormais, les hôpitaux de proximité ont un contenu positif et qui fait sens. Pour reprendre la définition formulée par l'ARS Grand Est, ils « *garantissent un accès aux soins de base dans les zones rurales ou semi-rurales, réduisant les inégalités territoriales. Ils permettent d'éviter la saturation des grands hôpitaux en prenant en charge des soins moins complexes, le suivi des pathologies chroniques et les soins gériatriques. Ils facilitent la continuité du parcours patient, en particulier pour les personnes âgées et polypathologiques* ».

➤ *Un apport majeur : la sécurisation du modèle de financement*

L'acquis essentiel de la réforme des hôpitaux de proximité est la sécurisation du modèle de financement de ces établissements et, ainsi, **la pérennisation d'une offre de soins médicaux** dans des territoires où cette offre semblait vouée à disparaître.

La garantie de financement pluriannuelle **sécurise** les activités de médecine de ces hôpitaux pour trois ans, ce qui offre **une visibilité** appréciable pour leur politique de ressources humaines et leur permet de se projeter pour l'accomplissement de leurs missions. L'existence d'un complément de rémunération en cas de suractivité maintient une incitation à développer l'activité de médecine.

Enfin, l'octroi de dotations forfaitaires liées à des missions spécifiques **valorise la coopération avec les acteurs du territoire**, ce que ne permet pas la T2A.

Au final, comme l'a souligné la FNESE, on observe « *une bonne connexion entre la politique publique et son expression dans le financement* ».

➤ ***Une insertion plutôt réussie dans les groupements hospitaliers de territoire***

La réforme des hôpitaux de proximité a été jugée particulièrement pertinente s'agissant des sites de statut public, tous insérés dans un GHT. Ce nouveau statut a redonné de la visibilité à de petits établissements dont l'offre de soins pèse peu au sein des groupements. La procédure de conventionnement obligatoire avec l'hôpital support a **forcé ces structures à s'investir sur la question de la proximité**, en l'inscrivant dans le cadre du projet médical partagé du groupement. Les modalités de gouvernance prévues par les textes, qui autorisent la participation de professionnels de ville aux instances comme la création d'une instance dédiée aux missions de proximité, ont été jugées souples et adaptées.

Par ailleurs, l'insertion de l'hôpital de proximité dans le GHT est, en théorie, de nature à accorder à cet établissement **un soutien précieux**, notamment sur le plan des ressources médicales et des fonctions support. Les ARS ont confirmé que **les consultations avancées** mises en place dans les hôpitaux de proximité l'étaient le plus souvent grâce aux spécialistes des plus gros établissements du GHT. En outre, **les mutualisations** à l'échelle du GHT (achats, systèmes d'information) semblent indispensables étant donnée la petite taille des hôpitaux de proximité. Cependant, plusieurs ARS ont relevé un enjeu dans la prise en compte des besoins spécifiques de ces hôpitaux dans le cadre des mutualisations. Par exemple, s'agissant des systèmes d'information, le premier besoin des hôpitaux de proximité serait une interopérabilité avec les acteurs de la ville et du médico-social, une attente rarement satisfaite dans les faits.

Somme toute, **le soutien des GHT apparaît encore très inégal selon les territoires** ; il dépend à la fois de la structuration du groupement, du nombre d'hôpitaux de proximité en son sein, de la démographie médicale sur le territoire, de la présence ou non d'une direction commune – jugée facilitante – et de la qualité des relations interpersonnelles au sein des établissements.

➤ ***Une dynamique de coopération territoriale qui s'avère fructueuse, associant acteurs de la santé et élus***

Les personnes rencontrées par le rapporteur ont unanimement considéré que la réforme des hôpitaux de proximité avait **impulsé une dynamique vertueuse** dans le lien entre la ville et l'hôpital, même si elle ne se traduit pas toujours par des projets concrets. La Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS) a souligné qu'il y avait « **clairement un avant et un après** » dans la structuration de ce lien, du fait de la réforme.

Les ARS ont indiqué que la situation s'avérait en réalité **assez hétérogène selon les territoires** en fonction, notamment, du niveau de structuration de la ville et du degré de maturité des communautés professionnelles territoriales de santé, interlocuteur naturel de l'hôpital de proximité. Néanmoins, partout, par la nécessité du conventionnement, le dialogue a été engagé et les acteurs apprennent à se connaître. La FCPTS a même relevé que la présence de l'hôpital de proximité était un facteur de structuration de la ville, en stimulant la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé là où elles n'existent pas encore.

L'ARS Normandie a estimé les liens avec la ville « *considérablement renforcés autour de ces hôpitaux ; pas forcément comme on l'avait prévu initialement, avec des médecins* ».

*libéraux qui viennent à l'hôpital pour continuer à accompagner leurs patients dans un environnement plus technique. Globalement, il n'y a pas plus de libéraux à l'hôpital. Mais on observe **beaucoup plus d'échanges et de coordination** ». La FEHAP est allée dans le même sens, en soulignant que « *si les coopérations ne sont pas encore totalement stabilisées, la dynamique de transformation culturelle est bien engagée* ».*

Dans certains territoires, ces échanges ont déjà permis de faire émerger **des projets communs** avec une plus-value en termes d'accès aux soins : structuration de parcours de soins (oncologie, insuffisance cardiaque), mise en place de consultations avancées avec des médecins libéraux, etc. Le rapporteur a visité le centre hospitalier Cœur du Bourbonnais, labellisé hôpital de proximité, qui a d'ores et déjà atteint un degré d'imbrication important avec la communauté professionnelle territoriale de santé, ce qui a permis de renforcer sensiblement l'attractivité du territoire pour l'installation de professionnels du premier recours.

Les auditions conduites ont par ailleurs fait ressortir **le rôle important joué par les élus locaux** dans la structuration de ce lien entre l'hôpital de proximité et les acteurs de la ville. Dans de nombreux territoires, les ARS ont noté que les élus étaient proactifs dans le processus de labellisation des hôpitaux et dans l'élaboration de projets conjoints visant à développer l'offre de soins en proximité. L'association des élus est ainsi l'un des facteurs de réussite de cette réforme, au bénéfice de la démocratie sanitaire.

B. Une réforme cependant tributaire de paramètres extérieurs sur lesquels elle n'a pas de prise

Si les bénéfices mentionnés ci-avant sont appréciables, la capacité de la réforme des hôpitaux de proximité à porter les fruits attendus dépend pour partie de paramètres sur lesquels elle n'a pas de prise.

➤ La faible densité médicale, un facteur limitant systématique

Les ARS ont unanimement relevé que les hôpitaux de proximité étaient **exposés aux mêmes difficultés que les autres** en termes de démographie médicale. Ces dernières sont souvent **accentuées par le profil des spécialités** nécessaires au fonctionnement de ces établissements, dont le recrutement est complexe (médecine polyvalente et gériatrie en particulier). En outre, les hôpitaux de proximité sont **fréquemment implantés dans des espaces particulièrement sinistrés** sur le plan de la démographie médicale, à l'hôpital comme en ville. Dans ces territoires, à l'image de la Nièvre, de l'Oise ou de l'Aisne, par exemple, les ressources médicales à projeter sont pratiquement inexistantes, y compris de la part des plus gros établissements des GHT.

Ces difficultés liées à la démographie médicale sont encore accrues par **le manque persistant d'attractivité financière de l'hôpital**. La dotation de responsabilité territoriale ne permet pas aux hôpitaux de proximité de proposer des rémunérations suffisamment attractives aux professionnels libéraux, ce qui fait que l'exercice mixte ville-hôpital, qui aurait vocation à se généraliser dans les hôpitaux de proximité, demeure en réalité souvent résiduel, et sans perspective réelle de montée en charge.

➤ **Des difficultés liées au financement du champ médico-social**

Comme l'a relevé la FNEESP, si le modèle de financement des hôpitaux de proximité s'avère adapté, « *on n'a pas la même performance de financement sur le grand âge* », alors même que le champ médico-social constitue fréquemment **la part majeure de l'activité**.

La plupart des hôpitaux de proximité ont, en effet, une activité importante, voire dominante, de **soins médicaux et de réadaptation (SMR)**. Or, ces soins font l'objet d'un mode de financement spécifique, récemment réformé. Au terme de la période de transition, fixé à la fin 2027, certains établissements pourraient voir leur dotation se réduire de ce fait. Cette crainte semble particulièrement forte dans les hôpitaux de proximité de statut privé, dont les soins médicaux et de réadaptation représenteraient environ les deux tiers de l'activité totale.

S'agissant des hôpitaux de proximité de statut public, la préoccupation porte plutôt sur l'avenir des **services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) hospitaliers** dans la réforme des services à domicile, ainsi que sur la situation fortement déficitaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**Ehpad**) **hospitaliers**. L'exemple donné par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes illustre la fragilisation importante induite par ces activités médico-sociales : en 2023, le résultat principal des 40 hôpitaux de proximité labellisés de la région était globalement positif (+ 7,7 millions d'euros) sur le champ sanitaire ; mais le résultat global intégrant les budgets médico-sociaux était déficitaire de 20 millions d'euros, essentiellement du fait des Ehpad hospitaliers. La pérennité du modèle des hôpitaux de proximité semble ainsi **directement liée à la mise en place de modalités de financement viables sur le champ de l'autonomie**.

C. Il importera par ailleurs de renforcer l'évaluation pour mieux en apprécier les résultats

Lors de leur audition, la DGOS et les ARS ont invoqué le caractère récent de la réforme pour expliquer le manque de données sur les missions effectivement mises en œuvre par les établissements, en contrepartie des dotations perçues. Il importera d'évaluer précisément ces résultats au cours des prochaines années.

➤ **Si l'évaluation des résultats a été prévue dans la réforme...**

En théorie, l'évaluation des résultats fait partie intégrante de la réforme des hôpitaux de proximité, par le truchement de la procédure de labellisation et du mode de financement. Celui-ci est mis en place dans une contractualisation avec l'ARS, qui doit donner lieu à un dialogue de gestion régulier entre l'agence et les établissements concernés. C'est d'ailleurs l'un des intérêts de la réforme que d'avoir « *obligé les ARS à s'occuper de ces petits établissements* », comme l'a souligné la DGOS lors de son audition.

Ainsi, l'ARS est supposée **vérifier chaque année que l'établissement labellisé remplit les conditions régissant l'accès à ce statut** (coopération avec la ville, activité de médecine polyvalente, consultations de spécialités, accès aux plateaux techniques d'imagerie et de biologie et aux équipements de télésanté, mise en œuvre des missions définies au service du territoire). L'article R. 6111-25 du code de la santé publique définit les situations dans lesquelles les établissements peuvent être radiés de la liste des hôpitaux de proximité. Il apparaît que l'exercice effectif de l'activité de médecine polyvalente (à l'exclusion de la chirurgie et de l'obstétrique) est la seule condition dont le non-respect entraîne une radiation immédiate ; le non-respect des autres conditions entraînerait le retrait du label seulement s'il était constaté « de manière durable ».

Par ailleurs, il revient également aux ARS d'**assurer le suivi et l'évaluation des conventions** conclues par les hôpitaux de proximité avec leurs partenaires de la ville et, le cas échéant, avec l'établissement support de leur GHT.

Enfin, pour sanctionner l'exercice effectif par les établissements de leurs missions de proximité, **les ARS disposent de la part variable de la dotation de responsabilité territoriale**, qu'elles peuvent moduler « *en fonction de la réalisation, par l'établissement, des missions et activités obligatoires prévues par la loi* ». En outre, à partir de 2025, les ARS doivent attribuer une part de cette dotation sous forme de « bonus qualité », en fonction des résultats obtenus par les établissements à divers indicateurs de qualité, et peuvent également tenir compte de ces résultats pour moduler le montant de la dotation forfaitaire garantie précédemment mentionnée.

➤ **... celle-ci s'avère encore disparate et peu développée...**

Dans les faits, l'enquête menée auprès des ARS fait apparaître **le caractère balbutiant de cette évaluation**, avec des disparités importantes selon les régions. La mise en place d'un contrôle des activités effectives des établissements suppose, au préalable, la définition d'un cadre contractuel *ad hoc* entre l'ARS et l'établissement, par voie d'avenant au CPOM. Ce cadre contractuel n'est pas encore finalisé pour nombre d'établissements.

À ce stade, la part variable des DRT des établissements est le plus souvent attribuée en fonction de la taille de l'établissement (nombre de lits de médecine) et, dans une moindre mesure, de critères populationnels. Certaines ARS incluent également des critères relatifs aux actions et projets déjà engagés par l'établissement. À l'inverse, d'autres ARS ont opté pour une répartition homogène de la dotation entre les établissements (Bourgogne-France-Comté, Corse), dans l'attente de la mise en place du financement à la qualité.

Par ailleurs, **les ARS ne semblent pas toujours au fait de la situation de leurs hôpitaux de proximité** à la hauteur de ce que prévoient les textes. Par exemple, elles sont normalement informées des conventions conclues avec les acteurs du territoire, qui doivent leur être transmises, ainsi que des adaptations opérées dans les instances de gouvernance des établissements pour inclure des partenaires de la ville – adaptations pour lesquelles leur autorisation est, en principe, nécessaire. Or, l'enquête conduite auprès des ARS montre qu'elles ne disposent pas toujours de ces informations. De la même façon, les ARS semblent ne pas disposer de données précises sur les modalités du lien ville-hôpital dans les établissements et, notamment, sur l'exercice mixte des professionnels médicaux, dont les contours demeurent flous.

Recommandation n° 1 : conduire une enquête nationale permettant d'évaluer les projets déployés par les hôpitaux de proximité en lien avec le territoire et le service rendu pour les patients.

➤ **... et les incitations apparaissent relativement faibles**

L'ensemble des ARS auditionnées ont estimé que le modèle de financement avait pour principale vertu de sécuriser financièrement les établissements, la part variable dédiée au financement des missions de proximité étant **trop résiduelle pour être véritablement incitative**.

En effet, pour la grande majorité des hôpitaux de proximité, l'activité de médecine valorisée selon les critères de la T2A est inférieure, voire largement inférieure, au montant de la dotation forfaitaire garantie. De plus, les ARS ont estimé que **l'écart entre l'activité valorisée et le montant de la dotation garantie avait tendance à croître** avec les années. Par exemple, en Auvergne-Rhône-Alpes, plus des trois quarts des établissements bénéficient de la garantie de financement ; en Nouvelle Aquitaine, c'est le cas de près de 80 % des établissements, avec des recettes valorisées de l'activité en moyenne inférieures de 26 % à la dotation garantie. Les ARS ont estimé les hôpitaux qui se trouvaient dans cette situation faiblement incités à développer leur activité. **Les modalités de renouvellement de cette dotation à l'issue de la première période triennale** (donc en 2026 pour les premiers établissements labellisés) n'apparaissaient **pas complètement fixées** à l'heure de cette évaluation, certaines ARS soulignant la nécessité de se rapprocher de l'activité effective tandis que d'autres évoquaient une reconduction des dotations antérieures.

Plusieurs ARS ont, à l'image de l'ARS Île-de-France, souligné que *« la part que représente la DFG par rapport aux autres composantes de la dotation des hôpitaux de proximité est si importante que l'incitation à s'engager dans les autres politiques est amoindrie »*. Elles ont été nombreuses à estimer le bonus qualité, dont le montant est inférieur à 25 000 euros par établissement pour les ARS qui l'ont mis en place, insuffisant pour être incitatif, induisant un risque de saupoudrage. Au-delà de la question de l'incitation, certaines ARS ont estimé les crédits mobilisables dans le cadre de la dotation de responsabilité territoriale insuffisants pour permettre aux établissements de s'engager effectivement dans les missions attendues en raison des investissements nécessaires (plateaux techniques, équipements de télésanté), et moins encore avec la dilution attendue de cette enveloppe liée à la montée en charge des labellisations.

III. CONSOLIDER LE MODÈLE DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Le rapporteur **partage le constat global très positif** exprimé par les différents acteurs rencontrés sur la réforme des hôpitaux de proximité. En réinvestissant et en valorisant la proximité dans une optique de responsabilité territoriale partagée avec la ville, en libérant les hôpitaux du carcan de la T2A qui les étouffe bien souvent, en recréant un espace pour la démocratie sanitaire en lien avec les élus locaux, **cette réforme a impulsé une dynamique positive**, qui répond aux besoins et aux enjeux de notre système de soins. Dans sa conception, dans sa mise en œuvre et dans ses principes, elle pourra constituer un guide utile, dont le rapporteur estime qu'il serait bon de s'inspirer pour les réformes à venir.

Sans remettre en question cette réforme dans ses principes essentiels, le rapporteur estime cependant que certaines améliorations pourraient être apportées de façon à renforcer la capacité des hôpitaux de proximité à remplir les missions qui leur ont été conférées par la loi.

Comme l'a souligné l'ARS Grand Est lors de son audition, *« l'enjeu est aujourd'hui moins de labelliser de nouvelles structures que d'approfondir les missions de ces hôpitaux : développer la coordination des soins, des solutions de télémedecine et de télé-expertise, consolider les partenariats ville-hôpital... »*.

A. Réaffirmer l'engagement politique en faveur de ce modèle

Le rapporteur estime qu'il importe prioritairement de réaffirmer l'engagement politique en faveur du modèle des hôpitaux de proximité. S'il existe une réelle mobilisation au niveau local pour donner corps à cette vision, l'hôpital de proximité **pâtit encore d'un manque de visibilité politique à l'échelon national**, ce qui **pourrait, à terme, en fragiliser les fondements**, surtout dans un contexte où l'Ondam⁵ apparaît plus contraint chaque année.

Comme l'a souligné la FHF dans une contribution adressée au rapporteur, *« cette réforme a un potentiel de transformation [de l'offre de soins] important qui nécessite un portage au plus haut niveau [...] »*. Il doit **sanctuariser leurs ressources** pour leur permettre *« de contractualiser sur de nouvelles activités de santé publique en lien avec le territoire »* (lutte contre les addictions et l'obésité, suivi renforcé du diabète et de l'insuffisance cardiaque, appui au médico-social...).

Il sera donc particulièrement essentiel que **le nouveau calcul de la dotation forfaitaire garantie** au terme de la première période triennale **ne se traduise pas par un recul** pour les hôpitaux dont l'activité de médecine aurait été inférieure à la garantie, dès lors qu'ils se sont engagés dans de nouvelles missions en lien avec le territoire.

Par ailleurs, pour simplifier le suivi et l'évaluation par les ARS, il serait probablement utile **d'harmoniser les cycles de financement** de l'ensemble des hôpitaux labellisés, quitte à adapter de manière conjoncturelle la durée de programmation des dotations pluriannuelles.

Recommandation n° 2 : réaffirmer l'engagement politique au niveau national en faveur du modèle des hôpitaux de proximité en sanctuarisant leurs ressources.

Recommandation n° 3 : harmoniser les cycles de financement entre les établissements labellisés à différentes dates.

⁵ Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

B. Augmenter la part incitative dans le modèle de financement tout en préservant le poids dominant de la part sécurisée

Le rapporteur estime que la garantie pluriannuelle de financement est un excellent modèle qu'il faut absolument préserver. Elle permet de sortir du carcan de la T2A tout en valorisant l'activité lorsqu'elle est importante, et de donner aux établissements la visibilité pluriannuelle dont ils ont impérativement besoin pour conduire leurs recrutements et leurs investissements. À cet égard, il conviendrait même probablement de s'en inspirer pour la réforme du financement des établissements dits MCO⁶, qui ne bénéficient pas de cette perspective pluriannuelle.

Cependant, le rapporteur estime important de renforcer la capacité et l'incitation des établissements à mettre en œuvre leurs missions de proximité, notamment pour investir davantage le champ de la prévention. Il fait donc sienne la demande des ARS d'accroître la part relative de la dotation de responsabilité territoriale.

Or, cette part tend à se réduire en proportion. **L'enveloppe globale de la dotation de responsabilité territoriale a été gelée à 65 millions d'euros depuis 2022**, en dépit de l'inflation et alors même que le nombre d'établissements labellisés ne cessait de croître. Il semble donc urgent de **revaloriser cette enveloppe** qui finance des missions essentielles pour les territoires (permanence des soins, maintien à domicile des personnes âgées, exercice mixte des médecins, plateaux techniques...).

Recommandation n° 4 : augmenter le financement de la dotation de responsabilité territoriale afin de disposer d'un levier plus important pour permettre aux établissements de mettre en œuvre leurs missions de proximité.

C. Renforcer la capacité des hôpitaux à mettre en place l'exercice mixte ville-hôpital

La désertification médicale est souvent un obstacle rédhibitoire pour la mise en œuvre des missions des hôpitaux de proximité. Plusieurs établissements, pourtant localisés dans des territoires où ils sont indispensables, ont même perdu leur label faute d'être parvenus à maintenir ouverts leurs lits de médecine.

Dans certains territoires, l'exercice mixte ville-hôpital semble fonctionner. L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur a ainsi souligné que « *la quasi-totalité des hôpitaux de proximité de la région* » fonctionnait avec de l'exercice médical mixte. Cependant, le constat est beaucoup plus mitigé dans la plupart des autres régions. Sont invoquées des rigidités statutaires et le manque d'attractivité des rémunérations que peuvent proposer les hôpitaux. L'ARS Nouvelle-Aquitaine a relevé qu'il n'y avait pas d'équivalent, dans le système hospitalier, aux incitations fiscales prévues pour les médecins libéraux exerçant en zone sous-dense, alors même que les hôpitaux sont tout aussi exposés à la désertification médicale.

Le rapporteur considère que l'attractivité d'un territoire pour les médecins dépend de facteurs qui ne se résument pas aux incitations fiscales, ainsi que l'a démontré une récente synthèse dans le cadre du Printemps social de l'évaluation⁷. Cependant, il juge indispensable que soit respectée une certaine équité selon les territoires et les modes d'exercice.

⁶ Établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique.

⁷ « L'aide à l'installation des médecins », *synthèse* de Yannick Monnet et Jean-François Rousset, *Printemps social de l'évaluation 2025, commission des affaires sociales, Assemblée nationale*.

Interrogée sur ce point, la DGOS a indiqué qu'elle ne disposait pas « *de données récentes sur l'exercice mixte/partagé* », qu'elle identifie pourtant « *comme un facteur de décloisonnement entre la ville et l'hôpital* » et comme susceptible de « *répondre aux aspirations des jeunes professionnels* ».

Il importerait donc de faire la lumière sur les différentes modalités d'exercice mixte mises en œuvre dans les hôpitaux de proximité et, le cas échéant, d'identifier les obstacles à la généralisation de ce type d'exercice qui s'avère incontournable pour maintenir l'offre de soins dans ces territoires.

Recommandation n° 5 : conduire une enquête nationale sur les modalités d'exercice médical mixte ou partagé mises en œuvre dans les hôpitaux de proximité ainsi que sur les freins identifiés à leur déploiement.

D. **Définir les exemptions permettant à certains hôpitaux de proximité de conserver une activité résiduelle de chirurgie**

À l'heure actuelle, les établissements de santé ne peuvent pas être labellisés « hôpital de proximité » s'ils conservent une activité de chirurgie, aussi restreinte soit-elle. Plusieurs ARS (Occitanie, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur) ont estimé que cette règle conduisait, sur leur territoire, à priver de la labellisation des établissements qui auraient, par ailleurs, toutes les caractéristiques attendues d'un hôpital de proximité.

Pourtant, cette situation avait été envisagée par la loi. L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique prévoit que le directeur général de l'ARS peut, « *pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné* », autoriser un hôpital de proximité à pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. Les conditions de cette dérogation devaient cependant faire l'objet d'un décret en Conseil d'État qui n'a pas jamais été pris, non plus que l'arrêté du ministre de la santé déterminant la liste des actes chirurgicaux concernés.

Le rapporteur appelle en conséquence le Gouvernement à prendre sans délai les textes réglementaires prévus par la loi de façon à assouplir à la marge les conditions de labellisation des hôpitaux de proximité, en fonction des besoins du territoire.

Recommandation n° 6 : prendre dans les plus brefs délais les textes réglementaires prévus par la loi et visant à définir les conditions dans lesquelles un hôpital de proximité peut être autorisé à pratiquer certains actes chirurgicaux programmés.

ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR
(par ordre chronologique)

➤ *Table ronde :*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **Mme Kathia Barro**, responsable adjointe du pôle Offres, et **M. Marc Bourquin**, conseiller Stratégie, responsable de l’articulation et de la coordination Parcours, proximité, autonomie et territoire

– **Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne privés à but non lucratif (Fehap)** – **Mme Sarah Bekhada**, directrice adjointe de l’offre de soins et de la coordination des parcours de santé

➤ *Audition :*

– **Fédération nationale des établissements de santé de proximité (FNESP)** – **M. Serge Morard**, directeur adjoint

➤ *Audition :*

– **Ministère du travail, de la santé et des solidarités – Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **M. Samuel Delafuys**, adjoint au sous-directeur de l’accès aux soins et du premier recours, et **Mme Élisabeth Bouttier**, cheffe du bureau de la coordination des professionnels de santé

➤ *Audition :*

– **Fédération de l’hospitalisation privée (FHP)** – **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Marie-Claire Viez**, directrice Stratégie

➤ *Audition :*

– **Fédérations des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS)** – **Dr Jean-François Moreul**, président, et **Mme Mylène Rouzaud-Cornabas**, directrice

➤ *Table ronde :*

– **ARS Pays de la Loire** – **Mme Isabelle Monnier**, directrice générale adjointe, et **M. Étienne Le Maigat**, directeur de l’offre de soins

– **ARS Auvergne-Rhône-Alpes** – **Mme Cécile Courrèges**, directrice générale

– **ARS Bourgogne-Franche-Comté** – **Mme Mathilde Marmier**, directrice générale, et **Mme Anne-Laure Moser-Moulaa**, directrice de l’organisation des soins et de l’autonomie

– **ARS Occitanie** – **M. Didier Jaffre**, directeur général

➤ *Table ronde :*

– **ARS Corse** – **Mme Marie-Hélène Lecenne**, directrice générale, et **M. José Ferri**, directeur de l’organisation des soins

– **ARS Grand Est** – **Dr Christelle Ratignier-Carbonneil**, directrice générale, et **M. Julien Galli**, directeur adjoint de l’offre sanitaire

– **ARS Île-de-France** – **M. Arnaud Corvaisier**, directeur de l’offre de soins, et **M. Fabien Pérus**, directeur du pôle Efficience de la direction de l’offre de soins

– **ARS Bretagne** – **M. Malik Lahoucine**, directeur général adjoint

➤ *Table ronde :*

– **ARS Centre-Val de Loire** – **Mme Clara de Bort**, directrice générale, **Mme Sabine Dupont**, directrice de l'offre sanitaire, et **M. Julien Guillaume**, responsable du département Attractivité et gestion prévisionnelle des professionnels de santé

– **ARS Nouvelle-Aquitaine** – **M. Benoît Elleboode**, directeur général

– **ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur** – **M. Olivier Brahic**, directeur général adjoint, **M. Anthony Valdez**, directeur de l'organisation des soins, et **Mme Jennifer Huguenin**, directrice adjointe de l'organisation des soins

– **ARS Hauts-de-France** – **M. Hugo Gilardi**, directeur général, **M. Jean-Christophe Canler**, directeur général adjoint, **M. Pierre Boussebart**, directeur de l'offre de soins, et **M. Charly Chevalley**, directeur de l'offre médico-sociale

ARS Normandie – **M. Kevin Lullien**, directeur de l'offre de soins, **Mme Caroline Allais**, chargée de mission suivi financier, et **Mme Sabrina Leplongeon**, chargée de mission Périnatalité et médecine

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*