
**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **décembre 2014**

Le positionnement stratégique d'un ex- hôpital local au sein de son territoire

**L'exemple du CH de Janzé et sa coopération avec
le CHU de Rennes**

Lena BLEUNVEN

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Mme JOUZEL, directrice du centre hospitalier de JANZE, de m'avoir accueillie au sein de son établissement pour mon stage de professionnalisation. Je la remercie de m'avoir associé étroitement aux nombreux projets de son établissement et de m'avoir permis de disposer d'une grande autonomie dans la conduite des travaux qu'elle m'a confiés. Les échanges et réflexion que nous avons eue et que nous continuons d'avoir sont très enrichissants et me seront sûrement très utiles à l'avenir.

Je remercie également tous les professionnels du centre hospitalier pour leur accueil, leur disponibilité et leur coopération active pour me faire découvrir le monde hospitalier et plus particulièrement les spécificités de leur établissement.

Je remercie bien évidemment toutes les personnes avec qui je me suis entretenue pour la réalisation de ce mémoire. Ces échanges ont été très intéressants, au delà de la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes extérieures à l'établissement que j'ai pu rencontrer pendant sept années de formation et qui m'ont permis de mieux cerner la place de l'établissement sanitaire et médico-social dans son environnement local et régional.

Sommaire

INTRODUCTION	6
1. Le centre hospitalier de Janzé : un ex-hôpital local typique au repositionnement nécessaire.....	9
1.1 Le centre hospitalier de Janzé, un établissement typique parmi les ex-hôpitaux locaux	9
1.1.1 Les centres hospitaliers locaux : des établissements de santé aux activités et caractéristiques proches.....	9
1.1.2 Le CH de Janzé : un ex-hôpital local typique.....	11
1.2 Les problématiques du CH de Janzé, comparables aux autres CHL.....	14
1.2.1 L'organisation des ressources médicales : une problématique récurrente dans les CHL.....	14
1.2.2 Une incertitude sur les modalités de financement de l'activité et des investissements.....	16
1.2.3 Une vigilance particulière par rapport aux taux d'activité et à la pertinence et durée des séjours.....	18
1.2.4 Les risques liés à l'isolement d'un établissement sur son territoire.....	19
2. L'ex-hôpital local, des spécificités à exploiter dans le cadre d'un partenariat avec un CH de référence	21
2.1 Les centres hospitaliers locaux : des spécificités à faire valoir dans un système de santé territorial.....	21
2.1.1 Les CHL : une réponse aux attentes du service public territorial de santé.....	21
2.1.2 Un établissement pivot entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et social et la médecine de ville, acteur de la filière gériatrique.....	23
2.1.3 Des établissements adaptés à la prise en charge des patients âgés ou atteints de maladies chroniques.....	26
2.2 Une réflexion nécessaire sur le positionnement du CH au sein du territoire, en partenariat direct avec un CH de référence.....	28
2.2.1 La nécessaire inscription dans les filières territoriales.....	28
2.2.2 Recours à l'expertise et à la technicité : le partenariat déterminant avec un CH de référence	30
2.2.3 Les coopérations avec les établissements médico-sociaux, structures de maintien à domicile et acteurs libéraux du territoire : une organisation de l'aval de l'hospitalisation.....	32

3. Axes prioritaires à développer dans le cadre d'un repositionnement du CHL sur son territoire.....	35
3.1 Le partenariat avec un CH de référence : des outils de coopérations adaptés au contexte local.....	35
3.1.1 Les CHL : des craintes liées au rapprochement avec des établissements plus importants.....	35
3.1.2 Des formes plurielles de coopérations, adaptées aux attentes locales.....	36
3.1.3 Une coopération formalisée par convention : la volonté des acteurs et la compatibilité des projets plus déterminantes que la l'intégration dans une direction commune, une CHT ou un groupement de coopération.....	37
3.2 Le développement d'activités nouvelles et innovantes afin de répondre aux besoins sur le territoire.....	39
3.2.1 Une prospection nécessaire à la détermination des besoins de la population et aux possibilités de l'établissement.....	39
3.2.2 L'appui d'un CH de référence : de nouvelles perspectives envisageables pour l'établissement.....	40
3.2.3 La nécessité d'une politique de visibilité afin d'optimiser l'activité de l'établissement.....	44
3.3 L'organisation et le management des ressources internes indispensable à l'évolution de l'établissement.....	45
3.3.1 Le management des ressources médicales : un aspect déterminant de la stratégie de l'établissement	46
3.3.2 Un recrutement et une formation du personnel en adéquation avec les orientations de l'établissement.....	47
3.3.3 Le financement de l'activité et des investissements : une problématique persistante.....	49
CONCLUSION	51

Liste des sigles utilisés

ATIH (agence technique de l'information hospitalière)

ETP (équivalent temps plein)

DIM (département d'information médicale)

PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information)

CHL (centre hospitalier local)

HL (hôpital local)

IDE (infirmier diplômé d'état)

T2A (tarification à l'activité)

ETP (équivalent temps plein)

CHU (centre hospitalier universitaire)

EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

AVC (accident vasculaire cérébral)

SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)

GCS (groupement de coopération)

CHT (communauté hospitalière de territoire)

CMP (centre médico-psychologique)

DAF (dotation annuelle de financement)

PTS (projet territorial de santé)

HAD (hospitalisation à domicile)

ADMR (aide à domicile en milieu rural)

PUPH (professeur des universités praticien hospitalier)

NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication)

Introduction

Les ex-hôpitaux locaux sont régulièrement l'objet d'études et ont été récemment mentionnés dans les divers rapports et projets de lois visant à réorganiser les systèmes de santé. Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2013 consacre son onzième chapitre à « l'avenir des hôpitaux locaux ». Dans le même temps, l'ARS Bretagne a été missionnée par la DGOS pour mener une enquête sur les ex-hôpitaux locaux du territoire de santé n°5 et leur activité.

L'hôpital local a connu de nombreuses évolutions au cours des 2 dernières décennies. Les missions dévolues à ces établissements, définies par une circulaire du 28 mai 2003, sont de promouvoir la médecine polyvalente, d'orientation et de premier secours, faciliter l'accueil inopiné, développer les consultations avancées, la prévention et l'éducation à la santé. Ces établissements étaient également chargés de développer le SSR, les alternatives à l'hospitalisation complète (hôpital de jour, SSIAD, HAD,...), favoriser la permanence des soins et améliorer les activités médico-sociales. La loi dite HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 a supprimé la catégorie juridique des hôpitaux locaux, qui ont donc rejoint sans distinction les centres hospitaliers. Intégrés dans cette catégorie, les désormais « ex-hôpitaux locaux » ne sont pas aisément reconnus pour leurs spécificités. Ils doivent pourtant s'intégrer dans l'offre de soins hospitalière et dans les filières de soins, tout particulièrement gériatriques.

Dans un contexte de recherche d'économies sur les dépenses de santé, leur existence est régulièrement questionnée. Le 24 avril 2014, le gouvernement a présenté un plan d'économies de 10 milliards d'euros à l'horizon 2014, qui porte notamment sur l'organisation hospitalière et la relation médecine de ville-hôpital. Dès lors, ces établissements qui ont des atouts à faire valoir dans ce contexte, traversent un moment crucial pour leur avenir : plusieurs scénarii se dessinent. Leur secteur sanitaire pourrait être réduit, comme cela a été le cas dans certaines régions où les lits de médecine ont été transformés en lits de SSR, voire supprimés ; certains lits de médecine et de SSR des hôpitaux locaux se sont transformés en places d'hébergement en EHPAD¹. Le directeur de l'ARS Midi-Pyrénées P. GAUTHIER estime que ces établissements sont « des proies faciles pour les tutelles en quête de lits à fermer »².

Pourtant, il semble qu'ils aient un rôle à jouer dans le système de santé actuel, notamment au vu de l'évolution démographique française. Ces établissements correspondent aux

¹ ADYSTA Conseil, « Les « ex-hôpitaux locaux » en 2011 », monographie, mai 2013, (pp 4-9)

² GAUTHIER P., « le retour de l'hôpital local ? », octobre 2008, « Dossier hôpitaux locaux », *Les cahiers hospitaliers*, n° 249, (p. 18)

attentes formulées dans le rapport de la députée B. DEVICTOR³, qui appelle à un service de santé territorialisé, en favorisant les interactions et la cohérence dans l'articulation des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les ex-hôpitaux locaux se situent au carrefour de ces trois secteurs, et constituent également des passerelles entre la médecine de ville et le secteur hospitalier. Par ailleurs, la volonté affichée de renforcer l'hospitalisation ambulatoire nécessite une prise en charge complémentaire pour des patients plus fragiles, notamment du fait de l'âge. Ces derniers, qui peuvent être atteints de polypathologies et souffrir d'une perte rapide d'autonomie, doivent bénéficier grâce aux hôpitaux locaux d'une hospitalisation adaptée afin de préparer leur retour à domicile ou leur entrée en institution.

L'objet de cette étude porte sur la stratégie, sur le positionnement que doit adopter l'ex-hôpital local afin d'assurer une mission pertinente sur le territoire et justifier la persistance de sa spécificité au sein du système de santé national.

Dans ce contexte, le directeur de l'établissement doit prospecter sur le territoire afin d'identifier les besoins de la population et proposer des perspectives d'évolution pour son établissement. Afin d'assurer un positionnement solide et la pérennité de l'activité de l'établissement, il doit agir de manière stratégique sur de nombreux plans : management des ressources médicales et des professionnels salariés de l'établissement, liens avec les tutelles et les établissements partenaires de l'établissement afin d'inscrire l'établissement dans des filières territoriales et ainsi optimiser son activité.

Afin d'identifier des éléments de réponse à cet enjeu, plusieurs sources d'information ont été utilisées. Tout d'abord, l'observation et la participation aux réflexions sur ce thème au cours de mon stage de professionnalisation a été primordiale. Une part importante de mon activité a été consacrée à la stratégie de l'établissement, sur des thèmes tels que la réalisation du projet médical, l'approfondissement du partenariat avec le CHU de Rennes, le développement d'activités nouvelles,... La participation à un grand nombre de projets, aux réunions internes et externes à l'établissement, aux interactions avec les tutelles, sont des sources d'informations essentielles pour la réalisation de ce travail. Par conséquent, lors de réunions et échanges où mon thème de travail était susceptible d'être concerné, je prenais des notes dans un carnet spécifique, ce qui m'a permis d'identifier les différentes problématiques soulevées par le positionnement stratégique de l'établissement et le positionnement des acteurs pour chacune d'entre elles.

³ DEVICTOR B., mars 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS) Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, rapport.

Ensuite, afin de d'obtenir l'avis de différents acteurs sur le thème de mon mémoire, j'ai réalisé 11 entretiens semi-directifs, dont 2 par voie téléphonique. Dans ce cadre, 4 directeurs d'ex-hôpitaux locaux, tous dans des configurations différentes (direction commune avec un CH, avec un CHU, lié par convention à un CH et fonctionnant en T2A, et enfin indépendant en voie de conventionnement avec un CHU) ont été interrogés. Un entretien avec 2 médecins généralistes et présidents de CME intervenant dans deux établissements différents (un d'eux au sein d'une structure en direction commune et l'autre dans un établissement indépendant) et avec un consultant spécialiste de la question des hôpitaux locaux a été réalisé. Enfin, deux directeurs de CHU (directeur général et directeur des coopérations et de la ressource médicale) et le directeur général de l'ARS BRETAGNE ont été interrogés, ainsi qu'un représentant des usagers du CH de Janzé. Bien sur, outre ces entretiens formalisés, j'ai également beaucoup échangé sur ce thème sur mon lieu de stage, avec les cadres de santé, les médecins intervenants au CH de Janzé,... Ceci m'a permis d'enrichir la réflexion.

Enfin, les sources bibliographiques - rapports, articles de presse et textes réglementaires - permettent d'identifier les enjeux et replacer la réflexion dans l'encadrement juridique et réglementaire. Cet apport est essentiel afin d'inscrire la problématique connue au CH de Janzé dans un contexte global et ainsi tenter d'objectiver sa position. Aujourd'hui, l'appellation hôpital local n'est plus théoriquement en vigueur puisque la loi HPST de 2009 a abrogé cette catégorie. Pour les identifier au cours de cette étude, ils seront sans distinctions nommés hôpitaux locaux, ex-hôpitaux locaux, centres hospitaliers ou centres hospitaliers locaux, dans la mesure où aujourd'hui, les différents acteurs interrogés et auteurs utilisent ces expressions. Suite à l'étude de l'ensemble de ces éléments, la réponse à la problématique posée s'organise autour de 3 axes.

Le CH de Janzé est un ex-hôpital typique, comparable aux autres établissements de cette catégorie (1.1) et est donc confrontés aux mêmes problématiques et difficultés qu'un grand nombre d'entre eux (1.2). Pourtant, il semble que ces établissements puissent être amenés à jouer un rôle de pivot au sein du système de santé territorial, entre les secteurs sanitaires, et médico-sociaux (2.1), en renforçant les partenariats avec les structures d'amont et d'aval (2.2). Afin de parvenir à ce nouveau positionnement de l'ex-hôpital local au sein de son territoire et ainsi renforcer la pertinence de son action, différentes formes de coopérations sont envisageables (3.1) : l'essentiel est de développer des activités nouvelles et innovantes afin de répondre aux besoins de la population (3.2) et de parvenir à une organisation et un management interne permettant de répondre aux objectifs de l'établissement (3.3).

1. Le centre hospitalier de Janzé : un ex-hôpital local typique au repositionnement nécessaire

Le centre hospitalier (CH) de Janzé est un ex-hôpital local dont le nombre de lits, les activités et caractéristiques sont communes à la grande majorité des établissements de cette catégorie (1.1) : ces similitudes les amènent à faire face à des interrogations comparables et donc envisager une réflexion sur leur positionnement (1.2).

1.1 Le centre hospitalier de Janzé, un établissement typique parmi les ex-hôpitaux locaux

Les ex-hôpitaux locaux sont des établissements qui présentent des spécificités dans le système de santé français, comme leur organisation médicale faisant intervenir les médecins généralistes et l'accueil de personnes âgées essentiellement (1.1.1). Le CH de Janzé s'inscrit complètement dans cette catégorie d'établissement (1.1.2).

1.1.1 Les centres hospitaliers locaux : des établissements de santé aux activités et caractéristiques proches

Héritiers de l'hôpital rural⁴, les ex-hôpitaux locaux ont été créés par la loi n°91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Progressivement, notamment suite à la fermeture des services d'obstétrique et de chirurgie pour les établissements qui en étaient dotés, ainsi que suite à la réduction ou la suppression des lits de médecine, ces établissements situés principalement en zone rurale se sont spécialisés dans l'accueil de patients âgés. Aujourd'hui, ils se distinguent principalement des autres établissements de santé du fait qu'ils ne disposent pas de services d'urgences, et ne possèdent pas d'autorisation en chirurgie, ni en obstétrique. Il existe cependant des centres hospitaliers comprenant des services sanitaires (médecine et soins de suite) sans proposer de chirurgie, gynécologie et urgences. Ils sont deux fois moins nombreux que les hôpitaux locaux mais leur capacité moyenne est environ deux fois plus importante. La répartition géographique de ces centres hospitaliers sans service d'urgences est généralement complémentaire à celle des ex-hôpitaux locaux, puisqu'ils se situent principalement dans les zones péri-urbaines, comme le fait apparaître l'étude « les hôpitaux locaux en 2011 »⁵.

Les centres hospitaliers locaux accueillent en moyenne des patients plus âgés que ceux reçus dans les centres hospitaliers généraux. La part des personnes hospitalisées âgées de

⁴ Les hôpitaux ruraux ont été créés par l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958

⁵ ADYSTA CONSEIL, mai 2013, *Les « Ex-hôpitaux locaux » en 2011*, monographie, p.12

81 à 90 ans représente en effet 44,6 % des séjours, et l'âge moyen des personnes hospitalisées est supérieur à 77 ans⁶. Cette comparaison de l'activité des différents établissements de santé est permise par les travaux réalisés par l'ATIH (agence technique de l'information hospitalière) qui a réalisé une extraction du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) dans les ex-hôpitaux locaux et les établissements publics proposant les mêmes types de prises en charge, notamment médecine et SSR.

Actuellement, les CHL sont généralement constitués d'un secteur sanitaire, comprenant des lits de médecine et des lits de soins de suite et de réadaptation, et d'un secteur hébergement composé d'un EHPAD et éventuellement d'une Unité de soins de longue durée. En 2011, 63 % des établissements correspondaient à ce schéma. Ces établissements comptent en moyenne 9 lits de médecine et 22 lits de SSR. Mais les CHL connaissent d'importantes évolutions, qui peuvent être quantifiées grâce à la monographie de la société Adysta citée précédemment. Globalement, depuis plusieurs années, la tendance est à une réduction des lits de médecine et une augmentation de ceux de SSR. Les capacités sanitaires ont augmenté jusqu'en 2000, afin de répondre au développement des activités de SSR pour personnes âgées ; les lits de médecine avaient déjà effectué un mouvement de repli. L'enquête publiée en 2013⁷ décrit une évolution plus édifiante : en 2004, 59 % des établissements présentent trois types de capacités, c'est-à-dire sanitaire (lits de médecine et de soin de suite), service de soins de longue durée et hébergement (EHPAD). En 2011, seuls 23 % des établissements offrent les trois types de capacités. Entre 2004 et 2011, il y a eu une très forte diminution du nombre d'établissements comprenant des unités de long séjour, qui sont passés de 281 à 105⁸. Parallèlement, suite à la reconfiguration des lits d'USLD, le nombre moyen de lits d'EHPAD a fortement augmenté, passant de 95 lits en moyenne à 122. Ces évolutions inquiètent de nombreux professionnels exerçant dans les hôpitaux locaux, qui craignent de voir leur établissement perdre sa spécificité. Dominique Colas, président de l'association nationale des hôpitaux locaux (ANHL) déplore cette « *disparition à bas bruit de nos hôpitaux locaux* »⁹ et rappelle qu'en sept ans, 44 hôpitaux locaux ont disparu, parmi lesquels 42 ont été transformés en EHPAD. Mais ces évolutions varient fortement en fonction de la région : en Bretagne, le nombre d'établissements est resté stable, mais la région Rhône-Alpes par exemple a perdu 10 établissements entre 2004

⁶ COUR DES COMPTES, septembre 2013, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre 11 : l'avenir des hôpitaux locaux*, (p. 311)

⁷ ADYSTA CONSEIL, mai 2013, *Les « Ex hôpitaux locaux » en 2011*, monographie, (p.5)

⁸ Voir annexe 1 – Nombres d'établissements et capacités moyennes

⁹ GERVAIS J.B., juillet 2013, « Les hôpitaux locaux se métamorphosent lentement en EHPAD », *Hospimedia*

et 2011¹⁰. De nombreux établissements sont en outre engagés dans une coopération hospitalière : la majorité d'entre eux concernent deux établissements, principalement sous la forme d'une direction commune « hôpital local – EHPAD ». Les autres formes de coopération identifiées dans l'enquête sont le GCS et la CHT.

Une caractéristique plus spécifique aux ex-hôpitaux locaux est l'intervention de médecins généralistes libéraux au sein de l'établissement. De l'hôpital rural au centre hospitalier local, cette particularité constitue le socle du fonctionnement médical de ces établissements. Les médecins généralistes assurent une continuité dans la prise en charge des patients : c'est principalement leur patientèle qui est hospitalisée au sein du centre hospitalier local. Ils assurent donc – au cours de l'hospitalisation – un suivi médical, et leur connaissance du patient et de son environnement leur permet également d'encadrer la sortie de l'hospitalisation, que ce soit pour le retour à domicile ou l'entrée en institution. Afin d'intervenir au sein de l'établissement, les médecins généralistes libéraux doivent signer une convention. Toutefois, ces établissements sont de plus en plus nombreux à disposer de médecins salariés. Entre 2004 et 2011, la part des secteurs sanitaires dotés de médecins salariés est passée de 29 % à 65 %. Cette augmentation est observée quelque soit les capacités du service. Le nombre moyen d'ETP de médecins salariés est stable entre 2004 et 2011 et augmente en fonction de la capacité du service : environ 0,3 ETP pour les services de moins de 10 lits et 0,75 ETP pour les services de plus de 20 lits. La proportion de médecins salariés augmente plus rapidement dans certaines régions, comme l'Aquitaine, le centre, la région PACA et également en Bretagne.

1.1.2 Le CH de Janzé : un ex-hôpital local typique

Le Centre Hospitalier de Janzé peut être décrit comme un hôpital local « typique » du fait de sa capacité et de ses activités. En tant qu'ex-hôpital local, l'établissement est en effet spécialisé dans l'accueil des personnes âgées. Il est composé d'un secteur sanitaire de 40 lits : 15 lits de médecine - dont 3 lits identifiés soins palliatifs - et 25 lits de soins de suite et de réadaptation. Les soins palliatifs sont une spécialité régulièrement proposée par les ex-hôpitaux locaux : 39 % des CHL ayant répondu à l'enquête du cabinet Adysta Conseil disposaient de lits identifiés, pour une moyenne 3,5 lits. L'établissement comprend également un EHPAD de 149 places, et une unité spécialisée dans l'accueil de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées est en projet. En revanche, contrairement à certaines structures de ce type, le CH de Janzé ne comprend pas d'unité de soins de

¹⁰ Voir annexe 2 – cartes de l'évolution des CHL en France

longue durée (USLD), ni de places de SSIAD, proposées par 54 % des répondants à l'enquête Adysta publiée en 2013.

Comme l'ensemble des ex-hôpitaux locaux, la population soignée au CH de Janzé est âgée et locale. Pour le secteur sanitaire, l'âge moyen des patients est de 83,7 ans¹¹. Plus de ¾ des patients sont âgés de plus de 80 ans, les personnes âgées de 80 à 89 ans étant les plus représentées. Le très grand âge (les plus de 90 ans) représente 23 % des personnes accueillies. La majorité des patients – 61 % - proviennent du canton de Janzé. Les patients admis en service de médecine proviennent en grande partie du domicile (45 %). La part des mutations internes – depuis le SSR – est également importante (24 %). Le nombre de patients accueillis en service de médecine provenant du CHU de Rennes a considérablement augmenté au cours des dernières années : en 2013, ils représentaient 18 % des patients admis en médecine, pour seulement 9 % en 2011. Le centre Hospitalier de Janzé se situe au sud du territoire de santé n°5, en zone rurale. Théoriquement, le centre hospitalier de Vitré est son établissement de référence. Toutefois, un partenariat fort s'est créé entre le CH de Janzé et le CHU de Rennes, facilité par la proximité géographique (25 km, soit 20 minutes de route par la 2X2 voies). Le CHU est devenu de fait le partenaire principal. Les patients du service de SSR proviennent principalement des transferts internes (40 %), du CHU de Rennes (32 %) et d'autres établissements (25 %), dont les établissements de santé privés. Ces proportions restent relativement stables depuis 2011. Les motifs d'admission majoritaires pour les séjours en médecine sont pour 18,5 % liés à des « facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé » (les séjours de soins palliatifs sont classés dans cette catégorie), 17,1 % pour « affections de l'appareil respiratoire », et 11 % pour « maladies et troubles mentaux ». Concernant les séjours en SSR, cinq catégories majeures cliniques (CMC) regroupent 76,1 % des séjours : 26,6 % pour « réadaptation et réinsertion », 18,6 % pour « affections du système nerveux » et 12,2 % pour « affections de la peau et des organes des sens ». Les motifs d'entrée sont donc polarisés et témoignent des besoins existants sur le territoire, auquel le CH de Janzé apporte une réponse adaptée.

Les taux d'activité du CH de Janzé sont comparables à ceux relevés par la plupart des ex-hôpitaux locaux. Pour le service de médecine, le taux d'occupation était de 82 % en 2013, contre 77 % en 2012. Concernant les soins de suite et de réadaptation, le taux d'activité est de 93 % en 2013 : il a baissé de 6 % par rapport à 2012 car une attention particulière a été portée aux motifs d'entrée et à la qualification des séjours dans l'optique du passage à la T2A. Parallèlement, le taux d'activité en médecine a fait l'objet d'une attention particulière, afin d'optimiser son taux d'occupation et la pertinence des séjours. L'activité à Janzé est

¹¹ Rapport d'activité de l'année 2013 du CH de Janzé

donc supérieure à la moyenne des ex-hôpitaux locaux, puisqu'en 2011, le taux d'occupation moyen des lits de médecine était de 72 % et celui des lits de SSR s'élevait à 90 %. Les capacités du CH de Janzé sont légèrement supérieures à la moyenne des autres CHL, mais la tendance est à l'augmentation moyenne des capacités sanitaires : 56 % des établissements avaient plus de 25 lits sanitaires en 2004, contre 65 % aujourd'hui.

Établissement	Lits de médecine	Lits de SSR	Lits d'hébergement
CH de Janzé	15	25	149
Moyenne des CHL	9	22	122

Le CH de Janzé apparaît dans la moyenne de sa catégorie concernant ses activités et ses capacités.

La prise en charge médicale au Centre Hospitalier de Janzé est assurée par 11 médecins libéraux autorisés, qui ont leur cabinet à en ville. Tous les praticiens ne sont pas présents dans les mêmes proportions au sein de la structure : comme le souligne un médecin intervenant en ex-hôpital local, les médecins ayant plus d'ancienneté sur le territoire ont une patientèle plus âgée, amenée à être soignée au sein de l'hôpital local. C'est un tiers des médecins conventionnés qui hospitalisent la quasi-totalité des patients au sein de l'établissement. Actuellement, l'établissement ne compte pas de médecins salariés, excepté les médecins coordonnateurs pour le secteur sanitaire (0,2 ETP) et le secteur hébergement (0,3 ETP) et un référent « soins palliatifs ». La coordination du service de Médecine/SSR est donc assurée par un médecin salarié (0,10 ETP, augmenté à 0,20 en 2014). Les admissions en SSR sont effectuées sous sa supervision et avec sa validation en collaboration avec le cadre de santé du service. Il coordonne le staff SSR hebdomadaire. Un médecin de l'établissement a été nommé « référent » soins palliatifs. Il est salarié de l'établissement, à hauteur de 0,05 ETP et a récemment validé son DU (diplôme universitaire) « soins palliatifs ». La prise en charge médicale est complétée par l'intervention de praticiens hospitaliers par voie de convention. Un praticien hospitalier rééducateur participe à la prise en charge SSR, en effectuant une vacation tous les 15 jours et un praticien psychiatre (CHGR) intervient, en lien avec le Centre médico-psychologique (CMP), quand une prise en charge médicale le nécessite. Un praticien hospitalier hygiéniste est également présent au sein de l'établissement à raison d'une demi-journée toutes les deux semaines, mis à disposition par le Centre Hospitalier de Vitré, afin d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales au sein de l'établissement. Enfin, un praticien hospitalier universitaire de médecine interne du CHU de Rennes intervient depuis la fin de l'année 2013 à hauteur d'une demi-journée par mois. Il assure une activité de consultations spécialisées avancées, mais progressivement, ses missions se sont étendues.

Le CH de Janzé – avec ses 11 médecins conventionnés - ne souffre pas de difficultés de démographie médicale, mais l'intervention de médecins libéraux dans le cadre hospitalier n'est pas sans créer des difficultés, notamment par rapport à la continuité des soins.

1.2 Les problématiques du CH de Janzé, comparables aux autres CHL

Du fait de leurs similitudes, ces établissements sont généralement confrontés aux mêmes difficultés, comme l'organisation de l'intervention des médecins libéraux dans le cadre hospitalier (1.2.1), l'incertitude par rapport au financement de l'activité et des investissements (1.2.2), la vigilance quant à la pertinence des séjours et le taux d'activité (1.2.3) et enfin l'isolement que connaît certains de ces hôpitaux sur le territoire (1.2.4).

1.2.1 L'organisation des ressources médicales : une problématique récurrente dans les CHL

L'organisation médicale au sein des CHL est une des spécificités remarquables de ces établissements. Si cette forme d'organisation permet d'impliquer les acteurs libéraux dans le système de santé hospitalier, l'activité libérale des médecins généralistes et l'organisation hospitalière est parfois difficilement compatible. La question de la continuité des soins se pose lorsque qu'un médecin n'est pas sur place : sans plages de présences définies, il n'y a pas d'interlocuteur médical en permanence, que ce soit pour l'équipe soignante ou pour les familles. Cette situation conduit à une responsabilisation très importante des IDE, comme l'a souligné la certification réalisée en 2010. Les incidences sont importantes, car l'hyper-responsabilisation peut entraîner des difficultés professionnelles, voire des risques psycho-sociaux. Lors de la réalisation d'un audit social auprès des professionnels de l'établissement - en vue de la rédaction du projet social -, des IDE exerçant en secteur sanitaire ont signalé cette forte responsabilisation qui entraîne un stress et une fatigue professionnelle, et qui peut éventuellement entraîner des risques dans la prise en charge des patients. La disponibilité des médecins intervenant dans les CHL risque d'être moindre au vu de l'évolution démographique des médecins. Si le CH de Janzé ne connaît - pour le moment – pas de problèmes de démographie médicale, avec onze médecins conventionnés, la profession connaît et va connaître de nombreux départs à la retraite qui va rendre difficile l'accès aux soins de premier recours dans certaines zones. Une étude réalisée par l'ordre national des médecins démontre que seuls 8,6% des médecins généralistes, au 1er janvier 2014 étaient âgés de moins de 40 ans. En revanche, ceux âgés de 60 ans ou plus, c'est-à-dire susceptibles de partir à la retraite à court terme,

représentaient 29,2% des effectifs¹². Les deux médecins présidents de CME confirment ces statistiques : une génération de médecins intervenant à l'HL va partir à la retraite. Ces évolutions sont évidemment plus importantes dans les « déserts médicaux », territoires sur lesquels le nombre de médecins est insuffisant par rapport à la population. Ces difficultés démographiques sont renforcées par les aspirations différentes de la nouvelle génération de médecins, qui se féminise : en 2030, les femmes représenteront 56,4 % des médecins généralistes, contre 39 % en 2006¹³. Les jeunes médecins, hommes ou femmes, souhaitent généralement travailler moins ou à temps partiel notamment pour des raisons familiales. Une présence discontinue conduit un médecin interrogé à soulever les difficultés que cela entraîne pour le suivi d'un patient en hôpital local. Si le médecin traitant ne peut pas se rendre auprès du patient car il ne travaille pas tous les jours de la semaine, cette organisation n'est pas viable, dans la mesure où chaque patient hospitalisé reste sous l'observation de son médecin traitant.

Cette compatibilité entre l'exercice de la médecine libérale et les impératifs de l'organisation hospitalière est une mission importante du directeur d'établissement, qui doit sans cesse chercher à optimiser le fonctionnement du service tout en ménageant les médecins. Cette profession, et *a fortiori* les médecins généralistes, exerce de manière très indépendante comme le précise le code de la santé publique¹⁴. Nul ne peut obtenir un droit de regard sur les prescriptions, car chaque médecin suit individuellement ses patients, du domicile jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Cette pratique rend délicate la mission du médecin coordonnateur du service de médecine-SSR : il ne peut pas se placer en chef de service dans la mesure où il est comme eux, médecin généraliste en cabinet, qu'il partage avec certains médecins de Janzé. Cette position est délicate quand il s'agit de pointer certains dysfonctionnements (dossiers patients insuffisamment complétés, prise en charge incomplète,...) à des collègues, avec qui il faut ensuite collaborer au cabinet de ville.

Enfin, les médecins interrogés témoignent d'une charge de travail trop importante, qui s'est considérablement alourdie du fait des exigences croissantes du secteur sanitaire. Une plus grande traçabilité de l'action médicale est demandée, des évaluations des pratiques professionnelles sont organisées, et ces différentes actions sont contrôlées lors de la certification qui est réalisée tous les 4 ans. Un médecin président de CME estime qu'aujourd'hui « *l'hôpital local fonctionne avec les médecins généralistes par leur*

¹² Voir annexe 3 – Pyramide des âges issu de l'Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS,(p.144)

¹³ DREES, février 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, études et résultats n° 679 (p.4)

¹⁴ Article R.4127-5 du code de la santé publique « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »

engagement militant. Ils ne comptent pas leurs heures ». Pour un médecin coordonnateur en médecine-SSR, une évolution vers le salariat est « *inélucltable* », avec éventuellement un fonctionnement mixte libéraux-salariés dans un premier temps, pour tendre à terme vers des médecins salariés uniquement. Le mode de rémunération est aussi probablement en cause dans le manque d'attractivité des médecins libéraux pour l'exercice en hôpital local : le praticien est rémunéré sur la base d'une consultation (23 euros aujourd'hui) dont 10% est reversé à l'établissement. Le temps de déplacement n'est pas compris dans cette rémunération, or, en milieu rural, il n'est pas rare que certains médecins doivent parcourir une vingtaine de kilomètres afin de se rendre à l'hôpital local. Dans ces conditions de faible attractivité, un médecin remarque « *qu'il est difficile de motiver un collègue pour aller faire une entrée tardive, qui demande 45 minutes de travail...* ». La question du financement peut donc être un paramètre déterminant dans le développement des ex-hôpitaux locaux, car les différentes personnes interrogées pour la réalisation de ce mémoire soulignent que l'intervention des médecins libéraux au sein des structures hospitalière est une spécificité intéressante pour le système de santé français. « *Les hôpitaux locaux sont fragiles, il ne faut pas bousculer ce qui fait leur originalité : la présence sur le terrain de la médecine générale* » estime le directeur général du CHU.

1.2.2 Une incertitude sur les modalités de financement de l'activité et des investissements

Les ex-hôpitaux locaux sont actuellement majoritairement financés par dotation globale. Ce mode de financement a été instauré en 1983. Une dotation de financement (DAF) est donc versée annuellement afin de réaliser l'activité. En 2003, un nouveau système est instauré¹⁵, afin de renforcer l'efficacité des établissements de santé, et harmoniser le traitement du secteur public et privé. Cette réforme inverse la logique de financement : avec le système de DAF, les dépenses sont dimensionnées en fonction des recettes perçues ou prévues. Dans l'organisation par T2A, les recettes sont versées en fonction de l'activité réalisée, selon un système de codage des actes. Cependant, certains établissements de santé ont été exclus de ce nouveau système de tarification par la loi de financement de la protection sociale de 2004 : les hôpitaux locaux, les établissements de santé mentale et de SSR maintiennent le mode de financement par DAF car leur activité est jugée spécifique. Certains hôpitaux locaux sont passés à la T2A - comme le centre hospitalier des Marches de Bretagne ou celui de Lamballe en Bretagne - suite à une fusion. Pour les autres, un délai a été donné pour l'application de la T2A. Dans un premier temps, il était fixé par la loi de financement de la

¹⁵ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

sécurité sociale pour 2010 au 1^{er} janvier 2012¹⁶, puis a été reporté au 1^{er} mars 2013¹⁷. Un nouveau report a fixé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2013¹⁸ : le passage à la T2A est prévu au 1^{er} mars 2015. Ces nombreux reports sont dûs aux difficultés pour ces établissements de petite capacité d'assurer des recettes suffisantes pour leur équilibre budgétaire. Le passage à la T2A nécessite en effet des moyens techniques et humains afin de procéder au codage PMSI qui permet de déterminer l'activité réalisée. Afin de procéder au codage, il est nécessaire de former des personnels ou d'avoir recours à une société extérieure à qui l'établissement confie le traitement des données. Au centre hospitalier de Janzé, un infirmier est affecté à hauteur de 0,2 ETP afin de procéder au codage. Toutefois, le recours à un médecin spécialiste était envisagé car cette activité requiert une certaine expertise. Cette rigueur est nécessaire puisque deux contrôles de qualité sont organisés chaque année.

Les ex-hôpitaux locaux n'ont pas tous intérêt au passage à la T2A. Un grand nombre d'entre eux seraient en difficulté dans la situation actuelle. Comme le souligne une directrice d'établissement « *certaines sont gagnants, d'autres perdants : le gain du passage à la T2A dépend de la dotation initiale des établissements. Certains hôpitaux locaux étaient en effet sur-dotés par rapport à leur activité, quand d'autres auraient pu bénéficier de financement plus importants.* ». L'établissement de la Guerche-de-Bretagne serait actuellement perdant par un passage à la T2A dans le contexte actuel : la directrice souligne que cette méthode de financement implique une expertise que les médecins généralistes n'ont pas. Un médecin DIM suit de près l'évolution de l'activité, ce qui n'est pas envisageable pour un établissement avec de petites capacités sanitaires. Un rapport du sénat mentionne que les ex-hôpitaux locaux « *seront touchés de plein fouet par les effets pervers de la T2A* » dans la mesure où ils ne peuvent pas augmenter leur volume d'actes, notamment du fait de leur localisation dans des bassins de population vieillissante et dont le nombre décline et surtout, parce que les actes qui y sont pratiqués – pas d'actes chirurgicaux ou obstétricaux - ne sont pas beaucoup valorisés, bien qu'ils puissent demander un temps médical ou soignant important. Aujourd'hui, les différents CHL préparent le passage à la T2A en codant les actes réalisés, ce qui nécessite un investissement important de l'ensemble de la communauté médicale et soignante. Les différents reports nuisent à la motivation des professionnels car les efforts fournis n'aboutissent pas concrètement, dans la mesure où les échéances sont sans cesse retardées.

¹⁶ Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010

¹⁷ Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

¹⁸ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

1.2.3 Une vigilance particulière par rapport aux taux d'activité et à la pertinence et durée des séjours

Le passage au financement à l'activité implique de nouvelles exigences sur la qualité des séjours. La T2A est « *un levier pour l'amélioration de la qualité de l'information médicale, qui implique une plus grande vigilance – notamment lors de l'entrée- et améliore la gestion du dossier médical* » selon une directrice d'ex-hôpital local financé par la T2A. Il semble donc que le constat dressé par les rapporteurs du sénat puisse être nuancé : les établissements peuvent optimiser les recettes dans le cadre de la T2A, mais cela nécessite un important travail et un partenariat de la communauté médicale et de la direction afin de rendre viable l'activité de l'établissement. Une directrice d'établissement qui se prépare au passage à la T2A indique que cette évolution exige d'être très performants. Une cellule d'analyse de l'activité se réunit régulièrement, en examinant les motifs d'admissions, l'affectation des séjours et leur durée. Les médecins doivent être réceptifs aux recommandations et aux changements, ce qui n'est pas toujours évident lorsque les médecins libéraux interviennent dans l'établissement depuis plusieurs décennies. Ils sont implantés sur le territoire et généralement plus à l'écoute des familles, qui constituent leur patientèle depuis plusieurs années. Ils ont donc plus facilement tendance à retarder une sortie suite à leur demande. L'hospitalisation peut en effet être une situation confortable pour elles : contrairement à une entrée en institution, elle n'est pas payante, et elle permet d'éviter les difficultés du maintien à domicile avec les coûts et la présence que cela représente. Les exigences sont nouvelles et leurs pratiques issues du secteur libéral peuvent être remises en cause. Le travail avec des médecins salariés est bien plus aisé dans ce domaine, puisqu'ils ont pleinement intégré la logique de tarification.

Cependant, il semble clair que pour parvenir à un taux d'activité satisfaisant, l'établissement doit disposer de capacités suffisantes. L'étude portant sur les hôpitaux locaux réalisée par Adysta Conseil démontre qu'en 2011, les établissements de moins de 15 lits ont un taux d'occupation de 10 points inférieur aux services de plus de 25 lits¹⁹. L'évolution actuelle tendant à la fermeture de lits de médecine dans les hôpitaux locaux ne semble donc pas favorable à un taux d'activité satisfaisant pour ces établissements. Par ailleurs, même si le nombre de lits est faible, les exigences des autorités sanitaires restent les mêmes : une certification pour 5 lits demandera une quantité de temps comparable à celle pour 40 lits. La rentabilité et les économies d'échelle ne sont pas favorisées pour les établissements disposant de faibles capacités. Afin d'optimiser son activité, il faut que l'établissement soit

¹⁹ ADYSTA CONSEIL, mai 2013, *Les « Ex-hôpitaux locaux » en 2011*, monographie, (p.7)

actif et visible sur le territoire : l'établissement doit développer une véritable stratégie afin d'être intégré dans les filières de territoire.

1.2.4 Les risques liés à l'isolement d'un établissement sur son territoire

Selon le consultant spécialiste des hôpitaux locaux, il existe deux principales orientations indispensables pour l'avenir des hôpitaux locaux. Il faut selon lui « *travailler l'ancrage territorial, ne pas rester seul : avec les EHPAD, les libéraux, éventuellement les autres acteurs* ». Pour cela, il préconise d'établir des « *liens avec les acteurs, en les intégrant aux réunions, en prévoyant un plan d'action à l'année afin de pouvoir communiquer sur le terrain concrètement, afin de valoriser la vision du système de santé et y intégrer les autres acteurs. Et cela, il n'y a pas d'autres acteurs que l'hôpital local qui peut le faire, puisque finalement, chacun travaille individuellement, même si c'est au sein d'un même cabinet.* ». Le travail relationnel avec les élus, en les rencontrant, les associant eux-mêmes ou à travers des représentants des usagers ou de la population est également fondamental. Le directeur général de l'ARS Bretagne décrit les ex-hôpitaux locaux comme des structures de santé de proximité dans la mesure où ces établissements sont des structures de liaison et d'ouverture sur la médecine de ville ou ambulatoire, mais ils peuvent également constituer le socle du parcours de soins de la personne âgée. Ces établissements sont « *à la frontière du sanitaire, du médico-social – par exemple du fait de ses relations avec les établissements pour personnes âgées - et même du social.[...] Par exemple, l'hôpital local peut être le siège d'un service de portage de repas à domicile. L'hôpital local est un point d'ancrage* ».

Par conséquent, l'hôpital local doit être une structure ouverte sur son territoire et établir différents partenariats. Selon le directeur général de l'ARS, une des conditions indispensables au maintien de l'activité de l'hôpital local est son ancrage dans le territoire : « *ce qui n'est plus possible, c'est que l'établissement reste dans son splendide isolement ; l'hôpital enfermé dans ses murs, cela n'a pas d'avenir, mais l'hôpital au cœur de son territoire de santé, c'est cela l'avenir* » [...] L'hôpital local doit avoir des relations étroites avec un centre hospitalier de référence, et même le CHU. Cela s'observe entre Crozon et le CHU de Brest, et entre Janzé et le CHU de Rennes par exemple.

Pour une directrice d'ex-hôpital local, la question de l'isolement pose certaines questions. Un isolement total de l'établissement n'est pas envisageable. Si l'établissement est isolé géographiquement, certains aspects de la prise en charge doivent être étudiés, notamment pour la gestion des phases aiguës. « *Les hôpitaux, s'ils sont isolés, vont répondre à une demande de proximité principalement pour les personnes âgées. Un établissement isolé a toute sa place pour la proximité. Mais pour pouvoir assurer sa mission, il faut une*

coopération avec un CH de référence, pour pouvoir transférer des patients vers les urgences, pour faire des bilans sanguins, radiologiques, pour bénéficier des plateaux techniques.... et qu'ils puissent revenir ensuite. Il doit exister un travail de proximité et lien très fort entre l'hôpital local et le centre de référence ». Le travail de positionnement des CHL s'envisage donc dans un partenariat avec un centre hospitalier de référence.

2 L'ex-hôpital local, des spécificités à exploiter dans le cadre d'un partenariat avec un CH de référence

Malgré certaines difficultés, les ex-hôpitaux locaux présentent des spécificités intéressantes notamment dans le cadre du projet de service public de santé territorial (2.1) : pour remplir ce rôle, il est nécessaire que ces établissements travaillent leur positionnement (2.2).

2.1 Les centres hospitaliers locaux : des spécificités à faire valoir dans un système de santé territorial

Les ex-hôpitaux locaux semblent correspondre aux attentes énoncées dans le rapport de la députée B.DEVICTOR portant sur le service public territorial de santé (2.2.1) : ils se situent au carrefour des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (2.2.2) et permettent d'offrir un parcours de soin cohérent tout particulièrement pour les personnes âgées, en étant le pivot entre la prise en charge hospitalière et le suivi par les praticiens libéraux (2.2.3).

2.1.1 Les CHL : une réponse aux attentes du service public territorial de santé

Le rapport Devictor, dans son introduction, « *Pourquoi le service public territorial de santé est-il nécessaire ?* »²⁰ met en lumière les différents dysfonctionnements du système actuel. Les ruptures dans l'accompagnement et la prise en charge liées aux difficultés pour les usagers « d'enclencher la phase suivante de son parcours ». Cela est particulièrement visible en sortie d'hospitalisation, où le patient est généralement plus vulnérable : ce dernier, suite à une opération par exemple, doit activer l'intervention des différents acteurs. Comme le souligne le rapport Devictor, « *un défaut de compréhension du système de santé, [...] l'incompréhension du rôle des uns et des autres* » au sein du système de santé peuvent rendre ces démarches difficiles à entreprendre, particulièrement pour les personnes âgées, qui risquent alors de rester en dehors du système de santé.

Ces dysfonctionnements sont également visibles du côté des professionnels : « *l'illisibilité du système de santé qui résulte de l'addition des dispositifs [...] le déficit de coordination des professionnels sur le terrain et [...] leur mode de rémunération* » engendrent des dysfonctionnements. Les professionnels de santé sur le territoire n'ont en effet pas toujours pour habitude de travailler ensemble. La « méconnaissance mutuelle de leur compétences, de leur champ d'action » entraîne des « difficultés à orienter les usagers » vers la solution la plus adaptée à leurs besoins, et même selon le rapport de la députée B. Devictor à « faire

²⁰ DEVICTOR B., mars 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS) Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationniste de l'offre en santé*, rapport (p.8).

confiance aux éléments d'information ou de diagnostic qui sont fournis par d'autres professionnels ».

Ces éléments de diagnostic fournis se vérifient régulièrement : les patients ont des difficultés à activer une prise en charge adéquate suite à l'hospitalisation (kinésithérapie, orthophonie, services de soins à domicile,...) et les familles sont souvent démunies lorsque suite à une altération brutale de l'état de santé, une perte d'autonomie, un dispositif complet d'accompagnement, voire une entrée en institution sont nécessaires. Une personne âgée vivant à domicile peut en effet être victime d'un AVC, qui sera traité pour la phase aiguë dans un centre hospitalier de référence, disposant donc d'un service d'urgences et d'un plateau technique. Si les séquelles de cet AVC sont une perte d'autonomie, une prise en charge adéquate doit être mise en place. Or, l'identification d'interlocuteurs clés et des droits et aides à mobiliser demande une certaine connaissance du système de santé. De ce fait, le parcours des usagers est parfois incohérent, ce qui engendre des difficultés pour les usagers et leurs familles et peut conduire à une prise en charge inadaptée.

Le rapport de la députée B. DEVICTOR, portant sur le développement d'un service public territorial de santé, souhaite remédier à ces dysfonctionnements en amenant les professionnels à travailler en collaboration plutôt qu'individuellement, « *dans une approche soucieuse d'apporter des réponses aux besoins des personnes [...] sur le territoire de proximité* ». Un des axes de travail retenu est l'« introduction d'une obligation de coopération à plusieurs dimensions pour les acteurs du service public hospitalier » qui implique une coopération entre les établissements hospitaliers d'un même territoire, mais également une « *coopération avec les acteurs de santé des secteurs sanitaires, médico-social et social* ». Le rapport insiste également sur la nécessité de favoriser les interactions entre les professionnels de soins hospitaliers et les professionnels qui exercent en ville. Parmi les 6 recommandations produites dans le « rapport du comité des sages », intitulé « projet global pour la stratégie nationale de santé » et présidé par M. Alain CORDIER, figure la création « d'outil de la coordination et de la continuité ville-hôpital ».

Les ex-hôpitaux locaux semblent s'inscrire pleinement dans cet objectif de coopération, de mutualisation et de décloisonnement que le rapport appelle de ses vœux. Le consultant spécialiste des hôpitaux locaux souligne en effet qu'il existe une « *situation paradoxale* », « *une schizophrénie du système de santé français* » dans la mesure où « *le système décrit de manière théorique un fonctionnement idéal, sur un plus petit territoire, au service des populations, en lien avec les élus, les acteurs libéraux, avec les centres hospitaliers, avec le secteur sanitaire et social. Mais personne ne dit [...] qu'il existe en France 300 petits territoires, qui essayent de fonctionner [...]. Au contraire, on les fragilise en disant qu'ils ne font pas de la vraie médecine [...] À la place, on essaye de réinventer des maisons de santé* ».

qui sont relativement coûteuses, il va falloir les connecter avec les structures d'hébergement, en créant le lien. Or, il y a quelque chose qui existe - qui n'est certes pas parfait - mais qui est là ». Selon le consultant, les hôpitaux locaux constituent une réponse aux attentes du service public territorial de santé. La répartition existante des hôpitaux locaux ne semble pas être un obstacle. L'étude menée en 2004²¹ par le cabinet Adysta Conseil souligne qu'il y a une « *logique d'implantation des hôpitaux locaux, ils sont installés dans des bassins de vie ruraux polarisés* », constitués d'un grand bourg rural, généralement éloigné de la péri-urbanisation. Plus de la moitié de ces territoires ruraux sont équipés d'un hôpital local. D'autre part, le consultant souligne que la création des maisons de santé n'a pas vocation à couvrir l'ensemble du territoire national, mais « *seulement les endroits où le besoin existe* ». De plus, ces structures hospitalières – publiques – peuvent se positionner comme relais de la stratégie nationale en promouvant les principes fondamentaux du service public, tels que la continuité, l'adaptabilité, ou encore l'égalité et l'« *accessibilité territoriale et financière*²² » à une prise en charge adaptée.

2.1.2 Un établissement pivot entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et social et la médecine de ville, acteur de la filière gériatrique

L'hôpital local semble constituer une réponse aux attentes du SPTS, dans la mesure où ces établissements sont situés au croisement des secteurs sanitaires, médico-sociaux et même sociaux, comme le souligne le directeur général de l'ARS. Ces établissements disposent en effet d'un secteur sanitaire, puisque qu'ils sont généralement équipés de lits de médecine et de SSR. Dans ce cadre, l'hôpital local constitue une solution d'aval pour les centres hospitaliers de référence, qui peuvent transférer des patients suite à une phase de soins aiguë, afin qu'ils puissent être pris en charge de manière adéquate et au plus près de leur domicile. Ces établissements sont également des réponses à une demande de soin plus importante de la population : un patient sera hospitalisé à la demande de son médecin traitant, qui pourra – s'il intervient au sein de l'hôpital local – assurer la continuité de sa prise en charge. Ces hospitalisations directes qui peuvent être utiles en cas de dégradation de l'état de santé qui ne nécessite pas une phase de soin aiguë et d'exams poussés (dénutrition, pneumopathies) permettent d'éviter un engorgement des services des centres hospitaliers de référence, et offre à la population une prise en charge adaptée dans la proximité.

²¹ Étude 2004 dystasie conseil

²² DEVICTOR B., mars 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS) Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, rapport (p.11).

Les hôpitaux locaux sont également des acteurs incontournables du secteur médico-social sur le territoire, notamment puisqu'ils disposent généralement d'un EHPAD, de lits d'hébergement. Dans ce cadre, ils participent au réseau médico-social et sont investis dans la politique gériatrique du territoire de santé. Généralement, ils se situent au cœur du bassin de vie rural et sont donc des interlocuteurs privilégiés dans la coopération entre les différents EHPAD du secteur. Ayant les mêmes activités, les échanges entre les établissements favorisent la cohérence de la prise en charge sur le territoire, et permettent d'avoir des projets communs. À l'initiative de la directrice du CHL de Janzé, des réunions ont été organisées entre les différents directeurs d'EHPAD du sud du territoire de santé n°5, ce qui a permis de profiter des expériences des uns et des autres (formation « humanitude », gestion de la majoration des consultations pour les patients de plus de 80 ans, intervention de l'équipe mobile de psychiatrie,...). Ces réunions posent les bases d'une coopération plus approfondie, dans laquelle le CHL de Janzé se place comme initiateur : les projets de télémédecine, de centre bucco-dentaire vont profiter aux EHPAD du territoire, qui pourront élargir l'offre de soins proposés à leurs usagers. Le CHL est également en lien avec les structures de maintien à domicile, d'aide à la personne et de soins infirmiers, quand ils ne disposent pas eux-mêmes de leur propre SSIAD, comme 54 établissements qui ont répondu à l'enquête Adysta. La coopération avec ces structures est indispensable, tant en secteur sanitaire qu'en secteur médico-social. En médecine-SSR, les patients âgés alternent régulièrement des phases d'hospitalisation et de retour à domicile. Ces personnes, souvent vulnérables, doivent être accompagnées pour le retour à domicile avec un dispositif adapté (aide-ménagère, aide à la toilette, soins infirmiers,...). Les CHL sont donc des acteurs clés dans le retour à domicile, et accompagnent les patients et leurs familles dans l'activation des aides. Au CHL de Janzé, le contact de la cadre de santé avec les structures de maintien à domicile est quotidien, afin d'annoncer le retour à domicile des patients et envisager le dispositif adapté.

Enfin, les CHL peuvent également être amenés à intervenir dans le domaine social : certains établissements disposent par exemple d'un service de portage des repas à domicile. De manière plus générale, les CHL interviennent dans le champ social, notamment dans sa mission sanitaire. Les retours à domicile, suite à une hospitalisation, sont parfois difficiles, notamment lorsque le patient a subi une perte d'autonomie brutale. Ces situations demandent une grande réactivité afin de d'activer des dispositifs de soutien à domicile, d'adapter le logement si besoin, voire préparer une entrée en institution en réalisant des inscriptions de précaution. Ces situations sont souvent douloureuses pour les patients et leurs familles qui se trouvent démunis. À ces difficultés s'ajoutent les capacités d'absorption de l'activité des SSIAD, qui sont parfois insuffisantes, notamment pour assurer la prise en charge des personnes les moins autonomes. Dans ce cadre, le médecin coordonnateur du

CHL de Janzé peut être amené à prolonger l'hospitalisation du patient afin de lui offrir des conditions de retour à domicile adaptées. Ces aménagements sont observables dans l'ensemble des CHL interrogés, mais également dans des établissements plus importants, tels que le CHU de Rennes. Même si l'objectif est de limiter la durée du séjour afin de maîtriser les coûts, il est nécessaire de tenir compte de la situation des patients afin que le retour à domicile ne soit pas synonyme de dégradation de l'autonomie, de l'état de santé du patient et donc de retour rapide dans le circuit de l'hospitalisation.

Le CHL est donc plus qu'aucun autre établissement un acteur pivot entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. Pourtant, sa plus grande spécificité par rapport aux autres établissements de santé est sa collaboration étroite avec la médecine de ville. Le CHL constitue un pont important entre le milieu hospitalier et le secteur libéral, qui sont aujourd'hui relativement cloisonnés, et offre une réponse intéressante aux vœux émis dans le rapport DEVICTOR, qui pose les bases de la prochaine loi de santé publique. Le CHL peut ainsi constituer un « *point d'ancrage* » dans la perspective de la loi instaurant un service public territorial de santé, selon le directeur général de l'ARS Bretagne. Ces établissements permettent de supprimer les barrières et de se positionner comme base du parcours de santé, comme le prouve l'expérience de la maison médicale pluriprofessionnelle, créée au CHL de Lanmeur lors de sa restructuration²³. Un pôle universitaire de santé collaborant avec la faculté de médecine de Brest, a été créé lors de la rénovation de l'EHPAD de l'hôpital local en 2013. Lors de l'inauguration des lieux, le directeur général de l'ARS a souligné le « *caractère complémentaire de ces deux équipements* » qui contribue à « *l'amélioration de la santé et des prises en charge sanitaires et médico-sociales de la population du territoire de Lanmeur et des environs, l'un en apportant une offre de soins ambulatoires coordonnée, diversifiée et de qualité, l'autre en apportant aux personnes âgées le confort des soins de qualité et la sécurité attendues aujourd'hui en EHPAD* ». Ces établissements permettent donc de constituer un point d'ancrage afin d'éviter la désertification médicale. Selon un médecin généraliste intervenant en CHL, « *il y a quelque chose à inventer, à approfondir pour faire vivre les liens riches et féconds entre la médecine générale et les établissements de santé* ». Selon lui, le CHL pourrait constituer une « *base pour la constitution de pôle de santé* », mais souligne toutefois que cela nécessite des « *facilitations* », notamment en rendant ces établissements attractifs, car à l'heure actuelle, le bon fonctionnement de ces structures repose principalement sur un « *engagement militant des médecins qui ne comptent pas leurs heures* ».

Les CHL sont donc des établissements pivots qui peuvent jouer un rôle déterminant dans le décroisement des différents secteurs, en allant ainsi vers les préconisations retenues par

²³ <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Double-inauguration-a-LANMEUR.161857.0.html>

le rapport DEVICTOR. En outre, il semble qu'ils ont une position spécifique au sein des établissements de santé et tout particulièrement pour le parcours de soins de la personne âgée.

2.1.3 Des établissements adaptés à la prise en charge des patients âgés ou atteints de maladies chroniques

Progressivement, les héritiers des hôpitaux ruraux se sont spécialisés dans la prise en soin des personnes âgées. Aujourd'hui, ces établissements ont développé une approche adaptée leur permettant de favoriser la bientraitance et la promotion de l'autonomie de la personne âgée. Les personnes âgées sont en effet régulièrement atteintes de polyopathologies et de maladies chroniques, qui altèrent l'état de santé global et les capacités. Ces patients peuvent nécessiter une intervention aiguë pour une pathologie identifiée, mais leur état de santé, fragilisé par ailleurs, ne rend pas toujours possible le retour à domicile. Or, un des objectifs actuels en matière de santé est de réduire les durées de séjour en favorisant les actes ambulatoires : l'objectif est en effet fixé à une « *activité de chirurgie ambulatoire supérieure à 50% à l'horizon 2016* ²⁴ », contre 40% aujourd'hui²⁵. Dans ce contexte, il est nécessaire de prévoir des « établissements tampons » qui puissent accueillir les patients qui ne peuvent pas rentrer directement au domicile suite à une opération. Le CHL semble pouvoir remplir ce rôle, ce qui permet aux patients, parfois vulnérables, de rentrer à domicile dans de bonnes conditions ou éventuellement être orientés vers des structures d'hébergement. Les ex-hôpitaux locaux, qui disposent à la fois d'un secteur sanitaire et d'hébergement, peuvent proposer un accompagnement adapté, dans la mesure où les deux secteurs partagent souvent les mêmes locaux et les mêmes personnels. Ainsi, l'ex-hôpital local de Janzé, tout comme celui des Marches de Bretagne sont engagés dans la formation « humanité », qui a pour objectif de former les professionnels à une nouvelle approche lors de la prise en soin des personnes âgées. L'objectif est de souligner leurs capacités, et de maintenir au maximum leur autonomie en associant les usagers dans les choix et les gestes de la vie quotidienne. Cette formation, en cours au CHL de Janzé, est engagée depuis plusieurs années au CHL des marches de Bretagne : elle devient un axe déterminant de la politique globale de l'établissement, que ce soit sur le plan des ressources humaines (détachement de référents « humanité » afin de soutenir la dynamique, perfectionnement dans la formation du personnel), financier (achat de matériel spécifique comme des draps de glisse, achat de tenues colorées pour les soignants...) ou architectural (organisation des chambres en

²⁴ <http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire.html>

²⁵ <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Actualites/Actualites-medicales/Marisol-Touraine-veut-developper-plus-rapidement-la-chirurgie-ambulatoire>

« hameaux », création d'une salle de restauration semblable à un restaurant de ville,...). Cette approche spécifique dans le secteur médico-social influence la prise en soin dans le secteur sanitaire de l'établissement, qui est sensibilisé à la promotion de la bientraitance, à la réflexion sur les contentions,... ; tout comme les exigences sanitaires liées notamment aux certifications améliorent la prise en charge médicale au sein de l'EHPAD. Progressivement, une réelle réflexion est menée autour d'une prise en charge adaptée de la personne âgée.

Les CHL ont également un rôle à jouer pour limiter les transferts vers les urgences des centres de référence. Ces déplacements des personnes âgées, a fortiori désorientées, sont très perturbantes. Ces transferts sont réalisés en urgence et surtout la nuit pour les EHPAD ne disposant pas d'une IDE de nuit et conduisent parfois les personnes âgées à patienter dans un couloir, sur un brancard pendant plusieurs heures, pour finalement être ramenées dans leur établissement quelques heures plus tard. Pour éviter ces événements qui nuisent à l'équilibre de la personne âgée, il est préférable d'agir préventivement en transférant un usager ayant une altération de son état de santé vers les CHL, qui sont capables de traiter certaines pathologies, sans qu'il ne faille procéder à des transports vers des centres hospitaliers de référence. Mais pour parvenir à modifier les pratiques dans ce domaine, le cadre supérieur de santé souligne qu'un travail de fond est nécessaire sur « *l'amont de l'hospitalisation* » en sensibilisant particulièrement les médecins coordonnateurs et médecins généralistes qui interviennent dans le secteur.

Les CHL sont enfin des établissements adaptés au suivi des personnes atteintes de maladies chroniques et qui doivent régulièrement bénéficier de soins. L'hôpital local permet aux populations des zones rurales de bénéficier d'une prise en charge dans la proximité, leur évitant de se rendre dans les centres de référence à plusieurs dizaines de kilomètres. Pour renforcer ce rôle dans la prise en charge des maladies chroniques, il est nécessaire que le CHL se pose comme acteur incontournable dans ce domaine en travaillant son positionnement et ses coopérations avec les autres établissements de santé du territoire. Les CHL se pose donc comme un lieu où s'exerce une médecine polyvalente de proximité, qui assure une surveillance, la mise en route de traitements, et la prise en charge d'épisodes aiguës de maladies chroniques. Pour les usagers de manière générale, ces établissements leur permettent de retourner près de chez eux. Un représentant des usagers interrogé souligne combien il est important d'être dans une structure moins anxiogène que les grands hôpitaux, bien plus anonymes : « *à l'hôpital de Janzé, les amis, la famille viennent plus facilement que si l'on est au CHU à Rennes. Ils viennent en passant voir leurs parents à la maison de retraite, après les courses,...* ». La conduite pour se rendre à Rennes, les difficultés de stationnement, les grands bâtiments sont autant de freins que rencontre les visiteurs, a fortiori quand ils sont âgés.

2.2 Une réflexion nécessaire sur le positionnement du CH au sein du territoire, en partenariat direct avec un CH de référence

Pour assurer leur pérennité, les centres hospitaliers locaux doivent s'inscrire dans les filières de territoire (2.2.1), tisser des liens étroits avec un centre hospitalier de référence et de manière générale les établissements d'amont (2.2.2), mais également avec l'aval de l'hospitalisation en coopérant avec les établissements médico-sociaux, les structures de soutien à domicile et les praticiens libéraux (2.2.3)

2.2.1 La nécessaire inscription dans les filières territoriales

L'organisation des soins en France est actuellement guidée par un principe de parcours, que ce soit de soin, de santé ou de vie. L'objectif est d'aboutir à un parcours avec « *une prise en charge globale et continue des patients et des usagers au plus proche de leur lieu de vie* »²⁶, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Cela implique donc une prise en charge transversale impliquant de nombreux acteurs, en réduisant la place des « soins curatifs aigus » au profit de la prévention, en intégrant une prise en charge sanitaire et sociale des individus, au sens de l'OMS. Le but du parcours est généralement résumé ainsi : « *les bons soins pour la population par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment* ». Dans ce cadre, les secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico social et du social sont concernés. Une expérimentation a été menée dans ce cadre dans le pays de Vitré par l'ARS Bretagne, avec les « contrats locaux de santé » : l'ex-hôpital local de la Guerche-de-Bretagne est un acteur clé de ce dispositif. L'ensemble des acteurs de santé et sociaux travaillent en commun pour une prévention auprès de la population, au delà des barrières entre le secteur hospitalier et libéral, et avec une coordination lorsque la prise en charge est nécessaire.

Un volet particulier de ce parcours a été pensé pour les « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA). Pour mettre concrètement en œuvre ce dispositif, la HAS a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS) : il s'agit d'un « *plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité* »²⁷. L'objectif est de parvenir à une prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre

²⁶ ARS, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie*, [Visité le 16 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr>

²⁷ HAS, *Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA*, [Visité le 16 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/>

de coopération non hiérarchique. Afin d'organiser un parcours adapté à la situation médicale, sociale et psychologique, une évaluation est réalisée afin d'identifier les difficultés.

Afin de pouvoir répondre aux attentes liées au parcours de santé et au dispositif PAERPA²⁸, l'établissement doit s'inscrire dans la filière pour être un établissement pivot sur le territoire et totalement intégré à la filière gériatrique. Cette dernière permet « à une personne âgée, quelque soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico et psycho-sociale, répondant aux besoins de proximité, mais également au nécessaire recours aux plateaux techniques »²⁹. Les ex-hôpitaux locaux – dont les patients sont plus âgés que les autres établissements de santé - doivent donc travailler à intégrer ces filières gériatriques, afin d'assurer une prise en charge graduée et de qualité. Pour ce faire, l'établissement doit établir des liens avec des structures dispensant des soins, mais également les dispositifs sociaux existants. Les missions concernées peuvent être la prise en charge de maladies chroniques instables, qui doivent être prises en charge au sein de plateaux techniques, les hospitalisations programmables qui mobilisent l'ensemble des maillons de la filière, les avis gériatriques ou encore l'accompagnement suite à l'hospitalisation et la préparation du retour à domicile ou en institution³⁰. La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies psycho-gériatriques sont également des missions qui font partie intégrante de la filière gériatrique. Ces activités correspondent aux attributions de l'hôpital local. Il est donc nécessaire que ces établissements soit pro-actifs afin d'être visibles sur le territoire. La définition de la médecine pratiquée au sein des ex-hôpitaux locaux est une question qui se pose régulièrement, notamment dans les centres de référence qui ne savent donc pas toujours quels patients sont transférables vers ces établissements. Pour remédier à cette situation, une liste des différents types de pathologies qui peuvent être traités a été transmises aux services du CHU de Rennes. Cela permet aux professionnels de prendre connaissance des activités proposées par le CH de Janzé, et donc d'orienter les patients vers une prise en charge adaptée dans la proximité. L'objectif est de se placer comme acteurs indispensables dans la prise en charge des personnes âgées, pour apporter un service de santé à la population, tout comme optimiser son activité. Le parcours gériatrique vise à assurer une prise en charge adapté pour la personne âgée, dans la proximité. Pour pouvoir assurer cette mission, les ex-hôpitaux locaux doivent établir des partenariats tant avec les structures d'amont que d'aval.

²⁸ Article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

²⁹ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

³⁰ VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J-M., janvier-février 2009, « La filière gériatrique un modèle parmi d'autres : la planification gériatrique en Rhône-Alpes », *Revue hospitalière de France*, n°526 (p. 37)

2.2.2 Recours à l'expertise et à la technicité : le partenariat déterminant avec un CH de référence

Pour construire une filière gériatrique sur le territoire et s'y intégrer pleinement, l'ex-hôpital local doit établir un partenariat privilégié avec un centre hospitalier de référence, comme le souligne plusieurs directrices d'établissement interrogées. Pour l'une d'elle, le partenariat avec un établissement de référence est nécessaire pour disposer de services d'urgences et de plateaux techniques. Un binôme entre un centre de référence et centre de proximité se forme, bien que le niveau de référence est généralement en lien avec plusieurs centres de proximité, a fortiori quand cet établissement est un CHU. L'établissement de proximité est au cœur des coopérations entre le secteur sanitaire et médico-social et le secteur libéral. Pour fonctionner correctement, ce niveau de proximité doit disposer d'un socle minimal composé de lits de médecine, de SSR et d'USLD coordonné, selon le Dr VERMOREL³¹.

Le partenariat d'un CHL avec un établissement de référence permet d'accéder à une expertise sur différents plans. Sur le plan médical, l'établissement de référence peut mettre à disposition une ressource médicale qui n'est pas disponible dans les CHL. Une coopération se crée, en fonction des besoins identifiés dans le territoire par l'ARS, notamment par le PTS, le projet territorial de santé, qui est ensuite décliné en projets territoriaux. La rédaction de projets médicaux complémentaires dans les établissements partenaires permet de concrétiser la notion de filière territoriale et d'apporter des réponses adaptées aux besoins de la population. Cette cohérence des projets médicaux est nécessaire et déterminante, tant avec les établissements d'aval que d'amont. Le projet médical constitue le socle de l'organisation de l'établissement : il formalise les coopérations, et décrit les missions que remplit la structure. Des consultations avancées peuvent être organisées, en apportant une expertise dans la proximité que ne peuvent pas proposer les médecins généralistes du territoire. Par exemple, le CH des Marches de Bretagne travaille en partenariat avec le CH de référence de Fougères sur des thèmes tels que l'addictologie ou la géronto-psychiatrie, car les besoins sont importants sur le territoire de santé du nord du territoire de santé n° 5. La directrice de l'établissement remarque que cette coopération fonctionne bien, car les médecins portent le projet et sont intéressés par les expériences innovantes. Une cellule de veille de géronto-psychiatrie a ainsi été mise en place : suite à une formation du personnel, l'établissement est désormais apte à établir des diagnostics et traiter des épisodes aiguës de ces pathologies. Le PTS donne donc une ligne directrice. Les CHL, pour assurer « leur survie » doivent répondre à ces besoins de proximité. Entretenir une relation privilégiée avec

³¹ VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J-M., janvier-février 2009, « La filière gériatrique un modèle parmi d'autres : la planification gériatrique en Rhône-Alpes », *Revue hospitalière de France*, n°526 (p. 38)

un établissement de référence permet également de faire face aux difficultés que peuvent connaître les CHL³². Ceci est indispensable pour s'intégrer à l'échelle du territoire et offrir une prise en charge de qualité. Cette coopération peut également porter sur des fonctions supports - ressources humaines, finances, logistique, travaux – domaines dans lesquels les établissements plus petits n'ont pas la possibilité de disposer de personnel spécialisé. Suite à la mise en place de la direction commune entre le CH de Vitré et le CHL de La Guerche-de-Bretagne, l'établissement a pu disposer de l'expertise d'un ingénieur, recruté sur les deux établissements. Disposer d'un interlocuteur spécialisé dans chaque domaine permet au directeur de CHL et à ses collaborateurs de disposer d'un accès facilité à l'expertise et d'améliorer la gestion de ces établissements.

Les bénéfices de cette coopération ne sont pas à sens unique. Le directeur des coopérations du CHU de Rennes démontre que les centres de références ont également intérêt à travailler avec des centres de proximité, pour plusieurs raisons. Selon lui, les médecins exerçant au CHU sont nombreux à vouloir exercer en dehors de cette structure, afin de varier leur activité. Dans ce cadre, toutes les spécialités sont potentiellement concernées – médecine interne, diabétologie, gériatrie,... -, et différents modes opératoires tels que les consultations avancées ou télémédecine sont envisageable. Cela permet au CHU de se constituer une patientèle. En revanche, il souligne que les ex-hôpitaux locaux ne sont pas les seuls établissements en demande de ressource médicale : certains centres hospitaliers de référence peuvent connaître des difficultés dans le recrutement de praticiens dans certaines spécialités, comme la gériatrie. Un arbitrage doit donc être fait afin d'assurer un service de santé de qualité sur l'ensemble du territoire. Ces coopérations permettent également de créer des filières, qui viennent consolider l'activité des centres de référence, qui sont dans un environnement concurrentiel, notamment avec les cliniques privées, surtout sur Rennes, avec des structures telles que la clinique de St Grégoire. Dans cette optique, un partenariat avec le CHL mais également les centres de référence périphériques tels que Vitré et Fougères permettent de mailler le territoire. Lorsqu'un patient nécessite des actes lourds, le patient est naturellement orienté vers le CHU. Enfin, approfondir les relations avec les établissements partenaires permet d'optimiser le parcours de santé, pour une meilleure prise en charge des patients. Une filière structurée, avec des outils communs (dossiers médicaux complets, systèmes d'information compatibles,...) et une communication entre les équipes des établissements partenaires conduit à une prise en charge de qualité et adaptée de la population.

³² Voir annexe 6 – carte des CHL et centres de référence du territoire de santé n°5

2.2.3 Les coopérations avec les établissements médico-sociaux, structures de maintien à domicile et acteurs libéraux du territoire : une organisation de l'aval de l'hospitalisation

Une coopération avec un CH de référence est donc nécessaire, mais afin de s'inscrire dans le territoire et optimiser le taux d'activité et la pertinence des séjours, il est nécessaire de développer des partenariats avec les structures d'aval, qui vont assurer la continuité de la prise en charge, que ce soit à domicile ou en institution. De nombreux observateurs remarquent que la durée des séjours est parfois plus longue en ex-hôpital local que dans d'autres établissements de santé. Ces établissements jouent en effet un rôle de pivot entre la prise en charge aiguë d'un patient et le retour à domicile ou en institution. De ce fait, ils sont confrontés aux difficultés, souvent sociales, conséquences d'une dégradation de l'état de santé, d'une perte d'autonomie brutale, face à laquelle les patients et leurs familles sont souvent démunis. Afin de pouvoir remplir sa mission et éviter que les lits de médecine et de SSR soient engorgés du fait de retour à domicile difficiles, le CHL doit travailler sur l'aval de l'hospitalisation. Certains établissements disposent d'un service de SSIAD, voire d'HAD. Cela facilite le bon fonctionnement du secteur sanitaire, puisqu'une certaine continuité existe dans la prise en charge, et la communication au sein de l'établissement permet d'anticiper ces sorties. Ces établissements, tels que le CH de Montfort-sur-Meu qui compte 42 places de SSIAD, contrôlent l'ensemble de la filière jusqu'au retour à domicile. Le CHL est alors le premier niveau de prise en charge des patients, et dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une « zone géographique de proximité » au travers des différents services de médecine, de SSR, de SSIAD, d'HAD. Ils deviennent ainsi un maillon essentiel de l'organisation et la coordination des soins entre le domicile, la médecine de ville et les établissements de référence.

Le CH de Janzé ne dispose pas de places de SSIAD, malgré la volonté de la directrice de développer cette filière. Une attention particulière est donc donnée aux partenariats avec acteurs du maintien à domicile, qu'il s'agisse des SSIAD, des structures d'aides à domicile, ou encore du CLIC ou du CCAS de la commune. Un manque de communication entraîne des difficultés qui nuisent à la fluidité du parcours du patient et détériore la pertinence des séjours au CHL qui est contraint de garder dans le service des patients pour des raisons « sociales » : des patients dont l'état de santé s'est stabilisé, mais faute d'accompagnement à domicile, ou d'aménagement de ce dernier, la sortie d'hospitalisation est retardée. Cela entraîne de nombreuses difficultés : d'une part cela détériore les résultats PMSI de l'établissement, avec des séjours inadéquats qui ne sont pas valorisés, mais surtout cela embolise des lits qui pourraient être mis à disposition des structures d'amont, qui sont en

recherche de places après la gestion d'un épisode de soins aigus. Si ces situations se représentent trop régulièrement, les établissements partenaires ne vont plus considérer le CHL comme un établissement fiable et se tourner vers d'autres structures.

Afin de constituer une véritable filière gériatrique et fluidifier les liens avec le secteur libéral et du maintien à domicile, une politique particulière a été pensée et des actions ont été impulsées au CH de Janzé. Des rencontres sont régulièrement organisées avec l'ADMR et les structures de maintien à domicile afin de travailler à l'amélioration du retour à domicile des patients. Dans ce cadre, une fiche de liaison de « pré-sortie » a été instaurée pour améliorer l'organisation de la sortie d'hospitalisation³³. Cette dernière est remplie par les soignants du CH de Janzé une semaine avant la sortie du patient afin de communiquer aux structures de maintien à domicile les éléments indispensables au retour au domicile, tel qu'un bilan de l'autonomie générale, les aides nécessaires, l'outillage (dentier, appareil auditif),... Cette fiche de pré-sortie est intégrée à la politique qualité de l'établissement, puisque que les professionnels peuvent remplir des fiches de signalement des événements indésirables, afin d'identifier les dysfonctionnements et perfectionner le dispositif. Les professionnels du domicile ont apprécié cette démarche qui facilite la prise en charge et permet d'anticiper les plannings de leurs agents. Par ailleurs, une convention a été établie avec l'HAD afin d'optimiser le parcours du patient et améliorer sa prise en charge. Enfin, des rencontres sont régulièrement organisées avec les EHPAD du sud du territoire de santé n°5 pour établir un véritable partenariat avec les structures médico-sociales qui peuvent être amenées, tout comme l'EHPAD de Janzé, à accueillir des patients suite à leur hospitalisation.

Afin d'améliorer le retour à domicile, le CH de Janzé a également renforcé son accompagnement social. Les hospitalisations prennent fréquemment en charge une personne fragilisée, qui ne peut, suite à un évènement (chute, AVC, pneumopathie,...) retrouver ses capacités initiales. Ce passage est généralement difficile : admettre sa dépendance, son vieillissement, ou celui d'un parent nécessite du temps. Avant qu'un incident se produise – chute, AVC, fracture, démence...- peu de personnes anticipent leur perte d'autonomie par des aménagements de leur logement ou une inscription de précaution en EHPAD. Le CH de Janzé a recruté en 2012 une assistante sociale à 0.5 ETP pour jouer un rôle d'interface entre les familles et l'établissement et son équipe médicale. Lorsqu'un patient entre en hospitalisation, l'assistante sociale prend contact avec le patient et sa famille pour déterminer quelles seront les modalités du devenir du patient prévues à la sortie et si ces dernières sont compatibles avec sa pathologie. Elle peut conseiller l'inscription de précaution dans des EHPAD (au moins 3), et poser les conditions du retour à domicile.

³³ Voir annexe n° 5 – Fiche de pré-sortie

L'établissement a renforcé sa politique dans le domaine en missionnant l'ergothérapeute de l'établissement, normalement affectée sur le budget de l'EHPAD, pour faire des visites au domicile des patients afin de préparer leur retour. Des aménagements sont en effet souvent nécessaires, comme l'achat de lits médicalisés, voire lits Alzheimer, le changement de la disposition d'une pièce, des portes pour permettre le passage d'un fauteuil roulant,...

Ces dispositifs innovants sont nécessaires afin de conforter l'activité des CHL et les placer comme établissements pivots sur le territoire et acteurs à part entière de la filière gériatrique. Le CH de Janzé est en pleine réflexion sur ces problématiques, afin d'affirmer son positionnement dans le territoire de santé n°5 : « établissement a un virage à prendre, il ne faut pas le rater » considère la directrice de l'établissement.

3 Axes prioritaires à développer dans le cadre d'un repositionnement du CHL sur son territoire

Différentes actions sont nécessaires afin que l'établissement soit reconnu sur le territoire comme acteur déterminant de l'offre de soin : engager une coopération étroite avec un centre de référence (3.1), développer des activités correspondant aux besoins de la population sur le territoire (3.2), et optimiser les ressources internes – médicales, humaines, financières - afin d'atteindre les objectifs fixés (3.3). Le projet médical permet de formaliser l'ensemble de ces objectifs.

3.1 Le partenariat avec un CH de référence : des outils de coopérations adaptés au contexte local

Le rapprochement avec un centre hospitalier de référence suscite parfois des craintes (3.1.1). Pourtant, les formes de coopérations peuvent être diverses pour s'adapter au contexte local (3.1.2) : le CH de Janzé et le CHU de Rennes ont opté pour une coopération conventionnelle, souple et opérationnelle (3.1.3).

3.1.1 Les CHL : des craintes liées au rapprochement avec des établissements plus importants

La coopération avec un centre hospitalier de référence semble indispensable afin d'offrir une prise en charge de qualité dans la proximité. Cependant, un rapprochement avec des établissements plus importants est souvent considéré comme une menace par les professionnels, craignant une perte d'identité et de la spécificité de l'établissement, qui fait sa force sur le territoire. Dominique Colas, président de l'ANHL met en garde : « *un hôpital vit avec des moyens modestes, ce qui n'est pas le cas des CHU ou des CH de référence. Nous n'avons pas non plus les mêmes préoccupations. Les CHU et CH sont focalisés sur la chirurgie, sur les blocs opératoires, sur les urgences. Dans les hôpitaux locaux, nous nous intéressons avant tout à la prise en charge de la personne âgée.* » Dans cette optique, il préconise un rapprochement avec des EHPAD et d'autres hôpitaux locaux. Cette logique a été suivie lors de la constitution du CH des Marches de Bretagne. Les sites d'Antrain et de St-Brice-en-Cogles ont progressivement franchi les étapes vers la fusion, ce qui a exemple permis de regrouper les capacités sanitaires et ainsi d'effectuer des économies d'échelle.

Cette vision mérite d'être nuancée en fonction de la situation locale et des liens existants sur le territoire. Une coopération avec d'autres hôpitaux locaux n'est pas toujours à privilégier. La directrice du CH de la Guerche-de-Bretagne rappelle qu'un rapprochement entre cet

établissement et le CH de Janzé avait un temps été envisagé par l'ARS en 2010. Mais pour elle, cette coopération n'avait pas de sens, dans la mesure où les établissements ne coopéraient pas particulièrement, et « dépendaient » de deux centres de référence distincts, Rennes et Vitré. En revanche, un rapprochement avec le CH de Vitré a permis de mettre en commun des moyens et bénéficier d'une expertise, comme une équipe mobile gériatrique, des ressources médicales en gériatrie,... Dans ces conditions, une coopération avec un autre CHL n'apporte pas selon elle d'intérêt particulier. La dissemblance entre les établissements partenaires est un facteur de succès, car ils assurent des fonctions complémentaires qui sont bien intégrées, ce qui peut être moins évident avec des établissements d'activité et de taille comparable. L'établissement siège est générateur de postes partagés et assure « un rôle de projection de consultations avancées »³⁴. Afin de devancer les éventuelles résistances à la coopération, si elle se traduit par d'importantes contraintes et une ingérence, un partenariat équilibré, gagnant-gagnant, est un facteur essentiel pour une coopération pérenne.

3.1.2 Des formes plurielles de coopérations, adaptées aux attentes locales

Diverses formes de coopérations sont envisageables entre le CH de proximité et celui de référence, en allant de la convention – la moins intégrée – à la fusion. Depuis la loi dite Boulin de 1970, plusieurs dispositifs se sont succédés afin de favoriser les coopérations : la loi Evida de 1991, les ordonnances Juppé de 1996 qui créent les GCS, ou encore les lois de 2002 qui renforcent les GCS et créent les réseaux de santé. La loi HPST, au sein du chapitre 3 du titre 1, entend favoriser les coopérations entre établissements de santé et définit deux types d'outils de coopération. Un mode de coopération fonctionnel, qui n'implique pas la création d'une nouvelle entité juridique : il s'agit des conventions, des réseaux,... et un mode de coopération organique qui implique la création d'une structure juridique dotée d'une personnalité morale, permettant de recruter du personnel et disposer d'un budget autonomie par exemple : ce sont les GIE, GCS, GCSMS. La CHT est un mode de coopération conventionnel, dépourvu des attributs d'une personne morale, et laisse une souplesse importante, « surtout quand l'imperfection relationnelle laisse des marges aux acteurs »³⁵. La convention cadre, forme de coopération la plus souple, permet fixer des « *règles du jeu, en sélectionnant les thèmes de la coopération* » selon le directeur adjoint aux coopérations du

³⁴ TANGUY H., janvier 2013, « La coopération hospitalière de territoire en 2013, les mariés de l'an II ? » *Gestions Hospitalières*, n°522 (p. 62)

³⁵ TANGUY H., janvier 2013, « La coopération hospitalière de territoire en 2013, les mariés de l'an II ? » *Gestions Hospitalières*, n°522 (p. 61)

CHU de Rennes. Au sein d'une direction commune, les règles applicables sont différentes puisque les établissements sont des entités juridiques différentes. Toutefois, la pratique tend vers un partage des règles. Enfin, la fusion forme de « coopération » la plus aboutie, conduit à une l'application de règles et la tenue d'instances communes. La formalisation de la coopération entre les établissements de référence et les CHL sont très variées, allant de la convention pour le CHL des Marches de Bretagne et le CH de Fougères, une direction commune entre le CH de Vitré et le CHL de la Guerche-de-Bretagne et enfin une direction commune incluse dans une CHT entre les CHL de St-Renan et de Lesneven et le CHU de Brest.

Ce qui ressort des différents entretiens et échanges, c'est qu'aucune coopération ne doit se faire contre la volonté des acteurs, et que les formes de coopérations doivent être adaptées aux spécificités locales. Une directrice d'HL affirme qu'il n'existe pas de schéma type : *« il faut identifier la forme de coopération la plus judicieuse en fonction du niveau de maturité de la coopération, de l'organisation des soins. Il ne faut pas imposer une coopération si les valeurs ne sont pas partagées, s'il n'y a pas un projet commun »*. Cette vision est aujourd'hui partagée par le directeur général de l'ARS Bretagne, pour qui il n'existe pas *« une réponse unique. Dans un cas la direction commune peut avoir tout son sens, dans d'autres cas une CHT plus souple est préférable. L'essentiel est que l'hôpital local ne soit pas isolé. »*

3.1.3 Une coopération formalisée par convention : la volonté des acteurs et la compatibilité des projets plus déterminantes que la l'intégration dans une direction commune, une CHT ou un groupement de coopération

C'est la convention qui a été retenue pour formaliser le partenariat entre le CHU de Rennes et le CH de Janzé. Selon Dominique Colas - président de l'ANHL - la forme conventionnelle est la plus adaptée, afin de préserver la spécificité de ces établissements. Le directeur général du CHU de Rennes a également cette même conception : à la question de la forme de coopération à privilégier, il répond que les CHT, qui vont devenir les GHT - sont des « super-structures » inutiles, dont le poids du formalisme nuisent à la relation de projet, pratique plus performante permise par une relation directe et éventuellement formalisée par convention. La direction commune n'était selon lui pas indiquée dans le cadre de la coopération entre le CHU de Rennes et le CH de Janzé. Les conditions de ce type de coopérations peuvent être réunies, quand un CHL est proche d'un CH, comme c'est le cas entre La Guerche-de-Bretagne et Vitré, un CH de taille moyenne. Cependant, suite à la demande de l'ARS de devenir directeur de l'hôpital local de Janzé, le directeur du CHU a

refusé pour plusieurs raisons, outre le manque de temps : un établissement doit pouvoir s'incarner, vis-à-vis du personnel, des médecins, ou des autorités de tutelle. *« L'hôpital est une entreprise, et l'entreprise a un chef »*. Il considère ensuite que pour que des établissements coopèrent, ils doivent être représentés par leurs responsables : dans ce cadre, *« on ne peut pas être le directeur de 2 ou 3 établissements à la fois, il faut négocier avec soi-même, au risque de pénaliser l'établissement le plus petit quand deux établissements aux capacités très différentes sont concernés »*. Placer un directeur adjoint en tant que directeur de site, outre ses attributions au CHU serait également difficile, car la relation hiérarchique biaiserait une relation qui devrait être équitable. Enfin, pour des raisons « corporatistes », le directeur général considère que le cœur du métier de directeur d'établissement est d'être chef d'établissement, d'exercer des responsabilités. Transformer cette profession en directeurs adjoints « super-intendants » du fait des concentrations d'établissements limite l'intérêt du métier. Selon le directeur adjoint aux coopérations du CHU de Rennes, les coopérations permettent la gradation des niveaux de gestion, en appliquant le principe de subsidiarité, connu en droit de l'Union européenne, au milieu sanitaire. Un directeur en permanence en poste dans l'établissement, dans la proximité, en gérant au quotidien une équipe, un budget est généralement préférable. Du point de vue stratégique, pour garder une vue d'ensemble, suivre l'activité et projeter l'établissement dans l'avenir, la présence d'un directeur de site semble fondamentale. La directrice du CH de Janzé indique que la gestion de l'établissement demande un investissement important, pour l'organisation des projets, pour les décisions stratégiques, mais également pour l'organisation des soins. Dans ces conditions, il est clair qu'un directeur dédié au site est nécessaire.

En conclusion, suite aux différentes expériences recensées, il semble que la forme juridique de coopération soit secondaire dans les facteurs de réussite. Les éléments fondamentaux pour un partenariat réussi sont l'existence et l'application de projets médicaux qui prennent dimension des enjeux du territoire et qui prévoit des prises en charge de filières sur le territoire, et également l'inter-connaissance et la volonté des acteurs à travailler ensemble. La coopération entre le CHU de Rennes et le CHL de Janzé a été permise par une politique volontariste du directeur général du CHU envers ces établissements. Il a identifié le rôle qu'ont à jouer ces établissements sur le territoire, et les intérêts qu'ils peuvent représenter pour la prise en charge globale de la personne âgée et pour le fonctionnement optimal des services du CHU, souvent embolisés par des patients âgés qui sont en attente de placement dans des services de soins adaptés.

3.2 Le développement d'activités nouvelles et innovantes afin de répondre aux besoins sur le territoire

Afin de répondre aux besoins de santé existants sur le territoire, il est nécessaire que l'établissement procède à un diagnostic (3.2.1) et envisage quelles sont les activités réalisables, notamment dans le cadre d'un partenariat avec un CH de référence (3.2.2). Pour les faire connaître des professionnels et des usagers, et les rendre accessibles, l'établissement doit engager une politique de visibilité (3.2.3)

3.2.1 Une prospection nécessaire à la détermination des besoins de la population et aux possibilités de l'établissement

En tant qu'ex-hôpital local, le CH de Janzé accueille principalement des personnes âgées. Afin de déterminer quels sont les besoins sur le territoire et quel positionnement adopter pour y répondre au mieux, une réflexion doit être menée en associant l'ensemble des professionnels participant à l'activité de l'établissement. Le renouvellement du projet médical est un cadre approprié pour le faire. Le CH de Janzé qui amorce une nouvelle dynamique tant pour son activité que ses coopérations a donc profité de l'actualisation du projet médical afin d'engager une réelle prospective sur les besoins du territoire, sur les capacités intrinsèques au CH de Janzé et sur les axes de travail à développer. Afin d'obtenir une description précise du territoire et de ses besoins, l'établissement a eu recours à un consultant, spécialiste des hôpitaux locaux, qui a permis de mettre en lumière les spécificités locales. Les résultats ont été présentés à l'ensemble de la communauté médicale, à des représentants des soignants, mais également au professeur Jego, PU PH en médecine interne intervenant au CH de Janzé et au directeur du CHU de Rennes.

Cette réunion du comité de pilotage du projet médical a été l'occasion d'échanges fructueux. Par exemple, le consultant a remarqué que le bassin de vie était dynamique démographiquement particulièrement pour les tranches d'âge 0-14 ans et 29-40 ans : cela a amené des discussions portant sur le développement de consultations avancées en gynécologie en partenariat avec le CHU. Sans que cela engage l'établissement, cela permet d'évoquer des perspectives pour l'établissement avec la communauté médicale. Certains médecins généralistes envisagent dans quelques années de passer un DU dans cette spécialité. Le CH de Janzé peut appuyer cette activité en mettant à disposition des locaux et le matériel nécessaire (échographie par exemple) : ceci pourrait donc constituer une offre de soins supplémentaire sur le territoire. Au cours des réunions portant sur le projet médical, les différentes filières ont été passées en revue, et chaque partie a pu donner son point de vue afin d'aboutir à une liste d'activités réalisables et répondant aux besoins de la population. Par

exemple, la question de la participation à une filière d'aval de cardiologie a été évoquée. Les réactions du directeur du CHU et de la communauté médicale de Janzé ont permis de se rendre compte que les besoins ne sont pas prioritaires dans cette discipline, et qu'elle demande une supervision médicale et un équipement que le CH de Janzé ne peut pas proposer actuellement. Même si le besoin existant est l'élément déterminant de la décision de développer une activité au sein de l'établissement, la volonté des médecins généralistes intervenant dans la structure doit être prise en compte. Du fait de leur activité libérale, ils ont une bonne connaissance des besoins de la population. Le fonctionnement de la partie sanitaire de l'HL dépend de l'investissement des médecins généralistes. Le consultant a pointé un besoin de prise en charge en géro-psycho-geriatrie sur le territoire. Mais les médecins de l'établissement ont écarté la possibilité de dédier des lits à cette discipline pour plusieurs raisons, notamment un manque de formation et un personnel insuffisant. La direction a pris note du diagnostic : les projets qui ne semblent pas réalisables aujourd'hui pourraient être envisagés dans quelques années. Afin de poursuivre la réflexion et la formaliser au sein du projet médical, des groupes de travail ont été formés en fonction des appétences des médecins. Ils se réuniront en septembre afin d'identifier les pistes d'évolution à privilégier.

3.2.2 L'appui d'un CH de référence : de nouvelles perspectives envisageables pour l'établissement

Dans le cadre de la révision du projet médical, la coopération croissante avec le CHU de Rennes et le CH de Janzé permet d'ouvrir les possibles pour répondre aux besoins de la population du sud du territoire de santé n°5. Trois dispositifs innovants sont aujourd'hui réalisés ou en cours de réalisation, grâce à l'appui du CHU de Rennes.

Suite au départ de la directrice du CH de Janzé en 2010, la direction par intérim a été assurée par un directeur adjoint du CHU de Rennes. Cette étape a permis le rapprochement entre les deux établissements. Le CHU de Rennes ne disposait plus de chef du service de gériatrie depuis 3 ans : c'est donc un PUPH de médecine interne qui a assuré des interventions sur le site de Janzé. Au départ, son intervention était ciblée sur des consultations avancées, une demi-journée par mois. Progressivement, ses missions se sont étendues avec par exemple un travail sur l'iatrogénie médicamenteuse au sein de l'EHPAD, qui a constitué une EPP. Enfin, dans le cadre de la préparation de la certification V2014, le professeur a accepté de partager son expertise au service de l'établissement afin de tester la méthodologie du patient-traceur, nouvelle modalité de la certification. Un partenariat particulier s'est donc formé entre le professeur de médecine interne et le CH de Janzé. Ce partenariat permet d'apporter une expertise dans la proximité et partager les pratiques avec

la communauté médicale de Janzé et les « *coacher* », selon les termes du directeur générale du CHU. Ces derniers n'ont généralement plus de réelle formation une fois leur études terminées et « *sont déconnectés de l'évolution de la médecine* ». Les partages d'expériences et confrontation des connaissances est d'ailleurs un des avantages souligné par les deux médecins généralistes interrogés. Les visites qu'effectue le professeur au sein de l'EHPAD sont suivies par certains généralistes sur un temps qu'ils pourraient consacrer à leurs consultations, qui peuvent lui poser des questions sur certaines pathologies ou médicaments. Outre l'amélioration de la prise en charge médicale des patients et résidents du CHL de Janzé, ces interventions peuvent indirectement bénéficier à l'ensemble de la patientèle du territoire.

La coopération entre le CH de Janzé et le CHU de Rennes a conduit au développement de la télémédecine entre les deux établissements et 5 autres structures du territoire. Les avantages de la télémédecine sont nombreux. Lors des consultations classiques dans un centre de référence, la présence d'un tiers n'est pas toujours possible lorsque le patient n'est pas à même d'assurer un interrogatoire fiable et contributif. Un temps soignant dédié à l'accompagnement du résident ainsi qu'à une préparation en amont du transport médicalisé serait nécessaire, mais l'impact financier et organisationnel ne permet pas de l'envisager. Le transport médicalisé vers le site de consultation peut entraîner des refus et un traumatisme psychique et physique. Une consultation génère une attente, avant et après la consultation, parfois longue, le plus souvent sur un brancard dans un couloir. Le retour d'information est généralement différé. Enfin, le délai parfois long avant le premier rendez-vous disponible en consultation traditionnelle. Pour ces multiples raisons, les consultations sont parfois annulées, par le patient, son entourage ou l'équipe médicale. Se pose alors la question d'accessibilité aux soins de cette population. Lorsque les consultations sont maintenues, elles sont parfois très éprouvantes et peuvent se solder par un effet inverse (aggravation des troubles comportementaux, chez un patient dément adressé pour aide à la prise en charge de troubles psycho-comportementaux, par exemple).

L'objectif principal sera de trouver une solution alternative permettant de réduire ces « obstacles ». Une solution « conventionnelle » serait de mettre en place des consultations avancées dans chacun de ces établissements. Il est toutefois peu pertinent de demander à chaque praticien de se rendre sur l'ensemble des sites : ce management des ressources médicales spécialisées ne paraît pas efficient compte tenu de la démographie médicale et du temps de transport généré. La télémédecine apparaît une alternative intéressante car elle permet d'améliorer le confort du patient, l'accessibilité aux soins et les délais d'attente, renforce la rapidité de réponse et réduit les risques de pertes d'information. Cette démarche contribue à une diffusion et une harmonisation des connaissances et du savoir-faire et

permet de réduire les coûts pour la collectivité. Elle permet aux professionnels de demeurer sur leur lieu d'exercice et aux patients sur leur lieu de vie. L'efficacité médico-économique de cette solution paraît ainsi la plus favorable, avec une optimisation du temps médical. Elle est envisagée dans ce projet sous l'axe de la téléconsultation (avis spécialisés en temps réel en visioconférence), de la téléexpertise (avis spécialisé en temps réel ou différé sur dossier et photographies) et de la télésurveillance médicale (interprétation à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient avec le cas échéant décision relative à sa prise en charge). La télémédecine permet évidemment de limiter les coûts de transports médicalisés, dans le cadre des reconvoques de patients pour un suivi de leur pathologie. En effet, une circulaire du 27 juin 2013³⁶ prévoit notamment que les frais de transports liés aux reconvoques des patients de structures de court séjour (MCO) durant son hospitalisation en secteur sanitaire seront à la charge de ces derniers. Les surcoûts identifiés par le CH de Janzé à partir des trajets réalisés en l'année 2013 s'élèvent à 8350 euros.

Outre les bénéfices évoqués pour la population et une gestion efficace des ressources humaines et financières, la mise en place de la télémédecine permet de renforcer les liens de collaboration entre les différents établissements de santé du territoire, une connaissance mutuelle des différents acteurs de la filière et un partage de l'expertise. Tout comme le partage d'expertise d'un PU-PH, le développement de la télémédecine permet de contribuer à l'échange des connaissances et du savoir-faire entre les différents acteurs de santé du territoire, facilitant l'homogénéisation des pratiques et occasionnant une réduction des coûts. En effet, si l'on compare l'impact de l'envoi d'un courrier au décours d'une consultation pour un problème donné, la télémédecine, dans les mêmes circonstances, engendrera un transfert d'expertise du fait de sa transmission de l'information en direct. La même situation médicale quelques mois plus tard conduira plus rarement à une nouvelle consultation auprès du spécialiste mais à l'application des recommandations assimilées lors de l'acte de télémédecine antérieur (contrairement à une consultation classique).

Une station complète de téléconsultation a été installée au sein de chaque centre hospitalier requérant. Pour les praticiens consultants, un système de visioconférence individuelle et une webcam caméra sont mis à disposition, dans une salle dédiée à cet usage. Ce type de prise en charge peut-être développé pour la quasi-totalité des spécialités médicales et chirurgicales. Une montée en charge progressive, axée sur la gériatrie, la diabétologie, la neurologie est prévue. Il ne s'agit pas d'une organisation concurrente aux consultations traditionnelles, mais d'une évolution d'une offre de soins actuellement inadaptée. Elle

³⁶ Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transports des patients

propose aux usagers un outil à la fois technologique, social et sanitaire qui permet de corriger les effets de l'hétérogénéité de la densité médicale sur l'ensemble du territoire de santé n°5. Des inquiétudes sont nées avant la mise en place du projet sur l'adaptation de l'outil à une patientèle âgée, et présentant parfois des démences. Les premières téléconsultations de gériatrie se sont tenues fin juin au CH de Janzé, et la technique n'a pas entravé la communication entre l'expert et le patient. Au contraire, pour les patients atteints de troubles, la télé-expertise peut être une solution intéressante, puisque ce sont les professionnels qui côtoient au quotidien le patient ou le résident (médecin, IDE, aide-soignante) qui vont échanger avec l'expert et lui permettre d'établir un diagnostic. Toutes ces précisions sur l'environnement social et le comportement du patient ne pourraient pas être obtenues dans le cadre d'une consultation conventionnelle.

Enfin, le Centre Hospitalier de Janzé, en partenariat avec le CHU de Rennes, a répondu en novembre 2013 à un appel à projet déposé par l'ARS pour la prise en charge en odontologie et stomatologie des personnes âgées dépendantes et personnes handicapées. Le CH de Janzé assure les soins de proximité et d'odontologie ; le CHU assure la partie stomatologie et les vacations opératoires. La filière de prise en charge bucco-dentaire est donc complète. Le projet du centre hospitalier propose l'organisation d'un parcours de soins buccodentaires : le Centre Hospitalier de Janzé organise la planification des soins et du transport (assuré par un service de navette du CH de Janzé), les soins assurés par un chirurgien-dentiste, et également la formation des soignants des EHPAD sur l'hygiène buccodentaire.

Au départ, les résidents des EHPAD de Janzé seront concernés, puis le centre s'ouvrira ensuite aux EHPAD du sud du territoire de santé n°5, puis aux structures accueillant des personnes handicapées, adultes et enfants. En effet, la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes et personnes handicapées est spécifique, et les cabinets traditionnels ne sont pas toujours préparés à l'accueil de ce type de public. Il existe donc aujourd'hui de réels besoins en la matière. Il est prévu que le cabinet dentaire soit équipé d'une radio panoramique, ce qui permet d'effectuer des bilans systématiques et d'assurer la prise en charge complète des personnes âgées et handicapées. L'accent a été mis dans l'élaboration de ce projet sur l'importance de l'accès aux soins dentaires des publics les plus fragiles, du fait de leur handicap et/ou de leurs faibles ressources.

Ce type de consultation permettra d'obtenir un bilan de santé complet, et de compléter le dossier médical personnel (DMP) – dossier patient informatisé centralisé actuellement en cours de généralisation - pour que le suivi et le parcours du résident soit plus cohérent. Les problématiques bucco-dentaires sont souvent minorées pour les personnes dépendantes, âgées et handicapées. Pourtant, elles ont des conséquences importantes sur l'état de santé de la personne : la douleur, la nutrition, le risque infectieux sont autant de domaines dans

lesquels l'état de santé bucco-dentaire a une influence. Actuellement, le CH de Janzé étudie les modalités de mise en œuvre pratiques de ce projet, et notamment le modèle médico-économique à retenir (financement, organisation des ressources humaines et logistiques). Le CH de Janzé est donc engagé dans de nombreuses actions qui visent à renforcer la qualité et l'accessibilité des soins. Cette démarche est remarquée et soulignée par le représentant des usagers interrogé, qui se dit « fier de notre hôpital ».

3.2.3 La nécessité d'une politique de visibilité afin d'optimiser l'activité de l'établissement

Le développement d'activités innovantes n'a pas de sens si elles ne sont pas visibles et intégrées dans le territoire afin que les populations concernées puissent en bénéficier. Pour optimiser l'activité de l'établissement, il est nécessaire de développer une véritable politique de communication. Dans le cadre du positionnement du CH de Janzé sur le territoire, cet axe constitue une des 3 priorités du projet médical. Un groupe de travail spécifique a été formé afin de répondre à cet objectif. La communication externe a pour but de faire connaître et reconnaître l'établissement auprès des différentes structures du territoire de santé n°5, mais vise également d'autres publics. Il est important de se faire connaître et reconnaître auprès de la population : il s'agit d'optimiser l'accès aux soins et parvenir à un meilleur usage du système de soins, afin d'éviter que certaines personnes en soient éloignées, voire exclues. Dans ce cadre, l'objectif est notamment d'éviter les passages indus aux urgences, faciliter les retours à proximité du domicile et diminuer les DMS dans les services de spécialités.

Des actions de communication sont également à mener auprès des professionnels de santé du territoire afin de faire connaître l'établissement et la place qu'il occupe sur le territoire de santé n° 5, son inscription dans les filières territoriales et les différents services qu'il propose. Cela permet in fine de faciliter l'orientation des usagers vers l'établissement, afin que « le bon patient se trouve au bon endroit »³⁷. Dans ce cadre, il est particulièrement intéressant de souligner les actions innovantes, sur lesquelles l'établissement peut apporter réponses aux besoins de la population – télémédecine, centre bucco-dentaire, lits identifiés soins palliatifs- et des savoir-faire – par exemple la mise en place de la certification V2014 et la méthode du patient traceur. L'établissement est un partenaire dynamique, qui impulse une politique de santé intéressante sur le territoire, ce qui est apprécié par la population, par les élus et également par les autorités de tutelle.

³⁷ Voir annexe 4 – illustration de la filière gériatrique

Différents moyens de communication sont à l'étude afin de présenter l'établissement, ses missions, ses activités et ses projets. Une plaquette de présentation de l'établissement et de ses activités est en cours de refonte afin de présenter les activités nouvelles de l'établissement et la ligne de l'établissement en accord avec le projet médical. Le site internet de l'établissement est régulièrement actualisé : il va être complété afin de rendre plus accessibles les informations sur l'établissement. Des supports nouveaux, permis par le développement des NTIC, tels que la vidéo, peuvent également être développés. Il est également nécessaire d'aller à la rencontre des acteurs du territoire : des rencontres avec les médecins généralistes du secteur sont à programmer afin de les informer sur les prises en charges proposées, et notamment les pathologies que l'établissement peut prendre en charge. Afin de renvoyer une image dynamique de l'établissement, il est important de participer activement à la vie locale en organisant des événements, en établissant des partenariats avec des relayant l'information auprès des média locaux. , et en ouvrant l'établissement sur l'extérieur, et en proposant des visites du centre Hospitalier.

Afin de travailler à la visibilité de l'établissement, il est nécessaire qu'une personne ressource soit identifiée dans l'équipe du Centre Hospitalier : elle portera la politique en accord avec les objectifs énoncés par l'équipe de direction et aura pour charge d'actualiser les supports afin de souligner le dynamisme de la structure : cette personne au Centre Hospitalier est ainsi chargée de mettre à jour le site internet, de superviser le journal interne et de veiller à la cohérence de l'information. Pour renforcer cet axe du projet médical, une professionnalisation de la communication peut être envisagée. Le CH de Janzé envisage de recourir à une ressource extérieure. Ponctuellement, la direction a contacté la direction de la communication du CHU afin de disposer de conseils pour l'annonce de certaines étapes importantes dans l'évolution de l'établissement, comme la signature de la convention cadre avec le CHU. Compte tenu des différents travaux à réaliser - dont une plaquette de présentation de l'établissement - le travail avec une agence de communication ou une personne ressource dans le domaine de la communication est envisagé à court terme.

3.3 L'organisation et le management des ressources internes indispensable à l'évolution de l'établissement

Pour que les possibilités offertes par un partenariat avec un CH de référence soient pleinement exploitées, les ressources internes de l'établissement doivent être optimisées : l'organisation médicale (3.3.1), le recrutement et la formation des professionnels de l'établissement (3.3.2) ainsi que les ressources financières (3.3.3) doivent permettre à l'ex-hôpital local de parvenir à son repositionnement sur le territoire.

3.3.1 Le management des ressources médicales : un aspect déterminant de la stratégie de l'établissement

Le CH de Janzé, comme la plupart des ex-hôpitaux locaux fonctionne grâce à l'intervention des médecins libéraux au sein du secteur sanitaire. La compatibilité de l'exercice de la médecine de ville, en cabinet, et le cadre hospitalier n'est pas toujours évidente. Le directeur de l'établissement doit donc se montrer particulièrement adroit dans son approche de la ressource médicale, en agissant avec tact, tout en assurant le respect des normes sanitaires, de plus en plus exigeantes. Ce management est d'autant plus sensible que le mode de rémunération actuel des médecins libéraux intervenants au sein de l'établissement n'est pas adapté au cadre hospitalier, car le temps investi pour le développement de l'établissement se fait au détriment de l'activité, et est donc considéré comme un manque à gagner. La participation aux instances, comme les CME, bien que se tenant à 20h30 au CH de Janzé, sont rémunérées l'équivalent de 4 consultations, et un repas y est servi. De la même manière, lors de la réflexion autour du projet médical, plusieurs relances de la direction étaient nécessaires pour réunir un nombre suffisant de médecins pour représenter la communauté médicale de Janzé. Ces réunions n'étaient pas rémunérées, mais se tenaient à 12h30, et un repas y était servi : les jours et créneaux sont déterminés par les médecins afin d'assurer une présence maximum à ces réunions déterminantes pour l'avenir de l'établissement. Malgré ces aménagements, la présence des médecins ne couvre souvent pas l'intégralité de la rencontre, et ce ne sont pas les mêmes qui sont présents d'une réunion sur l'autre, même si le président de CME et un médecin généraliste référent soins palliatifs sont plus investis au sein de l'établissement. Ils permettent d'assurer une certaine continuité et jouent un rôle de relais auprès de leur collègues au cabinet.

Dans ces conditions, il est relativement difficile pour le directeur de faire évoluer l'établissement. Certains intervenants ne perçoivent pas l'orientation que l'établissement est en train de prendre – coopération avec des acteurs extérieurs, normes hospitalières, traçabilité, continuité de la présence médicale – et ne se prononcent donc pas sur ces évolutions, en ne répondant pas toujours aux attentes des partenaires, de l'équipe de direction et des équipes soignantes. Pour clarifier les positions des médecins intervenant au sein de la structure, un bref questionnaire³⁸ leur a été envoyé afin de déterminer quelles sont les organisations à retenir au sein de la structure en fonction de la ressource médicale. Ainsi, les équipes soignantes, et tout particulièrement les infirmières sont hyper-responsabilisées du fait de l'absence d'interlocuteur médical immédiatement disponible. Certes, les médecins exercent dans leur cabinet, à quelques minutes du Centre Hospitalier et sont joignables par

³⁸ Voir annexe 7 - questionnaire à l'attention des médecins

téléphone. Or sans ressource médicale disponible, la prise en charge est fragilisée, et des partenaires tels que le CHU peuvent être amenés à privilégier d'autres structures – qui semblent plus adaptées à l'hospitalisation des patients suite au traitement de l'épisode aigu de leur pathologie dans un centre de référence, comme le souligne une directrice d'établissement. Actuellement, un groupe de travail se réunit afin de définir les conditions d'une permanence médicale planifiée. Celle-ci sera tenue au cours d'un créneau d'une heure et demie, deux jours par semaine dans un premier temps, et en fonction des résultats obtenus. Ce groupe a également pour charge de définir la mission du médecin de permanence, et cela n'est pas évident : chaque médecin hospitalise sa patientèle au sein de l'établissement. Pour lui, il est difficilement concevable qu'un de ses confrères examine leur patient. Cette question est moins déterminante lorsque le patient a été transféré d'un autre établissement. Ce médecin de permanence n'a donc pas vocation à examiner et prescrire pour les usagers qui ne sont pas ses patients, mais être un interlocuteur médical pour les équipes, notamment les infirmières qui sont hyper-responsabilisées, et en cas de besoin, les familles. Cette nouvelle organisation est à l'étude, mais de nombreux freins se dressent pour sa mise en œuvre pratique. La difficulté à sortir d'un exercice indépendant de la médecine en acceptant que ses patients soient examinés par un autre médecin, à fixer une plage horaire définie de présence fixée de 17h30 à 19h, au moment où l'affluence est la plus importante en cabinet. C'est pour ces raisons qu'à terme, le recrutement de médecins salariés est envisagé, tant par les directeurs que certains médecins libéraux exerçant en hôpital local, qui se rendent compte des exigences croissantes du secteur sanitaire. Pour autant, comme le souligne le directeur du CHU, cette évolution ne doit pas éloigner les médecins libéraux de l'hôpital local : il serait préférable de parvenir à un exercice mixte de la médecine au sein de la structure.

3.3.2 Un recrutement et une formation du personnel en adéquation avec les orientations de l'établissement

Afin de développer ses activités et intégrer les filières de territoire, l'établissement doit veiller à disposer des ressources humaines de qualité et formées, tout en favorisant une politique de promotion des professionnels. Pour proposer un accompagnement adapté de la personne âgée, l'établissement a engagé la formation de l'ensemble des professionnels à l'« humanité » : les agents intervenant en secteur sanitaire sont également concernés. Cela contribuera à renforcer la qualité de la prise en charge proposée par l'établissement, qui se situe sur le segment gériatrique. Afin de poursuivre l'amélioration de la qualité des soins, le plan de formation de l'établissement est important, et a vocation à s'élargir avec le renforcement du partenariat avec le CHU de Rennes. Ainsi, des IDE de l'établissement ont

obtenu un diplôme universitaire sur les thématiques suivantes : hygiène, diabète, douleur, soins palliatifs. Un médecin généraliste intervenant dans l'établissement a également validé sa spécialisation de soins palliatifs, ce qui permet une prise en charge adaptée.

Le développement d'activités nouvelles, telles que la télémedecine et l'ouverture du centre bucco-dentaire, nécessite de recourir à des professionnels spécialisés. Concernant la télémedecine, deux IDE ont été retenues afin de remplir cette mission suite à un d'appel à candidature et une présentation du métier à l'ensemble des IDE de l'établissement, titulaires comme contractuelles. Elles ont été associées au lancement des outils techniques et ont bénéficié d'une journée de formation par le médecin gériatre référent du projet Téléfigar. Ces assistantes de télémedecine ont deux missions principales : la préparation des actes de télémedecine - la gestion des demandes de rendez-vous, interface entre le centre requérant et le centre de référence, gestion des documents nécessaires,...- et le bon déroulement de la séance, en manipulant le matériel et veillant au bien être du patient. L'ouverture du centre bucco-dentaire implique le recrutement d'une assistante dentaire, obligatoirement titulaire du certificat de qualification d'assistant dentaire³⁹. Cette formation 12 à 18 mois porte également sur deux aspects : la gestion des rendez-vous du chirurgien dentiste, la préparation et l'assistance de ce dernier lors des consultations. En l'absence de personnes qualifiées au sein de la structure, la directrice du CH de Janzé a choisi de former un agent de l'établissement, dans une optique de promotion professionnelle.

Cependant, outre les formations et connaissances techniques, il est primordial que le personnel prenne conscience de la nécessité de la collaboration avec les établissements partenaires du CH de Janzé. Suite à la signature de la convention-cadre avec le CHU de Rennes, des possibilités d' « échanges » mutuels ont été évoqués, afin que pendant une période allant d'une journée à une semaine par exemple, des professionnels découvrent le fonctionnement d'un service avec lesquels ils peuvent être amenés à travailler. Les modalités pratiques de ces échanges doivent toutefois être précisées, elles seraient facilitées si les deux établissements étaient sous direction commune. Ces interactions permettent aux agents de mieux comprendre et prendre en compte les contraintes des partenaires, permet de tisser des liens plus rapidement, ce qui in fine améliore la prise en charge de l'usager. De nombreux agents effectuent l'ensemble de leur carrière au sein du CH de Janzé, sans envisager la diversité des pratiques, organisations et prises en charge. Même si elle ne sont pas évidentes car l'inconnu effraie certains agents, ces expériences semblent fondamentales pour développer la polyvalence, les capacités d'adaptation et l'ouverture des agents. Ces derniers doivent être étroitement associés aux projets et aux évolutions stratégiques de l'établissement – comme l'admission de patients provenant des urgences du CHU de

³⁹ <http://www.sante.gouv.fr/assistant-dentaire.html>

Rennes le week-end, souhaitées par le Directeur Général du CHU – afin que ces évolutions soient comprises et acceptées.

3.3.3 Le financement de l'activité et des investissements : une problématique persistante

Une des problématiques clés dans le développement de l'activité et le repositionnement des ex-hôpitaux locaux est le financement de l'activité, mais également des investissements. L'activité des centres hospitaliers locaux est actuellement majoritairement financée par la DAF. Cette dernière n'est donc pas directement corrélée à l'activité et peut donc être sous évaluée (dotation annuelle de financement). Une directrice d'établissement note que compte tenu des moyens nécessaires pour prendre en charge certaines pathologies, l'établissement hésite à admettre certains patients du fait de l'inadéquation entre les financements disponibles et le coût des dispositifs médicaux et médicaments. Cela nuit donc à l'activité de l'établissement et la population ne bénéficie pas de soins dans la proximité. Pour autant, le passage à la T2A peut entraîner des difficultés pour de nombreux établissements qui seraient perdants : les médecins généralistes n'ont pas tous intégré les enjeux de ce mode de fonctionnement et ne disposent pas de l'expertise nécessaire pour un fonctionnement optimal de l'activité (pertinence et durée de séjour, codage des actes,...). La question du financement des ex-hôpitaux locaux est en cours de réflexion au niveau de la DGOS. Le passage à la T2A est théoriquement prévu pour le 1er mars 2015. Cependant, des réflexions existent sur une refonte de cette tarification, notamment au sein des groupes de travail qui sont réunis par l'ARS. Lors de la revue du CPOM du CH de Janzé, cette question a été évoquée : selon le délégué territorial de l'ARS, une fusion des catégories « médecine » et « SSR » serait envisageable. Ces propositions ne sont évidemment qu'au stade de la réflexion. Le directeur général de l'ARS, interrogé sur ce point, n'a pas de solution particulière à apporter, si ce n'est « *limiter les paiements à l'acte, aujourd'hui inadaptes, pour tendre vers un forfait* ». Cette tendance est retenue par les conseillers de la Cour des comptes qui préconisent d'introduire de la forfaitisation dans la rémunération des médecins libéraux intervenants dans les centres hospitaliers locaux, en « *complément de la rémunération de la consultation qui est parfois inadaptée aux situations cliniques de prise en charge* »⁴⁰. Un audit de certains centres hospitaliers locaux a été demandé par la DGOS aux ARS, parmi lesquels figure le CH de Janzé. Des médecins experts examineront la tenue des dossiers patients et procéderont à une coupe médicale. Cela permettra d'affiner l'état des lieux de la situation des ex-hôpitaux locaux et d'éventuellement, conduire à de nouvelles

⁴⁰ COUR DES COMPTES, septembre 2013, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre 11 : l'avenir des hôpitaux locaux*, (p. 331)

modalités de financement. Selon les conseillers de la Cour des Comptes, un financement mixte est envisageable : la T2A pour les services de médecine et de SSR est la norme, mais un financement forfaitaire pour reconnaître le rôle spécifique de ces structures dans les zones médicalement fragiles, quand ceci est justifié pour l'organisation territoriale de l'offre de soins, serait possible. Cette incertitude durable engendrée par les nombreux reports du passage à la T2A pèse sur les prévisions à long terme du financement de l'établissement, et aussi sur la motivation des équipes qui participent au codage PMSI.

Cependant, deux directrices d'établissement soulignent que le financement des investissements, et notamment des bâtiments est une question majeure aujourd'hui dans le développement de ces établissements et leur pérennité. Une d'elle insiste sur ce point dès le début de l'entretien : « *si l'établissement n'a pas d'immobilier à niveau, connaît des tensions financières [...], cela n'est évidemment pas favorable pour trouver sa place, dans un contexte budgétaire tendu* ». L'immobilier doit en effet venir « *conforter le projet d'établissement* » et tient une place importante dans l'activité de l'établissement. Or, ce poste pèse lourdement dans le budget. Au CH de Janzé, les investissements immobiliers n'ont pas été suffisants depuis 20 ans. Aujourd'hui, d'importants travaux sont nécessaires pour la remise aux normes des bâtiments (SSI, superficie des chambres,...), entretien des toitures, des sols,... Les capacités budgétaires de ces établissements étant relativement modestes par rapport à des centres hospitaliers de référence, il est nécessaire que les pouvoirs publics accompagnent et soutiennent les projets de ces établissements afin qu'ils puissent se positionner stratégiquement sur le territoire.

Conclusion

L'avenir des ex-hôpitaux locaux est actuellement au cœur des réflexions de la DGOS et des ARS. Suite à la loi HPST de 2009, ces établissements sont devenus des centres hospitaliers comme les autres. Pourtant leurs usagers, essentiellement des personnes âgées, et leur fonctionnement médical reposant généralement sur l'investissement des médecins généralistes libéraux du territoire, en font des particularités du système de santé. Il apparaît que leur polyvalence, leurs interactions avec les milieux sanitaires, médico-sociaux, et même sociaux, en font des pivots potentiels du service de santé territorial, préconisé par la députée DEVICTOR et retenu par la ministre M. TOURAINE. Les centres hospitaliers locaux permettent au secteur hospitalier et au secteur libéral de coopérer au sein d'une structure qui joue un rôle de coordination : les praticiens du territoire peuvent y trouver un soutien logistique et technique, les populations une organisation capable d'assurer au plus près de leur cadre de vie habituel des prestations sanitaires de qualité quand elles ne supposent pas l'existence d'un plateau technique développé. Il permet à la population locale de bénéficier d'une prise en charge adaptée dans la proximité, ce qui est apprécié, notamment pour les patients âgés.

Pour parvenir à remplir ce rôle, il est nécessaire que les ex-hôpitaux locaux développent une stratégie de positionnement territorial afin de proposer des services de santé adaptés aux besoins locaux et pérenniser leur activité. Pour y parvenir, il est nécessaire que le directeur impulse une dynamique : le projet médical est un cadre intéressant pour le faire. Il permet à l'équipe de direction, à la communauté médicale mais également aux partenaires de se rencontrer et d'évoquer les perspectives de l'établissement. Échanger sur les besoins, les souhaits et les capacités de l'établissement permet d'identifier des projets réalisables, qui vont améliorer la prise en charge sur le territoire tout en s'assurant que les équipes, et notamment les médecins généralistes soient investis dans la démarche.

Outre ces aspects stratégiques, le directeur doit veiller à optimiser le fonctionnement de son établissement afin d'atteindre les objectifs fixés. Développer une politique de visibilité sur le territoire permet d'intégrer pleinement les filières territoriales pour que la population bénéficie des potentialités de l'établissement. Une attention particulière doit être portée au management des ressources médicales, indispensables au fonctionnement de l'établissement et dont dépendent en grande partie la qualité et la continuité de la prise en charge. Enfin, le travail de positionnement de la structure doit être soutenu par les tutelles. Elles doivent consentir à un réel investissement et accompagner l'établissement, tant sur les projets d'activités nouvelles que le financement des investissements immobiliers. Les HL

étant des structures de taille modeste, ils n'ont pas toujours la capacité financière suffisante pour assumer seuls des projets immobiliers permettant la réalisation de leur mission au service de la population locale. Un médecin intervenant dans un CHL concluait ainsi l'entretien :

*« Si l'hôpital local n'existait pas, il faudrait l'inventer,
Mais puisqu'il existe, pourquoi le supprimer ? »*

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière. Journal officiel, n° du 12 décembre 1958,
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Circulaire DHOS/02/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/N°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184
- Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012
- Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010
- Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004
- Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013
- Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transports des patients

Articles

- GERVAIS J.B., juillet 2013, « Les hôpitaux locaux se métamorphosent lentement en EHPAD », *Hospimedia*
- QUEGINER T., novembre 2013, « Les hôpitaux locaux montent au créneau contre « l'attitude très préjudiciable » des ARS », *Hospimedia*
- LESPEZ V., novembre 2013, « Marisol Touraine charge les ARS d'identifier les difficultés des ex-hôpitaux locaux », *APM International*

- LAIRES-TAVARES C., novembre 2013, « Médecine rurale, où va l'hôpital local », *Le généraliste*
- JAFFRE D. , juin 2013, « Le pacte territorial santé ou le retour de l'hôpital local», *Objectif soins et management, la revue des cadres de santé*, n°217, (pp.31-32)
- FITTE-DUVAL M., MERLE P., avril 2011, « Hôpitaux de proximité : 10 points clés pour ancrer la T2A dans une gestion durablement équilibrée », *Finances Hospitalières*, n°46 (pp. 10-15)
- TANGUY H., janvier 2013, « La coopération hospitalière de territoire en 2013, les mariés de l'an II ? » *Gestions Hospitalières*, n°522 (pp. 61-63)
- MARTIN-BORN F., septembre 2013, « coopérations et parcours de soins », *Cahier de la fonction publique hospitalière*, n°336 (pp.24-26)
- LOUARZEL M., « Coopérations hospitalières : entre incitations réglementaires et intérêts stratégiques à agir. »(pp.117-119)
- KELLER C., « GCS et CHT : alpha et oméga de la coopération hospitalière » (pp. 120-122)
- DE GAYE C., avril-mai 2007, «TIC : une chance pour les hôpitaux locaux », *Revue Hospitalière de France*, n° 515 (pp. 50-51)
- LORSON P., VINCENT G., mars 2006, « Quel avenir pour les hôpitaux locaux de proximité », *La gazette sanitaire et sociale*, n°17, (pp. 6-8)
- CRESSSENS M., JAMOT M., MADJLESSI A., janvier-février 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ?, retour d'expérience du CH de Puteaux », *Revue hospitalière de France*, n°526 (pp. 40-42)
- CABANIS J.N., DUFFAUT P., GENDRY P., octobre 2008, « Dossier hôpitaux locaux », *Les cahiers hospitaliers*, n° 249, (pp. 10-24)
- VARROUD-VIAL M., septembre-octobre 2011, « Réseaux de santé et coopération ville-hôpital : enjeux et perspectives », *Revue hospitalière de France*, n° 542, (pp. 26-29)
- KELLER C., février 2013, « GCS et CHT : alpha et oméga de la coopération hospitalière », *Gestions hospitalières*, n°523 (pp. 120-122)
- COLAS D., septembre-octobre 2013, « 3 questions à Dominique Colas, président de l'association nationale des centres hospitaliers locaux », *Revue hospitalière de France*, n° 554 (p. 8)
- VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J-M., janvier-février 2009, « La filière gériatrique un modèle parmi d'autres : la planification gériatrique en Rhône-Alpes », *Revue hospitalière de France*, n°526 (p. 37)

Rapports

- DEVICTOR B., mars 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS) Le service public hospitalier (SPH), Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, rapport.
- ADYSTA CONSEIL, mai 2013, *Les « Ex hôpitaux locaux » en 2011*, monographie
- ARS Bretagne, Direction de la stratégie et des partenariats, Direction adjointe de la stratégie et des projets, *Bilan des Centres Hospitaliers ex-hôpitaux locaux, synthèse 2011*
- COUR DES COMPTES, septembre 2013, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre 11 : l'avenir des hôpitaux locaux*, (pp. 309-332)
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, janvier 2014, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014*, (pp 143-149)
- DREES, février 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, études et résultats n° 679 (p.4)
- SENAT, *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, rapport d'information n°703, juillet 2012

Mémoires

- BRUNET J., 2012, *La filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir pour les centres hospitaliers de proximité, illustration avec le centre hospitalier de Saint-Méen-Le-Grand*, mémoire élève D3S, EHESP, 73p.
- ROY G., 2011, *La tarification à l'activité dans un centre hospitalier ex-hôpital local : comment se préparer à la réforme ? Exemple de l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire*, mémoire élève D3S, EHESP, 82 p.
- CAZENAVE J.B., 2012, *La structuration d'une filière gériatrique de territoire : un enjeu stratégique dans le contexte d'une direction commune, l'exemple des centres hospitaliers d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'EHPAD de Puymirol*, mémoire élève D3S, EHESP, 63p.
- THOMAS A., 2012 , *De la filière gériatrique intra-CHU aux coopérations territoriales : l'optimisation du parcours du patient gériatrique au CHU de Nancy et en Meurthe-et-Moselle sud* , mémoire élève directeur d'hôpital, EHESP, 68p.
- EPISSÉ, C., 2007, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient. L'exemple des établissements des Vals d'Aunis et de Saintonge*, mémoire élève D3S, EHESP, 63p.

Conférences

- AGHL – ANHL, *Vers les centres hospitaliers locaux, fédérateurs des parcours de santé – De nouvelles propositions pour un CHL réhabilité*, novembre 2013, Bagnolet.
- FHF, *Rencontre portant sur les dispositifs innovants visant à améliorer la prise en charge des patients en Bretagne*, décembre 2013, Brest.

Sites internet

- ANCHL, *Retranscription du discours de Marisol TOURAINE lors du colloque national du 22 novembre 2013*, [Visité le 30 juin 2014] Disponible sur internet : <http://www.anchl.fr/>
- ANCHL, *Les « 44 propositions de l'AGHL et l'ANCHL aux 12 engagements de Marisol TOURAINE*, [Visité le 30 juin 2014] Disponible sur internet : <http://www.anchl.fr/>
- Le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé, *La chirurgie ambulatoire*, [Visité le 5 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé, *Fiche-métier assistant dentaire*, [Visité le 15 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/>
- Hopital.fr, *Marisol Touraine veut développer plus rapidement la chirurgie ambulatoire* [Visité le 5 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.hopital.fr/>
- Agence régionale de santé Bretagne, *Double inauguration à LANMEUR* [Visité le 5 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.ars.bretagne.sante.fr>
- HAS, *Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA*, [Visité le 16 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/>
- ARS, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie*, [Visité le 16 août 2014] Disponible sur internet : <http://www.ars.sante.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 – Nombre d'établissements et capacités moyennes (2004-2011).....	1
Annexe 2 – Cartes de l'évolution des centres hospitaliers locaux.....	2
Annexe 3 – Pyramide des âges de la démographie médicale.....	5
Annexe 4 – Illustration de la filière gériatrique.....	6
Annexe 5 - Fiche de liaison.....	7
Annexe 6 - Carte des CHL et de leur centre de référence (territoire de santé n°5).....	9
Annexe 7 – Courrier et questionnaire aux médecins pour l'organisation médicale.....	10

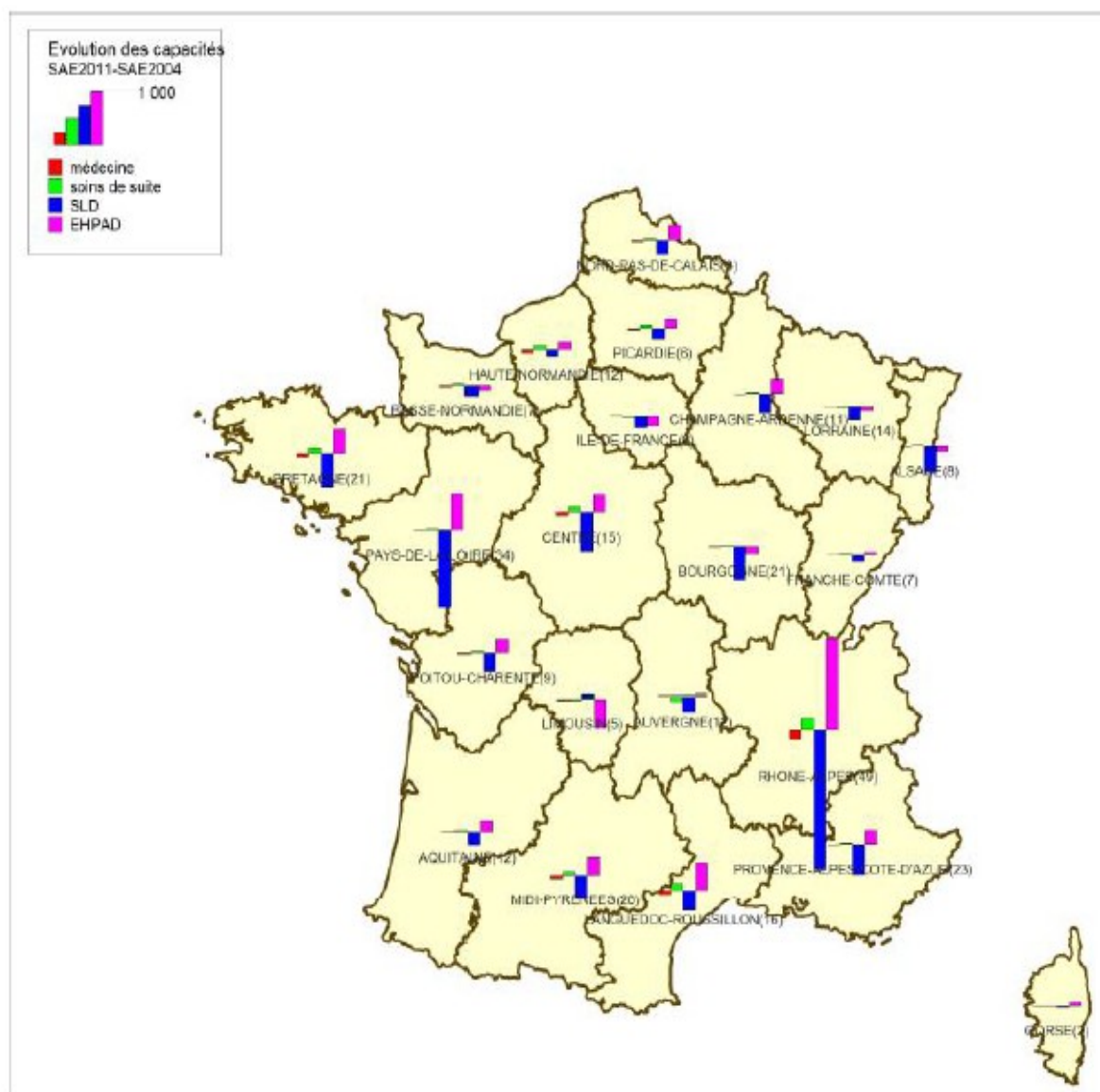
Annexe 1 – Nombre d'établissements et capacités moyennes (2004-2011)

types de capacités		Ensemble	SAN- SLD- HEB	SAN- HEB	SAN- SLD	SAN	SLD- HEB	SLD
nb étab	2011	318	75	200	14	13	16	0
	2004	362	213	76	22	5	45	1
		-44	-138	+ 124	-8	+ 8	-29	-1
capa totale	2011	155,9	194,5	153,4	58,2	26,6	195,4	
	2004	150,9	166,0	138,1	85,0	65,4	144,2	67,0
lits med	2011	8,9	11,4	8,0	15,5	11,7	0,0	
	2004	9,5	10,9	10,6	12,8	7,6	0,0	0,0
lit SSR	2011	21,9	27,1	21,0	28,1	26,6	0,0	
	2004	17,0	18,9	15,4	28,3	65,4	0,0	0,0
lits SLD	2011	11,6	35,2	0,0	30,1	0,0	39,2	
	2004	39,0	48,8	0,0	56,7	0,0	53,2	67,0
lits EHPAD	2011	122,3	132,2	132,4	0,0	0,0	156,2	
	2004	94,9	98,3	122,6	0,0	0,0	91,0	0,0
lits Autres MS	2011	5,7	10,2	5,0	0,0	0,0	2,6	
	2004	3,3	4,7	1,6	0,0	0,0	1,5	0,0

Source : ADYSTA CONSEIL, mai 2013, *Les « Ex hôpitaux locaux » en 2011*, monographie, (p.5)

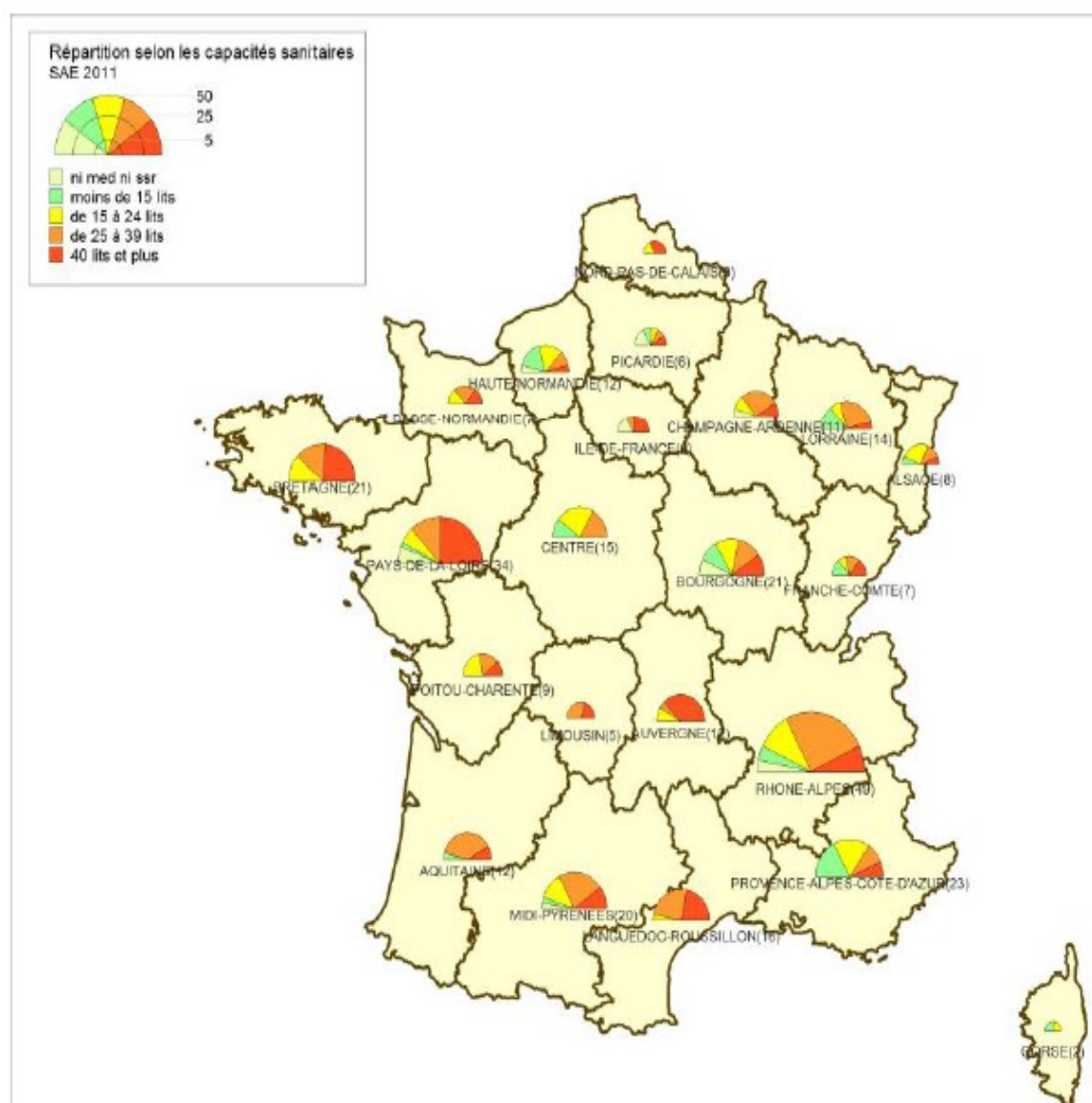
Annexe 2 – Cartes de l'évolution des centres hospitaliers locaux

Carte1 : Evolution des capacités selon les régions



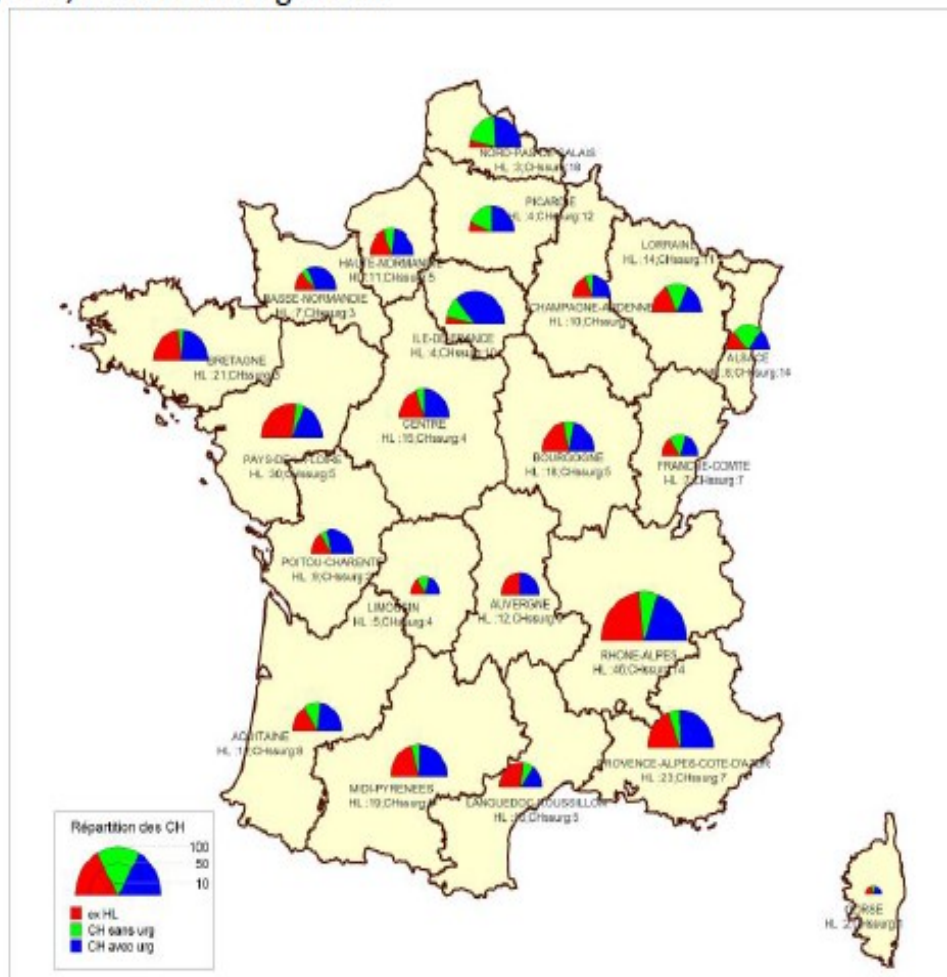
Source : ADYSTA CONSEIL, mai 2013, *Les « Ex hôpitaux locaux » en 2011*, monographie, (p.5)

Carte2 : Capacités sanitaires (M+SS) des hôpitaux locaux



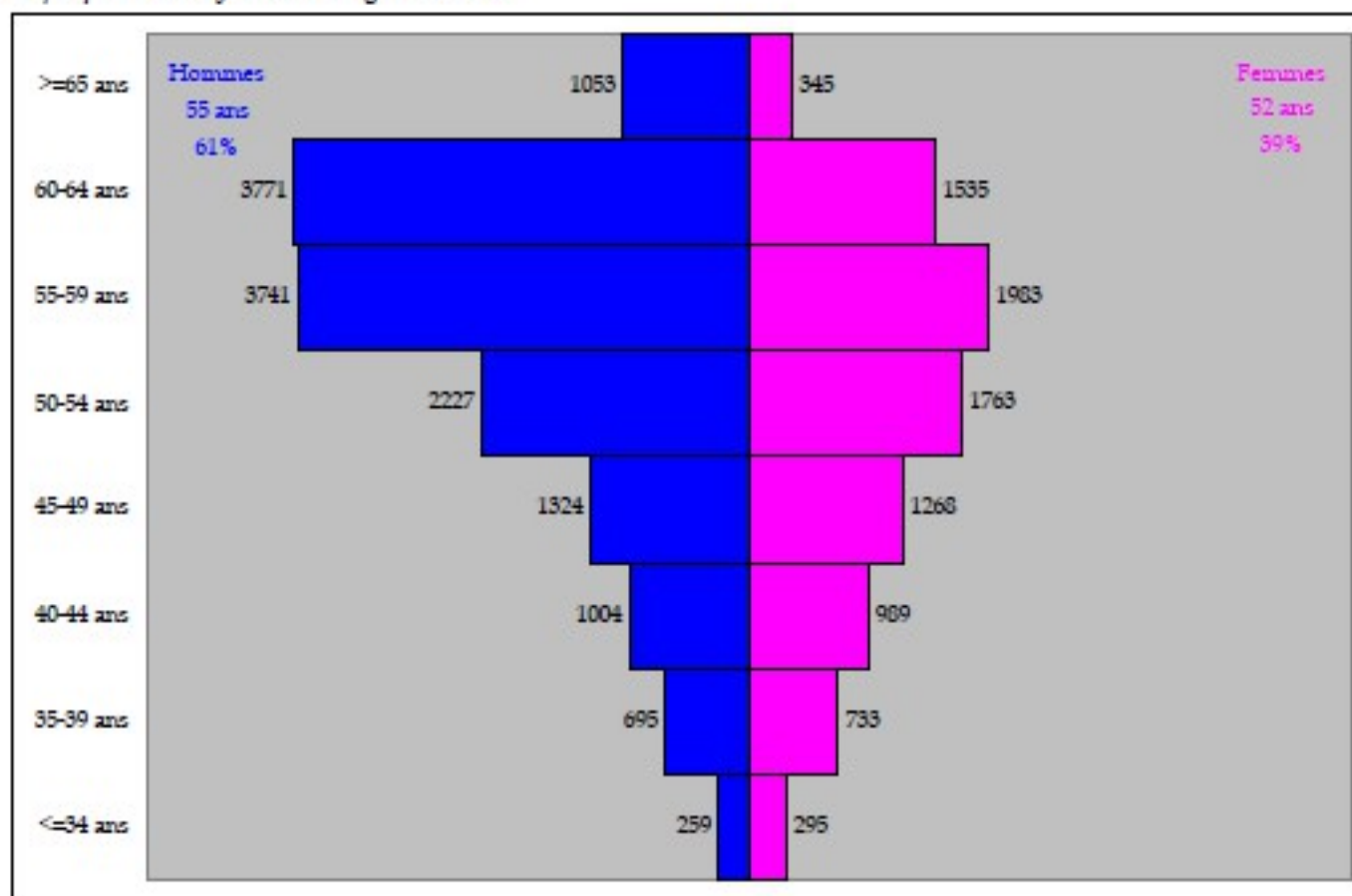
Carte 3 : Répartition des CH : ex-HL, CH sans urgence et CH avec urgence

Dans le cadre de l'évolution du statut juridique des hôpitaux locaux, on peut répartir les Centres hospitaliers avec médecine ou soins de suite en 3 catégories : les ex hôpitaux locaux, les CH avec urgence, les CH sans urgences.



Annexe 3 – Pyramide des âges de la démographie médicale

Graphique n°37 : Pyramide des âges des MEP



Source : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, janvier 2014, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014*, (p 146)

Annexe 4 – Illustration de la filière gériatrique



Source : VERMOREL M., GUETAT P., BOLLIET J-M., janvier-février 2009, « La filière gériatrique un modèle parmi d'autres : la planification gériatrique en Rhone-Alpes », *Revue hospitalière de France*, n°526 (p. 37)

Annexe 5 - Fiche de liaison

FICHE DE LIAISON POUR LE RETOUR A DOMICILE

Renseignée par :

Le : /

N° de téléphone :

- Nom : ➤ Prénom :
- Date de naissance :
- Médecin traitant :
- **Famille prévenue** : ☐ non ☐ oui Identité de la personne :
Lien de parenté :
Numéro de téléphone :
- **Protection juridique** : ☐ non ☐ oui Nom de l'organisme :
Identité de la personne :
Numéro de téléphone :
- **ALD** : ☐ non ☐ oui ☐ en cours
- **APA** : ☐ non ☐ oui ☐ en cours
- **Date prévisionnelle de sortie** :

OBSERVATIONS

Toilette

- ☐ Indépendant (e)
- ☐ Aide ☐ Supervision
 ☐ Stimulation
 ☐ Aide Partielle
- ☐ Aide Totale

Prothèses

- ☐ Auditives ☐ Droite ☐ Gauche
- ☐ Dentaires ☐ Haut ☐ Bas
- ☐ Lunettes
- ☐ Autres

Habillage/Déshabillage

- ☐ Autonome ☐ Bas de contention
- ☐ Aide partielle
- ☐ Aide totale

Alimentation

- ☐ Autonome
- ☐ Aide partielle ☐ Stimulation
 ☐ Couvert adapté
 ☐ Aide humaine
- ☐ Aide totale
- ☐ Fausse route ☐ Liquide
 ☐ Solide

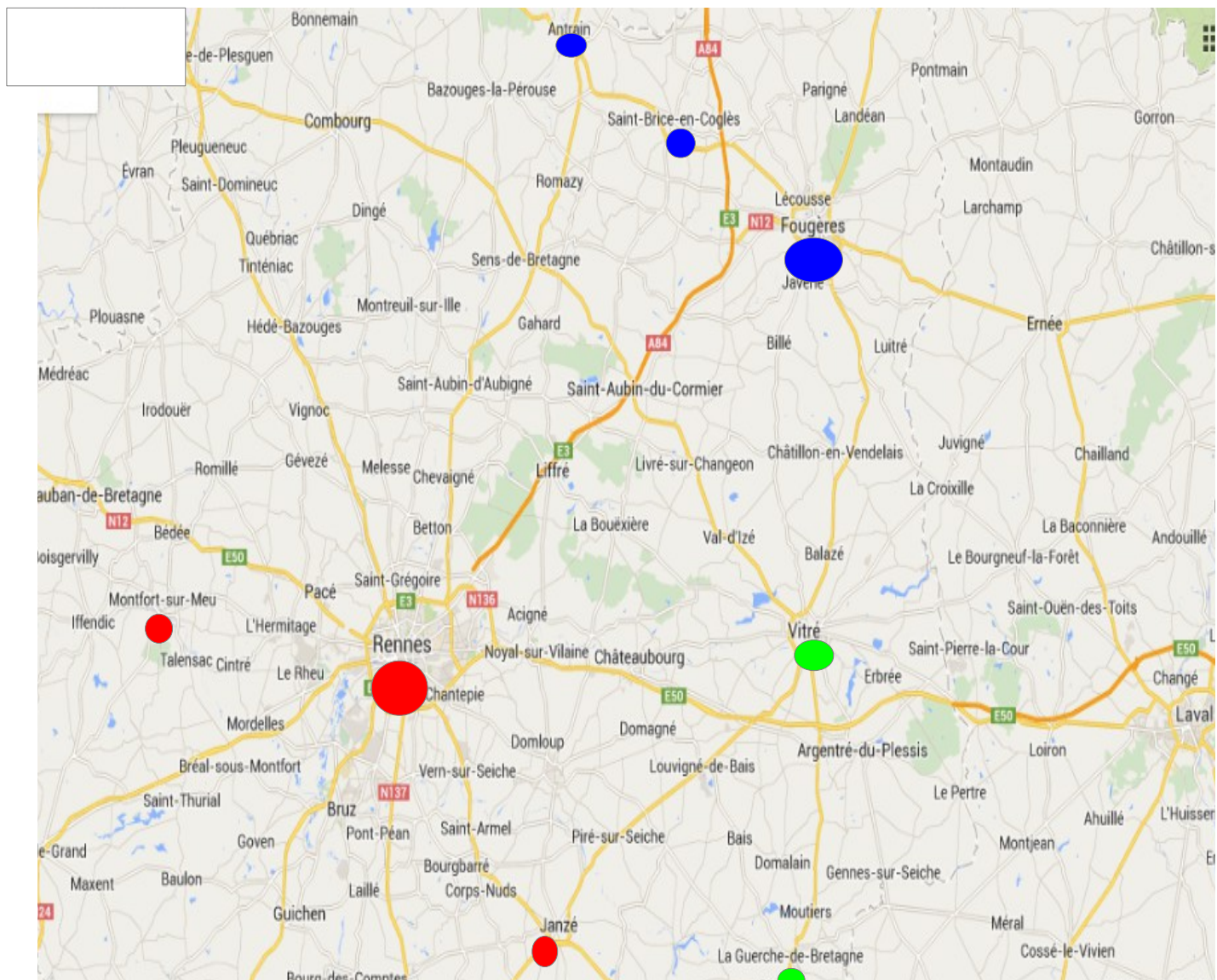
Elimination

- ☐ Continence
- ☐ Incontinence **Jour** **Nuit**
- | | | |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| Urines | ☐ | ☐ |
| Selles | ☐ | ☐ |

☐ Sonde urinaire Acceptation des changes ☐ Oui ☐ Non																				
Prises en charges diverses ☐ Kinésithérapeute ☐ Orthophoniste ☐ Auxiliaire de vie ☐ Services infirmiers ☐ Ergothérapeute ☐ Aide-soignant ☐ Psychologue ☐ Aide-ménagère																				
Transferts <table border="0"> <tr> <td>Risques de chute</td> <td colspan="2">oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Déplacement intérieur</td> <td>Intérieur</td> <td>Extérieur</td> </tr> <tr> <td>Autonome</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Avec Aide partielle</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Aide Totale</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>			Risques de chute	oui ☐ non ☐		Déplacement intérieur	Intérieur	Extérieur	Autonome	☐	☐	Avec Aide partielle	☐	☐	Aide Totale	☐	☐			
Risques de chute	oui ☐ non ☐																			
Déplacement intérieur	Intérieur	Extérieur																		
Autonome	☐	☐																		
Avec Aide partielle	☐	☐																		
Aide Totale	☐	☐																		
Symptômes Psycho-Comportementaux <table border="0"> <tr> <td>Idées délirantes</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Hallucinations</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Agitation, agressivité (cris ...)</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Tristesse</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Apathie</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Désinhibition</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Comportements moteurs à signaler (déambulations, gestes incessants, risques de fugue, ...)</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Troubles du sommeil</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> <tr> <td>Troubles cognitifs</td> <td>oui ☐ non ☐</td> </tr> </table> Autres :			Idées délirantes	oui ☐ non ☐	Hallucinations	oui ☐ non ☐	Agitation, agressivité (cris ...)	oui ☐ non ☐	Tristesse	oui ☐ non ☐	Apathie	oui ☐ non ☐	Désinhibition	oui ☐ non ☐	Comportements moteurs à signaler (déambulations, gestes incessants, risques de fugue, ...)	oui ☐ non ☐	Troubles du sommeil	oui ☐ non ☐	Troubles cognitifs	oui ☐ non ☐
Idées délirantes	oui ☐ non ☐																			
Hallucinations	oui ☐ non ☐																			
Agitation, agressivité (cris ...)	oui ☐ non ☐																			
Tristesse	oui ☐ non ☐																			
Apathie	oui ☐ non ☐																			
Désinhibition	oui ☐ non ☐																			
Comportements moteurs à signaler (déambulations, gestes incessants, risques de fugue, ...)	oui ☐ non ☐																			
Troubles du sommeil	oui ☐ non ☐																			
Troubles cognitifs	oui ☐ non ☐																			
Observations sociales Structures intervenant éventuellement à domicile : ▪ Auxiliaire de vie : ▪ Soins infirmiers : Si le patient n'est pas connu du Conseil Général : Habitat adapté : oui ☐ non ☐																				

Observations diverses :

Annexe 6 - Carte des CHL et de leur centre de référence (territoire de santé n°5)



: CHL de Janzé et Montfort sur Meu, ayant pour établissement de référence le CHU de Rennes



: CHL de la Guerche de Bretagne, ayant pour établissement de référence le CH de Vitré



: CHL des Marches de Bretagne, composé des sites d'Antrain et St Brice, ayant pour centre de référence le CH de Fougères

Annexe 7 – Courrier et questionnaire aux médecins pour l'organisation médicale



Janzé, le 10 juin 2014

Docteur,

Dans le cadre du projet médical, le groupe de travail sur « L'organisation de la ressource médicale » s'est réuni le 3 juin dernier.

Ce groupe est composé des Docteurs Quiboeuf, Thuillier, Delatte, de M. Denize, M.Tison et Mme Jouzel. Cette première réunion a permis de définir les missions dévolues aux médecins dans le cadre de la permanence médicale de semaine.

Ces missions seront :

- de prendre en charge **les patients instables**,
- d'assurer **les admissions** dans le cas où le médecin traitant du patient n'a pu réaliser cette admission, pour cause d'absence ou de congés par exemple,
- de gérer les **problèmes de prescription** en cours, par exemple : traitement en cours de validation sur Osiris, modification d'un dosage de prescription, prescription urgente (dans ce cas la prescription sera faite pour 24 h seulement, passé ce délai le médecin traitant modifiera ou non cette prescription),
- d'être un **interlocuteur médical pour les familles des patients** en cas de besoin.

Toute modification de prise en charge ou de traitement fera l'objet d'une transmission au médecin traitant du patient (via Osiris ou autre moyen à définir).

Cette permanence démarrerait en septembre à titre expérimental, à raison de deux jours par semaine. Bien évidemment, une rémunération sera prévue en fonction des modalités d'organisation retenues.

Au vu de ces réflexions, il paraît nécessaire de recenser les médecins qui seraient volontaires pour participer à l'organisation de cette astreinte, ainsi que les jours et horaires possibles.

A cet effet, vous voudrez bien retourner **avant le 20 juin** le coupon ci-dessous complété de vos éventuelles observations.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions de croire, Docteur, à l'assurance de notre considération distinguée.

Le Président de CME

La Directrice,

Coupon réponse à retourner **avant le 20 Juin 2014 au secrétariat**

«titre» «NOM» accepte de participer à cette permanence

- ☐ oui
☐ non
☐ peut être, en fonction du mode d'organisation retenu

si oui merci de préciser les jours et horaires de préférence :

jours :

horaires :

Temps de permanence envisageable

- ☐ 1h ☐ 1h30 ☐ 2h

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

BLEUNVEN	Lena	Décembre 2014
DESMS 2013-2014		
Le positionnement stratégique d'un ex-hôpital local au sein de son territoire L'exemple du CH de Janzé et sa coopération avec le CHU de Rennes		
Résumé : L'avenir des ex-hôpitaux locaux est actuellement au cœur des réflexions de la DGOS et des ARS. Suite à la loi HPST de 2009, ces établissements ont rejoint la catégorie des centres hospitaliers, sans que leurs spécificités soient reconnues. Pourtant leurs usagers, essentiellement des personnes âgées, et leur fonctionnement médical reposant généralement sur l'investissement des médecins généralistes libéraux du territoire, les rendent uniques dans le système de santé français. Il apparaît que leur polyvalence, leurs interactions avec les milieux sanitaires, médico-sociaux, et même sociaux, en font des pivots potentiels de la future organisation de santé. Les centres hospitaliers locaux permettent au secteur hospitalier et au secteur libéral de coopérer au sein d'une structure qui peut appuyer l'activité : les praticiens du territoire peuvent y trouver un soutien logistique et technique. Il permet à la population locale de bénéficier d'une prise en charge adaptée dans la proximité, ce qui est apprécié, notamment pour les patients âgés. Toutefois, pour remplir cette mission, il semble que les ex-hôpitaux locaux doivent réfléchir à leur mission et adopter une stratégie de positionnement territorial afin de proposer des services de santé adaptés aux besoins locaux. La collaboration avec un centre hospitalier de référence est nécessaire pour parvenir à impulser une dynamique et améliorer la qualité des soins. Ceci a été concrétisé au CH de Janzé par la signature d'une convention-cadre avec le CHU de Rennes. Le directeur doit agir de manière stratégique sur de nombreux plans : management des ressources médicales et des professionnels salariés de l'établissement, liens avec les tutelles et les établissements partenaires de l'établissement afin d'inscrire l'établissement dans des filières territoriales et ainsi optimiser son activité.		
Mots clés : Hôpital local Coopération Projet médical Filière de soins Proximité		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs</i>		