



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissements  
Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux**

Promotion : **2013 - 2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**Médecine libérale et / ou médecine  
salarisée dans les Centres hospitaliers**

**« ex – hôpitaux locaux »**

**Etude prospective du fonctionnement médical de deux  
Centres hospitaliers locaux bretons**

---

**Elie PORTIER**

---

# Remerciements

---

Mes remerciements iront en premier lieu à M. Bruno HERVIO, mon maître de stage, pour son accompagnement tout au long de ce stage de professionnalisation aux CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand, et bien sûr pour son soutien dans l'écriture de ce travail.

Je tiens également à remercier Mme Xénia ORHAN et M. Frédéric BRIVE, directeurs adjoints des CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand pour leurs conseils avisés dans la construction de ce mémoire.

Je souhaite par ailleurs remercier l'ensemble des professionnels – directeurs, médecins, cadres, infirmières et autres professionnels de santé – qui tous ont répondu favorablement à mes demandes d'entretien, sans lesquels ce mémoire ne pourrait exister.

Mes remerciements iront également au « binôme lecteurs » de l'EHESP qui aura pris le temps de suivre mon travail durant plus d'une année, pour leur lecture attentive et leurs conseils.

Un merci particulier à François-Xavier SCHWEYER pour notre riche entretien, introductif à ce travail.

Je souhaite remercier enfin mes proches et plus particulièrement Aurélien, pour son indéfectible soutien.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 ANALYSE des enjeux liés au recours à une médecine libérale dans les services sanitaires des Centres hospitaliers locaux</b> .....	<b>9</b>
1.1 Le CHL sur son territoire. Les enjeux du découplage et de la coordination locale derrière le recours à une médecine libérale en CHL.....	9
1.1.1 De la maison médicale au Centre hospitalier local : le médecin généraliste libéral, pilier de la coordination locale.....	9
1.1.2 Le corps médical au centre du parcours de soins. Une implication conditionnant les relations entre établissements, en amont et en aval de la prise en charge en CHL.....	15
1.2 Le CHL en tant qu'établissement public de santé. Le corps médical au cœur de la vie institutionnelle et financière de l'établissement .....	21
1.2.1 Du projet médical à la certification : la nécessité d'une participation médicale active aux projets institutionnels de l'établissement .....	21
1.2.2 Un établissement public soumis à l'obligation d'efficacité financière. Les enjeux financiers au cœur des choix de la direction quant au fonctionnement médical .....	26
1.3 Une organisation et un fonctionnement des services sanitaires en CHL soumis aux modalités d'intervention médicale .....	30
1.3.1 Du nécessaire travail en équipe au travail individuel des professionnels de l'hôpital. Une disponibilité et une implication du corps médical conditionnant une prise en charge efficace des patients .....	30
1.3.2 Permanence des soins et continuité des soins : grands enjeux du recours à une médecine libérale dans les CHL .....	35
<b>2 PRECONISATIONS adaptées au contexte des lieux de stage / lieux d'étude : les Centres hospitaliers locaux de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand</b> .....	<b>42</b>
2.1 Préconisations adaptées à la situation du corps médical intervenant dans les services sanitaires du CHL de Montfort-sur-Meu .....	43
2.1.1 Faire revivre le lien ville – hôpital.....	43

2.1.2	Améliorer les conditions de travail des médecins libéraux .....	45
2.1.3	Un passage à une médecine salariée à réfléchir en amont : missions à déléguer et opportunités .....	47
2.2	Préconisations adaptées à la situation du corps médical intervenant dans les services sanitaires du CHL de Saint-Méen-le-Grand .....	49
2.2.1	Sauvegarder l'exercice mixte actuel : revoir la répartition du travail au sein du service entre médecins libéraux et médecins salariés .....	49
2.2.2	Du passage à une médecine salariée : la nécessité de conserver un lien fort avec les médecins libéraux.....	50
2.2.3	Renforcer le lien entre le médecin et les autres professionnels de santé : mettre en place un staff pluri professionnel hebdomadaire pérenne.....	51
	<b>Conclusion .....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.G.H.L	Association nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local
A.N.C.H.L	Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux
A.R.S	Agence Régionale de Santé
C.H	Centre Hospitalier
C.H.L	Centre Hospitalier Local
C.H.U	Centre Hospitalier Universitaire
C.L.I.N	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
C.L.U.D	Comité de Lutte contre la Douleur
C.M.E	Commission Médicale d'Etablissement
C.O.M.E.D.I.M.S	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
C.R.U.Q P.C	Commission pour les Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge
D.A.F	Dotation Annuelle de Fonctionnement
D.E.S.C	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
D.M.S	Durée Moyenne de Séjour
D.R.E.E.S	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
E.H.E.S.P	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
E.H.P.A.D	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.P.P	Evaluation des Pratiques Professionnelles
E.T.P	Equivalent Temps Plein
E.V.C / E.P.R	Etat Végétatif Chronique / Etat Pauci-Relationnel
H.A.D	Hospitalisation A Domicile
H.A.S	Haute Autorité de Santé
H.P.S.T	Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires du 21 juillet 2009
I.D.E	Infirmier Diplômé d'Etat
I.N.S.E.E	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ndla	Note De L'Auteur
O.R.I.S	Outil de Régulation des Inscriptions en S.S.R et H.A.D
P.D.S.A	Permanence Des Soins Ambulatoires
P.H	Praticien Hospitalier
U.R.P.S ML	Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux
U.S.L.D	Unité de Soins de Longue Durée
S.C.P	Société Civile Professionnelle
S.E.P	Sclérose En Plaques

S.S.I.A.D Service de Soins Infirmiers A Domicile

S.S.R Soins de Suite et de Réadaptation

T2A Tarification A l'Activité

U.H.T.C.D Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

U.V.S.A Unité de Vie et de Soins pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

## Introduction

Le Directeur général des Centres hospitaliers locaux (ex-hôpitaux locaux – CHL) de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand (35), dans son éditorial du mois de novembre 2013, annonçait aux agents la nouvelle suivante :

*« Jeudi 5 septembre 2013, coup de tonnerre. Au terme d'une réunion rassemblant pour la première fois les Commissions Médicales d'Établissement (C.M.E.) et les directoires respectifs des deux établissements en direction commune, nous avons appris la démission de la totalité des médecins exerçant dans le cadre de la Société Civile Professionnelle (S.C.P.) médicale de Saint-Méen-le-Grand ! »<sup>1</sup>.*

Le désengagement de la partie sanitaire de l'hôpital, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, des médecins généralistes libéraux exerçant sur la commune de Saint-Méen-le-Grand, si soudain fut-il, était en réalité attendu à moyen terme par la direction. Les causes mentionnées alors par les médecins sont en effet anciennes et connues de tous : diminution inexorable du nombre de médecins libéraux exerçant dans la commune (de huit à cinq médecins en deux ans), ce malgré la création en 2009 d'un pôle de santé pluri-professionnel, et augmentation parallèle des besoins médicaux au sein du CHL : informatisation de la production de soins, charge en soins accrue des patients, de nouvelles exigences en matière de certification etc.

Ce désengagement pose ainsi de manière prégnante la question de la place de la médecine libérale dans les Centres hospitaliers locaux qui, en tant qu'établissements publics de santé, sont soumis aux mêmes exigences de qualité, de sécurité et, plus largement, institutionnelles que les autres Centres hospitaliers de taille cependant plus importante et aux moyens et objectifs de fait autres.

Pour saisir tout à fait les enjeux présents derrière cette question, il nous faut d'abord, en propos introductifs, revenir sur ce qui fonde la particularité de ces ex-hôpitaux locaux, notamment leur rapport à la médecine libérale (1), avant de présenter les deux établissements d'étude dans un second temps, à savoir les Centres hospitaliers locaux bretons de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand (2).

Dans la continuité de ces propos introductifs, nous annoncerons la problématique de ce travail puis le plan retenu. Enfin, nous détaillerons la méthodologie choisie pour l'analyse de l'objet de recherche puis certaines des limites à ce travail d'analyse seront précisées.

---

<sup>1</sup> Editorial du mois de novembre 2013 du Journal interne mensuel des établissements de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand, disponible en Annexe.

## **Taille, situation géographique et modalités de fonctionnement médical : des spécificités du Centre hospitalier local au fondement de sa reconnaissance (1)**

Hospice au 19<sup>e</sup> siècle, Hôpital rural depuis l'Ordonnance du 11 décembre 1958, Hôpital local depuis la Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et, depuis la Loi H.P.S.T. du 21 juillet 2009<sup>2</sup>, Centre hospitalier indifférencié, l'Hôpital local a perdu il y a cinq ans son statut spécifique qui le distinguait depuis plus de 50 ans des autres établissements publics de santé. Mais s'il n'est désormais plus possible, juridiquement, de distinguer ces établissements des autres Centres hospitaliers, les ex-hôpitaux locaux n'en conservent pas moins leurs spécificités de fonctionnement et d'organisation qui ont pendant longtemps justifiées cette distinction en droit. L'Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux (A.N.C.H.L. ex A.N.H.L.) a ainsi aujourd'hui pour objets « la défense, la promotion et la reconnaissance des Centres hospitaliers locaux »<sup>3</sup>, ex-hôpitaux locaux rebaptisés. J'ai fait le choix, pour ce mémoire, de reprendre cette dénomination qui n'a cependant, rappelons-le, aucune existence juridique.

Les Centres hospitaliers locaux sont des établissements publics de santé qui dispensent, selon l'article R 6141-18 du code de la santé publique, des soins de courte durée en médecine, des soins de suite et de réadaptation ou encore des soins de longue durée (au sein d'Unités de Soins de Longue Durée U.S.L.D.). Il s'agit donc d'une médecine polyvalente, d'orientation et de premier recours. Les CHL constituent ainsi un « premier niveau de prise en charge sanitaire », selon la Circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local<sup>4</sup>. Ils sont dépourvus d'autorisation en chirurgie ou obstétrique et n'accueillent pas de service d'urgence. Même si les situations sont différentes d'une région à l'autre, les CHL présentent également la particularité de disposer d'une partie sanitaire réduite – excédant rarement 80 lits –, de taille inférieure à la partie d'hébergement médico-sociale (type EHPAD) dont ils sont dotés. Dans ce cadre, la prise en charge de la personne âgée est centrale dans l'activité des Centres hospitaliers locaux mais non exclusive, certains CHL ayant mis en place d'autres services de proximité : des consultations avancées de cardiologie, d'addictologie ou encore de surveillance de la grossesse.

---

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE 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 (En ligne), Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009.

<sup>3</sup> ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX. Guide de l'A.N.C.H.L., 2014.

<sup>4</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local (En ligne). Texte non paru au Journal officiel.

Une autre particularité des CHL réside dans leur *corps médical*. Les CHL recourent de façon courante aux services de médecins généralistes, qui y exercent à titre libéral et viennent donc notamment y soigner « leurs » patients sous leur propre responsabilité. La Circulaire du 28 mai 2003 dispose ainsi « qu'une spécificité (de l'hôpital local *ndla*) est son fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. »<sup>5</sup> Cet état de fait a quelque peu évolué en dix ans, les CHL recourant de plus en plus aux services de médecins salariés. Ainsi, selon une monographie des Centres hospitaliers locaux français réalisée par Adysta Conseil, « entre 2004 et 2011 la part des services de médecine et de soins de suite avec médecins salariés s'est fortement accrue : 29% en 2004 pour 65% en 2011 »<sup>6</sup>.

Du fait de ce fonctionnement médical particulier, ils se rapprochent du fonctionnement des EHPAD. Mais, ce qui nous intéressera ici, c'est bien l'intervention de ces médecins généralistes libéraux dans la partie sanitaire des ex-hôpitaux locaux.

Leur *situation géographique* est également caractéristique. Souvent isolés, en zone rurale ou périurbaine, ils ont pour vocation première la prise en charge non spécialisée de proximité d'une population âgée, vieillissante. Ils sont ainsi directement concernés par le problème des « déserts médicaux » qui se pose dans certaines zones rurales isolées où ils sont majoritairement implantés, déserts médicaux que nous aurons l'occasion d'analyser dans le corps de ce travail.

#### **De l'intérêt d'une prise en charge sanitaire en Centre hospitalier local<sup>7</sup>**

L'objectif de ce mémoire n'est pas d'analyser l'intérêt potentiel à développer ou simplement conserver aujourd'hui des CHL. Nous prenons pour acquise leur légitimité dans l'organisation de l'offre de soins française. Cependant, il peut être utile, en quelques lignes, de revenir sur l'intérêt, notamment pointé par la Circulaire du 28 mai 2003, de ces services hospitaliers de proximité.

Court séjour en médecine : « L'existence d'un service de médecine de proximité à l'hôpital local favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Un service de médecine de CHL, ancré dans un bassin de vie peut s'avérer utile : 1.

<sup>5</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local (En ligne). Texte non paru au Journal officiel.

<sup>6</sup> ADYSTA CONSEIL, Mai 2013, *Monographie : Les ex hôpitaux locaux en 2011*, Commande de l'A.N.C.H.L.

<sup>7</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local (En ligne). Texte non paru au Journal officiel.

Lorsque le médecin traitant juge que l'état de son patient requiert des soins primaires relevant d'une prise en charge hospitalière. 2. Pour une prise en charge qui fait suite au transfert d'un patient provenant d'un autre établissement, et dont l'état n'est pas stabilisé. »

Soins de suite et de réadaptation : Objectif : Retour et maintien à domicile du patient. « En matière de SSR particulièrement, la proximité immédiate du domicile du patient est capitale pour favoriser sa réinsertion (développement de liens étroits et coordonnés entre les acteurs du terrain). »

### **Les lieux d'étude. Les CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand : des similarités organisationnelles, de fortes disparités géographiques (2)**

Les CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand en direction commune depuis 2012, situés en Ile-et-Vilaine (35), constituent le terrain de stage au sein duquel cette étude a été réalisée. Si nous comparerons également, dans ce mémoire, leur fonctionnement médical à ceux des CHL bretons du Faouët, de Janzé et des Marches de Bretagne, l'analyse et les préconisations formulées dans ce travail prennent d'abord appui sur un travail de terrain mené au sein de ces deux établissements.

Le CHL de Montfort-sur-Meu dispose d'une capacité de **210 lits** avec :

- une partie sanitaire de 71 lits répartis comme suit : 11 lits de médecine dont 3 identifiés soins palliatifs (LISP), 31 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) dont 6 EVC / EPR<sup>8</sup> et 30 lits au sein d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD).
- Une partie médico-sociale de 138 lits d'EHPAD dont une Unité de Vie et de Soins Alzheimer (UVSA) de 25 lits et 5 lits d'hébergement temporaire.

Le CHL de Saint-Méen-le-Grand dispose d'une capacité de **235 lits** avec :

- une partie sanitaire de 60 lits répartis comme suit : 20 lits de médecine et 40 lits de soins de suite et de réadaptation dont 6 orientés vers les patients atteints de sclérose en plaques (SEP).
- une partie médico-sociale sur deux sites de 175 lits d'EHPAD dont 5 lits d'hébergement temporaire.

Chacun des deux établissements assure également la gestion d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) respectivement de 42 et 52 places. Par ailleurs, le CHL de Saint-Méen-le-Grand assure la gestion d'un service de portage de repas à domicile.

---

<sup>8</sup> E.V.C. : Etat Végétatif Chronique – E.P.R. : Etat Pauci Relationnel

Globalement donc, l'offre proposée par ces deux établissements est similaire. Même s'ils sont situés au sein du même pays, le pays de Brocéliande situé à l'ouest de Rennes, leurs territoires d'implantation respectifs diffèrent cependant très largement au regard des caractéristiques populationnelles d'une part et de l'offre médicale d'autre part.

#### *Caractéristiques populationnelles*

Montfort communauté, communauté de communes au sein duquel est implanté le CHL de Montfort-sur-Meu, rassemble huit communes situées à une vingtaine de kilomètres de l'agglomération rennaise. Il s'agit donc d'une zone périurbaine, marquée par un nombre important de foyers travaillant sur Rennes. La communauté de communes de Saint-Méen-le-Grand – Montauban-de-Bretagne est située en zone rurale, à trois quarts d'heure de route de l'agglomération rennaise, à la frontière entre trois départements : le Morbihan, les Côtes d'Armor et l'Ille-et-Vilaine. Ainsi que nous le montre le tableau en Annexe 2, la densité de population diffère très largement entre les deux cantons. Le canton de Montfort-sur-Meu s'est par ailleurs tertiarisé alors que le canton de Saint-Méen-le-Grand a conservé une activité agricole importante. Enfin, le revenu net moyen par foyer fiscal sur le canton de Montfort est proche de la moyenne nationale tandis que celui sur le canton de Saint-Méen-le-Grand se situe nettement en deçà de cette moyenne (cf. Annexe 2).

#### *Evolution de l'offre médicale sur le territoire et dans les deux établissements*

Sur le canton de Saint-Méen-le-Grand, l'on dénombre six médecins généralistes libéraux. Rappelons ici que le nombre de médecins exerçant au sein de la SCP de Saint-Méen-le-Grand est passé de huit à cinq en deux ans. A ces six médecins généralistes, il faut ajouter les deux médecins libéraux de Plélan-le-Grand qui, exerçant certes en dehors du canton de Saint-Méen-le-Grand, interviennent tout de même ponctuellement au CHL.

Au sein du CHL de Saint-Méen-le-Grand et jusqu'au 31 décembre 2013, huit médecins libéraux intervenaient donc dans la partie sanitaire de l'établissement. Après le désengagement des médecins libéraux de Saint-Méen-le-Grand et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, un praticien hospitalier contractuel à temps plein exerce en service de Médecine / SSR et les trois médecins libéraux de Plélan-le-Grand et Gaël continuent à intervenir sur une dizaine de lits du service. Un second praticien hospitalier contractuel a été recruté et exerce à mi-temps en service de Médecine / SSR depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.

Quant au canton de Montfort-sur-Meu, il faut souligner un premier paradoxe. Si le nombre de médecins intervenant au sein du CHL est passé de 16 à 10 en deux ans, le nombre de médecins généralistes libéraux exerçant sur le canton a en revanche peu évolué, les départs en retraite ayant été remplacés. Relevons ici « l'éclatement » des médecins généralistes libéraux sur le canton de Montfort-sur-Meu, à la différence de Saint-Méen-le-Grand donc, avec un grand nombre de cabinets médicaux rassemblant

deux à trois médecins chacun. On compte par exemple sept médecins à Montfort-sur-Meu au sein de trois cabinets médicaux différents.

Nous avons défini le sujet et présenté le lieu d'étude, il convient de développer la problématique de cette étude avant de préciser la méthodologie choisie pour ce travail d'analyse, ses limites et d'annoncer le plan.

### **Annnonce de la problématique et du plan (3)**

Ainsi, d'une part le phénomène de désertification médicale, visible au sein du territoire d'attraction du CHL de Saint-Méen-le-Grand, d'autre part l'évolution du travail médical (nouvelles exigences de qualité et de sécurité, informatisation de la production de soins) dans les CHL, et enfin l'importance du décloisonnement au sein du système de santé, ont légitimé, au sein de la direction, un questionnement sur la place de la médecine libérale dans ces ex hôpitaux locaux de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand, questionnement que j'ai choisi de reprendre. La problématique de ce travail peut donc être posée en ces termes : **quels enjeux pose la présence d'une médecine libérale dans les services sanitaires d'un Centre hospitalier local ?**

Mon travail d'analyse s'organisera autour de trois parties distinctes, « en entonnoir », en étudiant les enjeux de cette présence d'abord sous l'angle large du territoire d'implantation de l'hôpital, puis sous celui de l'ex hôpital local en tant qu'établissement public de santé avec des contraintes et objectifs spécifiques, enfin sous celui des services de soins, de leur fonctionnement, leur organisation.

Dans un second temps, je formulerai des préconisations quant au fonctionnement médical dans la partie sanitaire des CHL de Saint-Méen-le-Grand et de Montfort-sur-Meu spécifiquement.

### **Méthodologie et limites (4)**

#### **Méthodologie**

L'analyse se fera d'abord à partir d'un retour d'expérience issu de mes lieux de stage, les CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand, même si je convoquerai des retours d'expériences de professionnels d'autres CHL à fins de comparaison, ceux des CHL du Faouët (56), de Janzé et des Marches de Bretagne (35).

Mon choix s'est porté pour ce mémoire sur une approche qualitative, une méthode qualitative basée en grande partie sur des données subjectives issues d'entretiens avec

les professionnels concernés par la question dans les établissements cités ci-avant. En effet, ce mémoire vise notamment à interroger des pratiques, à travailler sur des valeurs. Une approche qualitative correspondait ainsi davantage à mon sens qu'une approche quantitative quant ce travail. Le travail d'enquête réalisé peut être divisé ainsi en trois parties :

- 1) Des entretiens semi-directifs avec différents acteurs au sein des CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand et du territoire, concernés par cette question, et des acteurs de trois autres CHL bretons.
- 2) Une observation directe : au sein des services de Médecine / SSR des CHL de Montfort-sur-Meu (qui fonctionne déjà en partie sur du salariat) et de Saint-Méen-le-Grand (avant et après l'arrivée de deux médecins salariés) entre novembre 2013 et juin 2014.
- 3) Observation documentaire : regards notamment sur l'informatisation des prescriptions, sur les transmissions entre corps médical et personnel soignant, sur les enjeux financiers relatifs au passage au « tout salariat ».

### **Limites**

Les limites relevées ici sont inhérentes à la plupart des travaux basés sur une approche qualitative. Choissant ce mode de travail et compte tenu du temps qui m'était imparti, je ne pouvais espérer recueillir des retours d'expérience ne serait-ce que de l'ensemble des ex hôpitaux locaux bretons. Mon analyse se basera donc sur les expériences de quelques ex hôpitaux locaux arbitrairement choisis, en plus de ceux constituant mon lieu de stage. Ce travail ne prétend donc pas à l'exhaustivité mais simplement à apporter quelques préconisations à la direction des CHL constituant mon lieu de stage, pour laquelle cette problématique est d'actualité.

Par ailleurs, des biais existent, comme dans tout travail d'entretien, et en premier lieu le fait que je me sois présenté comme « élève directeur » auprès des personnes interviewées : infirmières, médecins, professionnels de santé. Le rapport avec eux était dès lors biaisé, ce d'autant plus que, parfois, j'étais introduit auprès de ces personnes par le directeur de l'établissement. Le lieu de l'entretien – parfois dans le bureau du médecin coordonnateur, parfois dans la salle de soins – a pu également constituer un biais dans ce recueil d'information.

# **1 ANALYSE des enjeux liés au recours à une médecine libérale dans les services sanitaires des Centres hospitaliers locaux**

Les enjeux relatifs au recours à une médecine libérale dans les services sanitaires des CHL sont nombreux. Pour les présenter, nous avons choisi de rendre compte des éléments d'analyse à partir d'un plan « en entonnoir » : nous étudierons ainsi ces enjeux d'abord sous l'angle du territoire d'implantation du CHL (1.1), puis sous celui du CHL lui-même en tant qu'établissement public de santé (1.2), enfin sous celui des services sanitaires présents en son sein (1.3).

## **1.1 Le CHL sur son territoire. Les enjeux du décloisonnement et de la coordination locale derrière le recours à une médecine libérale en CHL**

Au cœur du parcours de santé de la personne âgée, la participation du médecin généraliste libéral est devenue indispensable dans l'objectif de décloisonnement des prises en charge subséquent, au niveau local, entre professionnels de santé libéraux et ex hôpitaux locaux notamment (1.1.1). Par ailleurs, le corps médical dans un CHL se situe à la fois dans une position de prise en charge en amont d'une possible institutionnalisation de la personne âgée et de prise en charge d'aval à la suite d'une hospitalisation dans un CH de référence. Le CHL est donc également au cœur du parcours de soins de la personne, en interaction avec un certain nombre d'autres établissements, interactions conditionnées à la « qualité » du corps médical y intervenant (1.1.2).

### **1.1.1 De la maison médicale au Centre hospitalier local : le médecin généraliste libéral, pilier de la coordination locale**

Dans la logique de décloisonnement, le médecin généraliste libéral, pivot de notre système de santé, peut être sollicité comme « lien » entre champs hospitalier et ambulatoire (a). Mais le phénomène de « désertification médicale » rend aujourd'hui ce rôle difficile à assumer sur certains territoires et impose de repenser les modes d'intervention, la manière dont il serait possible de coordonner les différents champs au niveau local (b).

a) *Un médecin libéral qui fait le lien entre hospitalier et ambulatoire...*

Les enjeux autour des liens entre médecine de ville et médecine hospitalière sont ici à envisager autour de la notion de parcours de santé, fil rouge qui devrait structurer par ailleurs le futur service public territorial de santé porté par le récent Rapport DEVICTOR<sup>9</sup>. En effet, ces liens apparaissent indispensables aujourd'hui dans l'objectif d'une continuité dans la prise en charge de la personne, âgée notamment. Mais ces liens sont conditionnés au dynamisme médical sur le territoire, à la présence par exemple d'une maison de santé fédérant l'ensemble des médecins libéraux, cohésion et coopération qui seraient à l'origine d'un bon fonctionnement des services du centre hospitalier local.

#### Parcours de santé et décloisonnement entre médecine de ville et médecine hospitalière

L'importance de l'ouverture du Centre hospitalier local sur la ville mérite d'être soulignée. La notion de parcours impose en effet de considérer les différentes prises en charge dont bénéficie la personne (sociale, au domicile, à l'hôpital etc.) comme complémentaires, interdépendantes et conduit ainsi à promouvoir un nécessaire décloisonnement entre les différents champs, sanitaire, médico-social et ambulatoire. L'objectif est d'aller vers davantage de coordination entre eux, d'éviter les ruptures et permettre un accompagnement personnalisé. Le Président de l'Association nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local (AGHL) et médecin à Renazé (53), le rappelle :

« Avec la notion de parcours, il est difficile de cliver les choses et de ne pas intégrer au maximum la médecine ambulatoire. Le choix de l'établissement où j'exerce a été de faire venir de jeunes médecins libéraux via certains avantages proposés par l'hôpital. Il faut être pragmatique et répondre à ce qu'on a envie de faire au sein d'un ex hôpital local, profiter ou non de son implantation au plus proche de la population. »<sup>10</sup>

Faire venir des médecins libéraux à l'hôpital serait ainsi un moyen de décloisonner la médecine de ville et la médecine hospitalière avec de nombreux avantages également pour le patient pris en charge. Ainsi, selon une infirmière du CHL du Saint-Méen-le-Grand, ayant connu le passage du fonctionnement avec des médecins libéraux à un fonctionnement avec des praticiens hospitaliers contractuels en service de Médecine / SSR :

« (Avec des praticiens salariés *ndla*) il y a moins de connaissance du patient, de ses antécédents. Les médecins libéraux connaissaient leurs patients par cœur. Aujourd'hui, on se rapproche plus d'un service de médecine d'un grand hôpital. »<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> RAPPORT A LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE sur le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (En ligne), par Mme Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé. Mars 2014.

<sup>10</sup> Entretien avec l'auteur – le 14 mai 2014

<sup>11</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

Ce témoignage est renforcé par celui de la directrice du CHL des Marches de Bretagne : « L'intérêt principal à un fonctionnement avec des médecins libéraux, c'est le fait qu'il n'y ait pas de rupture dans leur prise en charge. Ils sont pris en charge par leur médecin traitant. Les patients ne voient pas la différence. »<sup>12</sup>

Relevons que les médecins salariés qui ont été recrutés au CHL du Faouët ne viennent pas du territoire de proximité immédiate de l'hôpital. En effet, il est important de distinguer ici les médecins exerçant à la fois une activité libérale dans la commune et salariée au sein du CHL et des praticiens hospitaliers qui exercent à temps plein en service hospitalier. La connaissance du patient par son médecin traitant et le fait qu'il y ait une continuité dans sa prise en charge alors qu'il est hospitalisé dans un ex hôpital local a été mise en avant par l'ensemble des professionnels interrogés. L'AGHL va même plus loin en estimant que l'hospitalisation, coordonnée par le médecin généraliste libéral dans les centres hospitaliers locaux, s'inscrit dans un « continuum avec prise en compte de l'histoire et des conditions de vie du patient, au-delà des seules considérations pathologiques »<sup>13</sup>.

Mais plus largement, l'inscription du médecin libéral dans le territoire, sa qualité d'acteur de santé clé au niveau local lui permettant ainsi de connaître et d'être connu des services de proximité – Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), réseaux de santé, cabinets infirmiers, de kinésithérapeutes etc. –, sont souvent mis en avant lorsqu'il est question de passer à une médecine salariée. La directrice du CHL de Janzé l'évoque ainsi : « Si cette permanence médicale (par des médecins libéraux ndla) ne fonctionne pas, ce sera un temps salarié autre, mais c'est vrai que j'ai une préférence pour que ce soit un médecin du coin, qui connaît l'établissement, les professionnels... pour conserver cet échange privilégié avec le territoire de Janzé. »<sup>14</sup>

La présence du médecin libéral dans l'hôpital, le lien fort qu'ils peuvent ainsi entretenir entre eux, permet aussi d'envisager des hospitalisations rapidement et à proximité des proches, sans avoir à passer par un établissement de référence. Un ancien médecin généraliste libéral sur Saint-Méen-le-Grand l'a illustré ainsi :

« Le médecin généraliste répond à des besoins de proximité. Par exemple, le vendredi soir, on m'appelait vers 16-17h pour me dire « mon père ne va pas bien ». Cela faisait plusieurs jours que la personne âgée en question était dans un sale état. Je leur propose une hospitalisation mais ils ne veulent pas aller sur Rennes. Là, l'hôpital local devient le lieu de soins incontournable. C'est là où je vais pouvoir lui faire faire les premiers bilans, les premières biologies. Il s'agit aussi de le protéger, de protéger la

<sup>12</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

<sup>13</sup> ASSOCIATION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES D'HOPITAL LOCAL. Rapport sur la médecine générale et les soins de premier recours sur un territoire comportant un hôpital local (En ligne). 2013. P. 4.

<sup>14</sup> Entretien avec l'auteur – le 24 juin 2014.

famille. L'hospitalisation apporte une sécurité sans aller jusqu'au CHU où c'est tout de suite beaucoup plus compliqué et dangereux pour une personne âgée. »<sup>15</sup>

Ainsi que le souligne ce témoignage, cette mixité d'exercice chez les médecins libéraux et la coordination rapide entre monde ambulatoire et hospitalier que cela induit permettrait d'éviter des passages aux urgences aux effets souvent délétères, effets relevés notamment par M. BONREFOY en 2008<sup>16</sup>.

Pivot du système de santé, le médecin libéral, en tant que médecin traitant, joue également un rôle dans l'orientation de la personne vers les structures de soins. En ce sens, un lien fort entre le médecin libéral et le centre hospitalier local est indispensable pour que ce dernier prenne toute sa place dans la prise en charge de la population du territoire. Le président de la CME du CHL du Faouët souligne cette nécessité, après le passage de son établissement à une médecine salariée : « Mais on tient aussi à maintenir une activité médicale avec admission directe par les médecins libéraux du territoire. Il faut donc maintenir un lien avec les médecins libéraux du territoire. Là évidemment ils ne sont pas très contents, ils disent qu'on les a forcés à partir... Mais ça va changer, c'est essentiel pour que l'hôpital continue d'exister ici. »<sup>17</sup>

Nous le voyons donc, les liens entre centre hospitalier local et médecine libérale sont essentiels dans le cadre du développement de la notion de parcours de santé, pour une meilleure continuité des prises en charge notamment. Mais le maintien de ces liens est largement conditionné à la cohésion et au dynamisme de la vie médicale sur le territoire, cohésion et dynamisme qui vont être les déterminants, parallèlement, du bon fonctionnement d'un service hospitalier avec des médecins généralistes libéraux.

#### La dynamique médicale sur un territoire, gage du bon fonctionnement d'un CHL. L'exemple du pôle de santé pluri-professionnel de Saint-Méen-le-Grand

Ainsi l'existence d'un pôle ou d'une maison de santé pluri professionnel(le), réunissant déjà autour d'un projet commun les médecins libéraux et les autres professionnels de santé libéraux d'un territoire, permet ensuite une cohésion et une dynamique au sein de l'ex hôpital local où ils sont amenés à intervenir. La comparaison entre les territoires de Saint-Méen-le-Grand avant 2013 et Montfort-sur-Meu actuellement est ici intéressante.

A Saint-Méen-le-Grand, la création d'une Société Civile Professionnelle (SCP) réunissant l'ensemble des médecins libéraux de la commune autour d'un même projet,

<sup>15</sup> Entretien avec l'auteur – le 26 mai 2014.

<sup>16</sup> BONREFOY M., CHAPUIS F., FOURNIER G., et al., Novembre 2008, « Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire, une enquête prospective », *La revue de gériatrie*, Tome 33, n° 9

<sup>17</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

puis d'un pôle de santé pluri professionnel, a permis dans le même temps la mise en place de processus organisés d'intervention médicale au sein de l'ex hôpital local de la commune. Ainsi par exemple, un planning de contre visites a été mis en place, avec d'abord une contre visite tous les jours à 16H, puis, après avoir constaté la réussite et l'insuffisance de la première, une seconde tous les jours à 19H. Les médecins organisaient leurs plannings d'intervention au CHL ensemble lors des réunions régulières de la SCP. Le pôle de santé par ailleurs a permis un dialogue entre l'hôpital, présent à ses réunions, et l'ensemble des médecins libéraux, notamment et surtout ceux qui ne pouvaient pas se libérer pour participer aux CME de l'établissement.

A Montfort-sur-Meu à l'inverse, le service de médecine / SSR de l'hôpital pâtit de la dispersion des médecins sur le territoire et de l'absence, actuellement, d'une réelle cohésion entre eux. Le témoignage du cadre de santé du service de Médecine / SSR est à ce sujet éloquent :

« Actuellement, il y a encore six cabinets différents (de médecins intervenant dans le CHL ndla). Ce n'est pas comme s'il n'y avait qu'une maison médicale comme à Saint-Méen où les médecins se parlent. Ici, les pratiques médicales entre les cabinets sont très différentes et on le perçoit. Par exemple, quand un médecin fonctionne avec une secrétaire dans un cabinet à plusieurs ou quand il fonctionne tout seul, ce n'est pas pareil, il sera moins ouvert. (...) Et comme ils ne se parlent pas et qu'ils ne viennent pas en CME, il est impossible de mettre en place quoi que ce soit. »<sup>18</sup>

Ainsi, nous l'avons vu, le bon fonctionnement des services sanitaires d'un CHL recourant à l'intervention de médecins libéraux est conditionné à la structuration du paysage médical sur le territoire. Cette thématique est d'autant plus prégnante lorsque le territoire en question, comme à Saint-Méen-le-Grand, est confronté au phénomène de « désertification médicale », que nous allons expliciter à présent.

b) *...Un bon fonctionnement avec la médecine libérale conditionné au paysage médical sur le territoire : Le CHL, caisse de résonance du phénomène de désertification médicale*

Dans son ouvrage « Maisons de santé, une urgence citoyenne », D. DEPINOY souligne un paradoxe : « le manque de médecins fait régulièrement la une des journaux spécialisés et grand public alors même qu'il y a un nombre élevé de médecins diplômés en France (50000 en 1960, 215000 en 2010). »<sup>19</sup> Le phénomène de désertification médicale est pourtant bien visible dans de nombreuses régions françaises et témoigne

---

<sup>18</sup> Entretien avec l'auteur – le 18 juin 2014.

<sup>19</sup> DEPINOY D., *Maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris, Editions de santé, 2011, p. 28.

d'inégalités de répartition des médecins sur le territoire national. Le rapport BERLAND<sup>20</sup>, dès 2002, avait ainsi mis en exergue le fait que le problème de démographie médicale ne se situait pas en premier lieu au niveau des effectifs mais bien au niveau de la répartition territoriale des professionnels médicaux et de l'évolution du temps de travail. Il apparaît donc tout d'abord important, avec le Dr HUBERT<sup>21</sup>, de constater les inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux dans certaines régions françaises et notamment en Bretagne, comme le montre la carte en Annexe 4. Sur cette carte, l'on voit que les communes de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand se situent sur des zones de densité médicale moyenne à faible.

Plusieurs causes sont à l'origine de ces inégalités et d'une accentuation future de ces dernières, la première étant le départ à la retraite programmé de la génération issue du *baby-boom* alliée à la tentation de certains médecins généralistes d'anticiper leur départ à la retraite. En effet, le départ d'un médecin en zone déficitaire induit de fait une activité accrue pour ses proches collègues qui seraient donc tentés d'anticiper leur départ pour ne pas risquer la suractivité et le *burn-out*. La commune de Saint-Méen-le-Grand en constitue un paradigme. Ainsi, la perspective du départ en retraite d'un des médecins libéraux, particulièrement engagé au sein du CHL par ailleurs, a été selon ce dernier une des raisons du désengagement des médecins du CHL<sup>22</sup>.

A cette première cause s'ajoute le peu d'enthousiasme de la jeune génération de médecins spécialisés en médecine générale à venir s'installer en libéral dans ces zones déficitaires. L'isolement et le cloisonnement entre professionnels de santé, notamment en zone rurale, sont quelques uns des facteurs avancés pouvant compromettre l'installation de ces nouveaux professionnels qui ont, par ailleurs, des aspirations différentes de celles de leurs aînés. V. LEPRETTE a souligné dans sa thèse en 2011<sup>23</sup> quelques unes de ces aspirations réparties entre deux dimensions : motivations liées à la vie de famille (métier du conjoint, scolarisation des enfants) d'une part, motivations liées à l'aspect professionnel d'autre part. Par ailleurs, ce n'est pas tant, comme le souligne la sociologue G. BLOY dans une étude de cohorte récente, « l'esprit individualiste » qui est sur le déclin aujourd'hui que l'exercice même de la médecine générale, alors que nombre de jeunes médecins généralistes durant leur parcours universitaire font un autre choix professionnel

---

<sup>20</sup> RAPPORT AU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES sur la démographie des professions de santé (En ligne), par M. Yvon BERLAND, doyen de la faculté de médecine de Marseille. Décembre 2002.

<sup>21</sup> RAPPORT AU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE sur la médecine de proximité (En ligne), par Mme Elisabeth HUBERT, ancienne ministre. Novembre 2010.

<sup>22</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

<sup>23</sup> LEPRETTE V., 2011, *Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires et des pôles de santé en Ile-de-France : motivations des porteurs de projet et difficultés rencontrées*, Thèse pour le Doctorat en Médecine générale : Université Paris V – René Descartes.

que cet exercice, privilégiant l'oncologie, les services en PMI par exemple<sup>24</sup>. Ainsi le jeune médecin salarié recruté au 1<sup>er</sup> juin 2014, a choisi ce mode d'exercice en salariat après avoir fait le constat que l'exercice de la médecine générale en libéral ne lui convenait pas, l'associant au métier de « marchand »<sup>25</sup>.

Nous le voyons donc, le déficit, présent ou annoncé, de médecins généralistes libéraux dans certains territoires, et en premier lieu au sein de notre territoire d'étude, doit être relié à une série de causes plurielles dont il faudra tenir compte. Ce déficit va avoir un impact sur l'organisation, le fonctionnement des centres hospitaliers locaux – souvent implantés dans ces zones déficitaires – tel qu'il existe actuellement.

Nos préconisations, en seconde partie de cette étude, seront donc tournées vers ce besoin de redynamiser un certain nombre de zones déficitaires en médecins généralistes, via les ex hôpitaux locaux notamment qui pourront, en se plaçant comme acteur de cette redynamisation, en tirer les bénéfices par la suite.

Outre ses liens avec le champ ambulatoire sur le territoire, le Centre hospitalier local en entretient également, via ses services sanitaires, avec les Centres hospitaliers de référence du territoire – CHU et CH –, ainsi qu'avec les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) environnants. Ces relations, essentielles à son existence, sont très largement conditionnées au corps médical intervenant au sein du CHL, comme nous allons le voir à présent.

### **1.1.2 Le corps médical au centre du parcours de soins. Une implication conditionnant les relations entre établissements, en amont et en aval de la prise en charge en CHL**

Le Centre hospitalier local, par le biais de ses services sanitaires de médecine et de soins de suite, se situe généralement dans une prise en charge d'aval par rapport aux centres hospitaliers de référence sur le territoire, et d'amont, précédant un éventuel retour à domicile ou une institutionnalisation. Selon l'ANCHL, « les CHL sont indiqués pour développer des unités de soins de courte durée, des courts séjours intermédiaires, afin d'accueillir des personnes âgées tout juste sorties de l'hôpital. »<sup>26</sup> Au cœur du parcours de soins de la personne âgée, la gestion des flux de patients dans ces établissements est une question prégnante dont la réponse peut varier selon les

---

<sup>24</sup> BLOY G, Février 2011, « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *DREES, Série Etudes et recherches*, n°104.

<sup>25</sup> Entretien avec l'auteur – le 13 juin 2014.

<sup>26</sup> ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX. Guide de l'A.N.C.H.L., 2014.

modalités d'intervention médicale. Un certain nombre de sujets seront ici abordés, liés à cette thématique : la gestion des entrées et des sorties, les formes de coopération inter établissements (recrutement d'assistant spécialiste / interne, consultations avancées) notamment.

La gestion des entrées dans les services de Médecine / SSR d'un ex hôpital local peut être source de tension. En effet, la taille réduite de ces services fait qu'une évolution du nombre de séjours ou de journées peut avoir un impact important sur leur santé financière, pour ceux d'entre eux qui sont en tarification à l'activité (T2A) et dans la perspective d'un passage futur pour les autres. Face à cette nécessité d'avoir une gestion des entrées optimale, la question de la réputation de ces services à l'égard des établissements du territoire, potentiels adresseurs, se pose avec d'autant plus d'acuité. Or, les Centres hospitaliers locaux peuvent pâtir de leur non spécialisation et d'un fonctionnement médical parfois bancal, souvent pointé du doigt. Le médecin coordonnateur au CHL du Faouët a souligné ce problème, existant avant la venue récente de praticiens hospitaliers contractuels :

« Par rapport aux autres hôpitaux, on n'avait pas une très haute réputation. Les gens disaient « au Faouët c'est un peu folklo ». Ils savaient très bien, (les CH de) Lorient, Quimper, que les médecins étaient peu investis dans notre hôpital. Par exemple, on a voulu signer une convention avec le CH de Quimperlé pour faire en sorte qu'il y ait des retours rapides au Faouët après hospitalisation. Ça n'a jamais marché : les praticiens de Quimperlé n'avaient pas confiance et ceux du Faouët n'étaient pas investis dans la démarche. »<sup>27</sup>

Cette question de la réputation des services a également été relevée par le cadre de santé du service de médecine / SSR du CHL de Saint-Méen-le-Grand alors qu'un certain nombre de CH (Dinan, Ploërmel, Rennes) sont situés à proximité de son aire d'attraction, réputation qui s'est, selon lui, améliorée depuis le recrutement récent de deux praticiens hospitaliers contractuels, alors que ces derniers, présents en journée, peuvent répondre aux sollicitations téléphoniques de ces centres hospitaliers de référence.

La gestion des sorties est également une problématique que les cadres de santé interrogés ont mis en évidence dans la mesure où la qualité, l'optimisation de cette gestion dépend en majeure partie du corps médical y intervenant. La durée moyenne de séjour (DMS) dans un service de médecine et / ou de soins de suite et de réadaptation d'un ex hôpital local est plus importante en moyenne que celle d'un centre hospitalier de taille plus importante et, avec un passage potentiel à la T2A, celle-ci est observée avec intérêt par la direction. La maîtrise ou non de cette DMS aura en effet un impact important

---

<sup>27</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

sur les financements en T2A. Or, avec un fonctionnement médical avec des médecins libéraux, il peut être plus difficile de gérer le temps passé par les patients dans les services, ainsi que l'ont constaté les deux cadres de santé interrogés. Les médecins libéraux ne sont en effet présents que ponctuellement et il est ainsi plus compliqué de mettre en place un projet thérapeutique, comme nous le verrons dans une seconde partie, avec durée prévisionnelle du séjour et suivi au jour le jour du patient, afin d'envisager une sortie dès que cela est possible, souhaitable pour le patient. Par ailleurs, le cadre de santé du service de médecine du CHL de Montfort-sur-Meu a relevé le risque du médecin libéral également médecin traitant de son patient dans et en dehors de l'hôpital<sup>28</sup>, qui entretient un rapport nécessairement plus proche avec ce dernier et sa famille et peut être amené à être moins regardant sur la durée de séjour de son patient, en fonction des attentes de ces derniers. Le témoignage du praticien hospitalier contractuel recruté en janvier 2014 au CHL de Saint-Méen-le-Grand et par ailleurs ancien médecin libéral rejoint ce qui a été dit précédemment : « la durée d'hospitalisation est différente aussi. Si le médecin ne vient pas, le patient ne sort pas... Il n'y pas de comparaison possible entre salarié et libéral à l'hôpital sur ce sujet. »<sup>29</sup>

Par ailleurs, l'importance de la « qualité » des entrées doit être soulignée. En admettant des personnes qui ne relèvent pas forcément des missions du service en question, sans prêter une attention particulière aux pathologies par exemple, d'une part le service ne remplit pas son rôle et d'autre part, financièrement, l'établissement peut en être affecté. L'exemple le plus courant est celui de la personne âgée qui sort d'une hospitalisation ou des urgences d'un Centre hospitalier de référence et qui est admise en soins de suite et de réadaptation (SSR) alors que son état de santé la destinerait davantage à une admission en service de long séjour, type USLD, voire en EHPAD. Le service tient ainsi lieu de sas avant une institutionnalisation, ce qui peut naturellement fortement jouer sur la DMS, sur les financements mais aussi sur la réputation du service, perçu dès lors comme un service médico-social par les équipes des CH de référence.

Or il semble évident que, pour que les admissions soient réellement choisies en fonction de la nature des pathologies de la personne, il faut qu'une commission d'admission médicale existe et fonctionne dans l'établissement. Ainsi, un fonctionnement sur le salariat apparaît plus adapté pour qu'une telle commission médicale d'admission puisse vivre dans un Centre hospitalier local. Lorsqu'il est nécessaire de donner une réponse dans les 24 ou les 48 heures après qu'un lit se soit libéré, il semble compliqué en effet d'obtenir l'avis systématique d'un médecin libéral alors que l'équipe soignante n'est pas en mesure de savoir précisément quand il va passer. Ainsi au CHL de Montfort-sur-

---

<sup>28</sup> Entretien avec l'auteur – le 18 juin 2014.

<sup>29</sup> Entretien avec l'auteur – le 13 juin 2014.

Meu par exemple, c'est le cadre de santé qui décide des patients admis en service de Médecine / SSR. Au CHL de Saint-Méen-le-Grand aujourd'hui, une commission d'admission réunit les cadres de santé, l'assistante sociale et le directeur. Toutefois, il existe des expériences d'ex hôpitaux locaux fonctionnant avec des médecins libéraux et pourvus d'une telle commission médicale d'admission. Celle-ci existait, de par le dynamisme de ces derniers sur le territoire, au CHL de Saint-Méen-le-Grand avant 2013. Un ancien médecin libéral sur la commune et médecin coordonnateur au CHL, décrit le fonctionnement d'alors :

« Pour les admissions, le groupe de la SCP avait choisi quatre médecins dont je faisais partie. Les demandes d'admission nous étaient proposées par le cadre et on donnait un avis en fonction de ce qu'on pouvait faire, médicalement, dans l'hôpital. Le but surtout c'était d'éviter les candidats au moyen ou long séjour en service de médecine. Ceux que les autres hôpitaux cherchaient à nous refourguer. Toutes les semaines, on faisait le tour des demandes. »<sup>30</sup>

Le fonctionnement en SCP / pôle de santé pluri professionnel à Saint-Méen-le-Grand a permis aux médecins de se répartir des missions au sein de l'ex hôpital local, de la même manière qu'ils s'étaient répartis les rôles au sein de la SCP.

La question des admissions temporaires, transferts vers un Centre hospitalier de référence, se pose également lorsque l'on réfléchit au fonctionnement avec ou sans médecine libérale. En effet, dans plusieurs établissements visités et par ailleurs récemment passés au salariat, des différences ont été constatées à ce sujet, entre avant ce passage et après, notamment à Saint-Méen-le-Grand et au Faouët. Une infirmière du CHL de Saint-Méen-le-Grand revient sur cette question à la suite du passage à une médecine salariée : « Et puis ça peut éviter des transferts inutiles. Parfois, les médecins libéraux disaient de transférer par téléphone. S'ils étaient venus voir le patient, sans doute que certaines fois on aurait pu le traiter ici sans effectuer un transfert. »<sup>31</sup> Ce témoignage a été appuyé par le médecin coordonnateur et rejoint le constat dressé par une IDE du CHL du Faouët.

#### Attractivité et partenariats avec les Centres hospitaliers de référence

Si des coopérations ont pu apparaître avec les autres Centres hospitaliers autour de la gestion des entrées, via l'ARS par exemple en service de SSR avec la mise en place du logiciel ORIS (Outil de Régulation des Inscriptions en SSR / HAD), des coopérations relatives au recrutement du corps médical peuvent également exister,

---

<sup>30</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

<sup>31</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

coopérations qui peuvent avoir un impact sur la réputation de l'établissement d'une part et concomitamment sur l'attractivité du territoire d'autre part.

Si l'on reprend l'exemple du CHL du Faouët, celui-ci vient de recruter un médecin salarié qui exerce également au CH de Quimperlé, ce qui a relancé un éventuel travail en commun autour des retours au CHL du Faouët. Ainsi que le souligne le médecin coordonnateur du CHL : « Aujourd'hui, Le médecin qui vient d'arriver travaille aussi sur Quimperlé. Il a compris le truc, il sait que tout le monde a intérêt à un retour rapide d'UHTCD<sup>32</sup>. Il y a des choses à faire en matière de coopération et il est enthousiaste là dessus. Donc aujourd'hui, on a un peu espoir que notre réputation change. »<sup>33</sup> Le constat est le même au CHL des Marches de Bretagne, ainsi que l'explique la directrice du CHL : « Une convention cadre est en cours de finalisation mais le partenariat médical existe déjà via une activité mixte d'un PH urgentiste à Fougères qui est aussi médecin libéral sur Antrain, collaboratrice en ville du médecin coordonnateur et qui suit ses patients hospitalisés ici. Fougères nous connaît ainsi, connaît notre façon de travailler. »<sup>34</sup>

Ce n'est ainsi pas tant la qualité, salariée ou libérale, du médecin recruté qui prévaut que sa double appartenance, son intervention à la fois au sein du CHL et au sein d'un CH de référence, pouvant ainsi faire le lien entre les deux établissements et faire par là connaître et reconnaître le CHL. Une telle coopération a d'autres avantages pour un CHL qui, du fait de sa capacité réduite en lits sanitaires, a davantage intérêt à recruter plusieurs médecins à temps partiel pouvant assurer mutuellement leurs remplacements qu'un ou deux médecin(s) salarié(s) à temps plein ce qui posera des difficultés lors de leurs congés respectifs. Soulignons enfin à ce sujet et pour les établissements qui nous concernent plus particulièrement ici, que le CHL de Saint-Méen-le-Grand a entamé une coopération avec le CHU de Rennes pour le recrutement à partir de novembre 2014 d'un assistant spécialiste en gériatrie. Ce recrutement à temps partagé a été rendu possible notamment par le passage récent au salariat au sein du CHL de Saint-Méen-le-Grand, le praticien contractuel à temps plein recruté en janvier 2014 pouvant ainsi être placé en qualité de chef de service ou assimilé.

Ainsi, pour résumer cette première partie d'analyse, la présence de médecins généralistes libéraux au sein d'un centre hospitalier local peut être bénéfique pour maintenir un lien ville – hôpital sur le territoire, pour décroquer les différents champs de la santé au niveau local. Ce lien est nécessaire pour améliorer le parcours de santé des personnes, et notamment ici de la personne âgée, mais aussi pour améliorer l'attractivité du territoire et rendre ainsi envisageable un renouvellement de l'offre médicale au sein de déserts médicaux potentiels.

---

<sup>32</sup> Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

<sup>33</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

<sup>34</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

A l'inverse, la présence exclusive de médecins libéraux, a fortiori lorsque ces derniers sont peu impliqués dans le fonctionnement des services de l'hôpital, peut avoir un impact négatif sur les relations entretenues avec les établissements alentour, notamment dans le cadre de la gestion des admissions ou des transferts et plus globalement sur la gestion des flux de patients au sein du service, avec des impacts financiers potentiellement importants.

Une fois analysée la question de la présence de médecins libéraux sous l'angle de l'environnement du centre hospitalier local, il apparaît important à présent de la considérer à partir des enjeux liés au CHL lui-même, en tant qu'établissement public de santé.

## **1.2 Le CHL en tant qu'établissement public de santé. Le corps médical au cœur de la vie institutionnelle et financière de l'établissement**

Le CHL en tant qu'établissement public de santé est soumis à l'obligation d'efficience, faire mieux tout en optimisant les coûts : « faire mieux », démarche conditionnée à la participation proactive des professionnels aux projets, à la vie de l'établissement et en premier lieu du corps médical (1.2.1), tout en « optimisant les coûts », une exigence d'efficience financière à laquelle la gestion du corps médical par la direction n'échappe pas (1.2.2).

### **1.2.1 Du projet médical à la certification : la nécessité d'une participation médicale active aux projets institutionnels de l'établissement**

Les Centres hospitaliers locaux doivent répondre à un certain nombre d'exigences en matière institutionnelle : définition d'un projet d'établissement lié à un projet médical, exigences de qualité et de sécurité des soins évaluées au travers de la démarche de certification, processus d'évaluation externe des établissements de santé porté par la Haute Autorité de Santé (HAS), notamment. Pour répondre à ces exigences, la participation du corps médical est indispensable mais peut se penser de différentes manières.

#### De l'importance de la participation du corps médical à la vie institutionnelle : des situations très hétérogènes selon les établissements visités

La participation du corps médical aux instances est indispensable car, à l'image de la CME, ces dernières constituent, de par les missions qui leur sont conférées, des organes consultatifs nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement. Elle est indispensable également car une présence médicale est requise pour que les décisions prises dans un certain nombre d'entre elles soient valides ou du moins aient du sens, soient suivies d'effet. Leur participation est ainsi expressément prévue par les textes au sein de la CME, de la Commission des Relations avec les Usagers et à la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ PC), du COMEDIMS<sup>35</sup>, du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), dont les existences ne sont désormais plus obligatoires au sein des établissements de santé mais dont l'importance fait qu'ils n'ont pas disparu. Outre ces instances consultatives, le

---

<sup>35</sup> Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

président de la CME, médecin dans l'établissement, est également vice-président du Directoire et jouit à ce titre de prérogatives et d'obligations particulières en matière décisionnelle cette fois<sup>36</sup>.

Soulignons d'emblée que la participation des médecins libéraux à ces instances varie selon les établissements visités, il nous est impossible de tirer des conclusions générales sur ce sujet. Ainsi, aux CHL de Janzé et des Marches de Bretagne et au regard des données recueillies pour 2012-2013, la participation des médecins libéraux aux instances est réelle, avec à chaque réunion la présence d'un tiers ou plus de médecins intervenant dans la structure ; à la différence de celle constatée aux CHL de Montfort-sur-Meu ou du Faouët par exemple, où la participation est toujours très marginale. La problématique de cette participation est d'ailleurs soulignée par le responsable qualité / gestion des risques des deux établissements d'étude :

« Globalement, on n'arrive pas à faire intervenir les médecins libéraux, à les faire participer aux groupes de travail et aux instances. Parfois on profite de la CME pour faire valider des points du CLUD, du COMEDIMS etc, pour faire valider des décisions. C'est validé en cinq minutes en fin de CME. C'est biaisé forcément. Et puis il faut trouver des créneaux horaires pour faire réunir les médecins : 20H30 c'est difficile, certains ne sont pas sortis de leur cabinet, à 12H ça l'est aussi, on a peu de temps, ils doivent repartir rapidement. Il n'y pas de solution idéale.»<sup>37</sup>

Ainsi, même dans les établissements où la présence aux instances est soutenue, il apparaît évident que la participation des médecins libéraux ne peut qu'être limitée dans la mesure où la gestion d'un cabinet médical est chronophage – confère le manque de temps souligné ci-avant par le responsable qualité – et que la culture du médecin libéral ne le prédispose pas d'emblée à une participation active à la vie institutionnelle d'un établissement de santé. Ici encore, le fait que les médecins libéraux soient en exercice regroupé, au sein d'une maison médicale ou d'un pôle de santé, peut faciliter la gestion de la participation à ces instances consultatives. L'exemple du CHL de Saint-Méen-le-Grand avant 2013 à ce sujet est également révélateur, comme en témoigne le médecin coordonnateur du CHL et ancien médecin libéral :

« Quant au fonctionnement des instances, presque tout le monde était impliqué dedans. J'ai été président de la CME pendant longtemps. A chaque CME, il y avait trois à quatre médecins en moyenne. Ça fonctionnait bien. (...) On faisait en sorte qu'il y ait un médecin référent de chaque instance. Le Dr D. était sollicitée quand il y avait des litiges

---

<sup>36</sup> Le Directoire, créé par la Loi HPST, est une instance collégiale, lieu d'échanges des points de vue gestionnaire et médical. Elle appuie et conseille le Directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

<sup>37</sup> Entretien avec l'auteur – le 23 avril 2014.

avec des familles, participait à la CRUQ. Le Dr E. était référent lutte contre la douleur etc. »<sup>38</sup>

Le fait que les médecins se réunissent régulièrement en dehors de l'hôpital permet une organisation du temps médical de ces médecins libéraux, d'optimiser ce temps à la fois dans le maison médicale et à l'égard des obligations qu'ils ont à remplir en dehors.

Notons que cette participation aux instances est rémunérée, sur la base de 5C selon la réglementation en vigueur<sup>39</sup>. Un tableau récapitulatif des rémunérations réglementées des médecins généralistes libéraux en centre hospitalier local est disponible en Annexe 5.

Certains établissements ont également fait le choix de rémunérer la participation des médecins libéraux à des groupes de travail en prévision de la certification HAS par exemple. C'est le cas du CHL des Marches de Bretagne, ainsi que l'explique sa directrice : « Pour la certification, on a eu une implication forte des médecins. Ici aussi, on les a rémunérés sur la base de 15C pour une journée de travail. Les médecins libéraux étaient animateurs de groupe pour le projet médical. On a constitué quatre groupes avec à chaque fois deux médecins au moins. Chaque groupe s'est réuni au moins deux fois, plus les séminaires. »<sup>40</sup>

La rémunération pour ce type de travail est soulignée par l'ensemble des professionnels interrogés comme un préalable nécessaire à l'implication des médecins mais rarement suffisant, l'intérêt que portent les médecins libéraux à ces exigences institutionnelles n'étant pas toujours et de moins en moins présent. C'est le constat qu'a dressé le président de la CME et ancien médecin libéral au CHL de Montfort-sur-Meu, après avoir sollicité ses collègues via un court questionnaire relatif à un passage éventuel, en partie, à une médecine salariée dans les services sanitaires du CHL. Après les avoir relancés une fois, il n'a reçu que quatre retours sur la dizaine de médecins intervenant dans l'établissement, alors que ce questionnement concernait très directement leur intervention dans l'établissement. Une réunion de la CME avait été organisée en soirée sur la même question au CHL du Faouët. Aucun médecin libéral, hormis le président de la CME, n'a souhaité assister à cette réunion. Si cette question peut certes apparaître comme singulière et a pu sembler comme particulièrement « violente » pour un certain nombre de médecins libéraux, cette absence de réponse témoigne tout de même soit d'un désintérêt à l'égard de la vie de l'établissement, soit d'un manque de temps patent leur imposant de privilégier leur activité libérale puis leur vie privée.

---

<sup>38</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

<sup>39</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n°2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le Code de la Santé publique (En ligne). Journal officiel N°0289 du 13 décembre 2007.

<sup>40</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

## Fonctionnement avec des médecins libéraux : Une démarche qualité complexe à mettre en œuvre

La démarche qualité, dont la certification constitue la partie la plus visible, nécessite également une participation active des médecins. Le témoignage du responsable qualité met en évidence l'importance d'un temps médical disponible en continu, tout au long de l'année, avant et après la démarche même de certification. La démarche qualité touche un champ très large allant de la qualité des soins dispensés à la qualité de l'information transmise en passant par les questions de sécurité de la prise en charge.

Le responsable qualité / gestion des risques prend l'exemple de la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « contention » au CHL de Montfort-sur-Meu, exemple qui révèle la difficulté de faire intervenir des médecins libéraux lorsque ces derniers ne sont pas pleinement impliqués dans la vie de l'établissement, ne passent que ponctuellement pour soigner leurs patients, exemple relaté dans l'encadré ci-après.

Face à cette problématique, la rémunération à l'acte des médecins libéraux a été pointée par un certain nombre de professionnels interrogés, à l'instar du médecin coordonnateur du CHL de Montfort-sur-Meu : « Le gros problème pour moi c'est qu'on est toujours sur un système de rémunération à l'acte avec les médecins libéraux. On ne peut pas leur demander beaucoup plus que de suivre leurs patients qui se font hospitaliser. »<sup>41</sup> Ce problème a été repris par l'ANCHL qui préconise « un nouveau mode de rémunération des médecins libéraux intervenant en CHL : (...) Il faudrait intégrer dans leur rémunération, une part plus conséquente de forfaitisation que celle allouée aujourd'hui, qui est quasiment symbolique. »<sup>42</sup> Cette thématique du financement sera plus largement abordée dans la partie suivante.

### **Témoignage du responsable qualité / gestion des risques – CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand<sup>43</sup>**

« Pour l'EPP contention, on a eu des problèmes. On était en train de faire cette EPP quand les experts sont venus, avec la mise en exergue de principes à respecter dans la contention comme l'indication d'une durée de prescription, ce qui n'était pas fait auparavant. La décision a été prise de mettre en place un formulaire de prescription de contention. On a donc montré qu'il y avait une dynamique : avant il y avait des abus, donc

<sup>41</sup> Entretien avec l'auteur – le 17 juin 2014.

<sup>42</sup> ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX. Guide de l'A.N.C.H.L (En ligne). 2014.

<sup>43</sup> Entretien avec l'auteur – le 23 avril 2014.

mise en place du formulaire, envoi du formulaire à l'ensemble des médecins prescripteurs parce que la majorité d'entre eux ne vient pas à la CME... mais on n'avait pas encore réévalué. Un an et demi après on a réévalué.

Dans la réévaluation, on a tiré au sort des dossiers de patients maintenus. On a retrouvé 10% de prescription de contention. Toutes étaient des prescriptions du médecin porteur de l'EPP et même lui n'avait pas réévalué la contention. On voit bien ici le problème lié à la difficulté d'avoir tous les médecins libéraux sur un sujet qui pourtant les intéresse. Si c'était des salariés, on se serait sans doute mieux débrouillé car ils seraient plus au fait des problématiques institutionnelles. »

Par ailleurs, si l'on reprend les points présentés dans la dernière mouture de la certification V2014, nombreux sont ceux qui concernent l'intervention du corps médical. Le responsable qualité / gestion des risques en relève un qui pose particulièrement problème lorsque ce sont des médecins libéraux qui interviennent, problème récurrent, commun à l'ensemble des établissements visités, celui de l'envoi des courriers de sortie d'hospitalisation. Il explique pourquoi : « Les médecins qui prennent en charge les patients ici sont souvent aussi ceux qui les prennent en charge au domicile. Ce sont aussi leurs médecins traitants. Ils ne voient pas l'intérêt de s'envoyer le courrier à eux-mêmes. On peut les comprendre... Dans notre évaluation de 2012, on en avait 3-4% d'envoyés. »<sup>44</sup>

La démarche de certification est la même pour l'ensemble des établissements de santé, n'a ainsi pas fait l'objet d'une adaptation pour les centres hospitaliers locaux. Ainsi, les exigences du monde hospitalier peuvent apparaître en décalage par rapport à la situation que peuvent connaître ces hôpitaux recourant à l'intervention de médecins libéraux et dont la partie sanitaire est souvent très réduite avec relativement peu de moyens humains.

Ainsi globalement, un fonctionnement avec des médecins libéraux rend plus complexe la mise en place de projets institutionnels au sein de l'établissement et, plus spécifiquement, rend plus complexe toute réponse aux obligations de qualité et de sécurité inhérentes à tout établissement public de santé.

---

<sup>44</sup> Entretien avec l'auteur – le 23 avril 2014.

## **1.2.2 Un établissement public soumis à l'obligation d'efficience financière. Les enjeux financiers au cœur des choix de la direction quant au fonctionnement médical**

Actuellement, de nombreux CHL sont encore sous dotation annuelle de fonctionnement (DAF). Avec le passage prévu en 2015 à la tarification à l'activité (T2A) pour les services de médecine de l'ensemble des CHL et en 2016 pour les services de SSR, informatisation par les médecins de la production de soins (du remplissage du dossier du patient au codage des actes réalisés) et ressources financières vont être liées, d'où de nouvelles exigences quant au fonctionnement médical de ces ex hôpitaux locaux.

### Etude de coût entre médecine salariée et médecine libérale : l'exemple d'un service de Médecine / SSR de 60 lits

Lorsqu'il s'agit de questionner le recours à une médecine libérale dans les centres hospitaliers locaux, une analyse de coût apparaît nécessaire, comparaison entre les deux fonctionnements, libéral et salarié. Force est de constater que cette analyse n'est pas évidente à réaliser et nous oblige à envisager une série de facteurs pouvant induire surcoûts ou économies selon l'un ou l'autre des fonctionnements. Quant à la rémunération brute tout d'abord, celle-ci dépend :

- dans un fonctionnement avec une médecine libérale, du nombre de consultations réalisées et de la participation aux instances et groupes de travail rémunérés (cf tableau ci-après).
- dans un fonctionnement avec des médecins salariés, des prétentions salariales des médecins recrutés et du nombre de médecins nécessaire pour faire fonctionner le service.

Ces rémunérations brutes peuvent donc varier en fonction des situations propres à chaque établissement. Deux témoignages cependant peuvent nous permettre d'effectuer une première approche de ce sujet.

« Au niveau du coût, explique le président de l'ANCHL et directeur du CHL de Lamballe (22), j'évalue à 120000-150000 euros brut pour un médecin gériatre salarié à temps plein et à 30000 euros en moyenne le paiement à l'acte de temps de médecin libéral pour le même nombre de patients pris en charge. La différence est significative. »<sup>45</sup> Ce témoignage est à mettre en parallèle avec celui du directeur adjoint, responsable du site de Saint-Méen-le-Grand, qui souligne que « la différence entre le recours aux médecins libéraux et aujourd'hui se situe autour de 30000 euros. Elle est donc marginale. »<sup>46</sup> Il est vrai que le calcul est réalisé alors qu'un seul médecin salarié à temps plein avait été recruté à Saint-Méen-le-Grand avec une prévision d'un mi-temps

<sup>45</sup> Entretien avec l'auteur – le 22 janvier 2014.

<sup>46</sup> Entretien avec l'auteur – le 19 juin 2014.

supplémentaire sur six mois, temps insuffisants à terme pour assurer le bon fonctionnement du service. Il serait donc possible de situer l'écart en terme de rémunération entre les deux fonctionnements sur une fourchette allant de 100 000 à 150 000 euros pour le CHL de Saint-Méen-le-Grand disposant de 60 lits de médecine / SSR.

Par ailleurs, de nouveaux coûts induits doivent être pris en compte lorsqu'il est envisagé de passer au « tout salariat » ou du moins au recours à des médecins salariés, coûts que nous allons étudier à présent.

#### Assurer la continuité des prises en charge : la question des remplacements

Les avantages financiers d'un fonctionnement avec des médecins libéraux sont nombreux. Le directeur du CHL de Lamballe, dont les services sanitaires fonctionnent avec des médecins salariés, en évoque un : « il y a un certain nombre de paramètres à prendre en compte quand on pense à passer au salariat. Parmi eux, les congés annuels, les RTT : cela implique des problèmes récurrents de remplacement. Or, nous on a des difficultés à recruter actuellement. C'est problématique. »<sup>47</sup> La thématique des remplacements a également été soulignée par le directeur adjoint responsable du site de Saint-Méen-le-Grand : « On a recruté un médecin à temps plein. C'était clairement insuffisant, il ne pouvait pas prendre de congés. Aujourd'hui, même avec un médecin à temps plein et un médecin à mi-temps ça risque d'être juste. On estime qu'il faudrait au moins 2 ETP pour que le service (de 60 lits ndla) puisse fonctionner correctement. »<sup>48</sup> Avec un fonctionnement avec des médecins libéraux, la question du remplacement se pose d'une manière différente puisque ces derniers sont en mesure d'assurer ponctuellement la prise en charge des patients de leur collègue absent ou parti en congés. De par leur nombre et dans la mesure où chacun d'entre eux ne prend en charge qu'un petit nombre de patients au sein du CHL, un remplacement ne pèse pas de manière trop conséquente sur les épaules des collègues.

#### Une présence accrue du corps médical dans le service induisant des coûts supplémentaires éventuels

Autre surcoût dû au passage au salariat, l'augmentation du nombre de consultations et subséquemment du nombre d'actes, avis de spécialistes, transferts éventuels a été envisagée par plusieurs professionnels interrogés. Le témoignage de la secrétaire médicale du CHL de Saint-Méen-le-Grand comparant la situation du service avant et après l'arrivée de médecins salariés rend compte de cette problématique : « le point négatif ça va être sur les dépenses. Il y a beaucoup plus de scanners / radios, de biologies, de transports, d'avis sur des consultations avec des médecins salariés. Là on

---

<sup>47</sup> Entretien avec l'auteur – le 22 janvier 2014.

<sup>48</sup> Entretien avec l'auteur – le 19 juin 2014.

en est peut-être à deux fois plus. »<sup>49</sup> Elle explique cet état de fait par l'augmentation parallèle du nombre de consultations alors que le médecin salarié recruté en janvier passe tous les jours ou tous les deux jours voir ses patients en médecine et en SSR, soit ici aussi environ deux fois plus que les médecins libéraux auparavant. Il n'est pas question ici de s'interroger sur le caractère adéquat de ces prescriptions mais bien de pointer une différence induite par deux fonctionnements distincts.

Si un passage au salariat peut induire des surcoûts, à l'inverse, certains directeurs interrogés ont pointé les économies que le recours à des médecins salariés pourrait engendrer. Le directeur du CHL du Faouët a ainsi mis en avant des économies potentielles dues à une évolution des prises en charge avec le recours au salariat sous deux formes : une meilleure qualité des prescriptions d'une part et une technicité accrue permettant de prendre en charge des patients avec un « niveau de sévérité » plus important.

#### Une meilleure qualité des prescriptions – une technicité accrue : synonymes de recettes nouvelles ?

Le témoignage du directeur du CHL du Faouët est ici intéressant, alors que trois médecins salariés à mi-temps sont amenés désormais à intervenir dans les services sanitaires de l'établissement :

« J'espère aussi une augmentation des recettes... augmentation du taux de sévérité, de la technicité ce qui induirait une valorisation financière si passage à la T2A. Mais même hors passage à la T2A, j'espère que l'ARS revalorisera notre dotation si celle-ci est désormais nettement sous dotée par rapport aux recettes théoriques qu'il y aurait en T2A. »

Il ajoute : « J'ai pris rendez-vous avec une clinique privée lucrative de Lorient pour qu'elle nous envoie des patients en SSR avec un niveau de sévérité plus important. Je prends le risque de faire monter la charge en soins. »<sup>50</sup> L'ARS Bretagne a édité un tableau comparatif rassemblant des données sur l'ensemble des centres hospitaliers locaux bretons, mesurant l'écart entre la DAF Médecine ou SSR et les recettes théoriques en T2A<sup>51</sup>. Il est vrai, nous le verrons dans la troisième partie de cette analyse, que le passage au salariat est souvent synonyme – de manière logique avec un temps passé au lit du patient et un temps passé à remplir son dossier médical de fait potentiellement plus conséquents – de prescriptions plus précises, plus développées.

Le directeur du CHL du Faouët espère également dans ce cadre travailler sur les coûts évitables : « pour les transports sanitaires : il y a un fort risque d'augmentation du

<sup>49</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

<sup>50</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

<sup>51</sup> Tableau disponible en Annexe 5.

coût. Surtout pour nous qui sommes un établissement loin d'un CHU. Le fait d'avoir des médecins salariés permettra de faire le tri. Avant, on organisait et on payait le transport. Si ça ne fait pas partie du projet thérapeutique, il n'y a pas de raison de l'envoyer à nos frais, par exemple à des consultations d'ophtalmo pour un patient en SSR... »<sup>52</sup>.

Enfin, les directeurs des CHL de Saint-Méen-le-Grand et du Faouët ont tous les deux mentionné une dernière incidence financière indirecte, mais non négligeable, avec un passage au salariat. Le directeur du CHL du Faouët la résume ainsi : « J'espère obtenir également une meilleure qualité de vie au travail du personnel paramédical : quand elles n'arrivaient pas à contacter le médecin libéral, elles le vivaient mal, pas de caution médicale. Donc j'espère qu'à moyen terme il y ait moins d'arrêts de travail... »<sup>53</sup>.

Cette partie sur les enjeux financiers liés au recours ou non à une médecine libérale permet de mettre en lumière des écarts de coût potentiellement importants selon le mode de fonctionnement choisi, salarié ou libéral. Ainsi il apparaît essentiel, avant tout passage à une médecine salariée, de mener une étude exhaustive et contextuelle des surcoûts potentiels induits par tel ou tel mode de fonctionnement médical.

Après avoir étudié notre sujet d'abord sous l'angle large du territoire d'implantation du CHL puis sous celui du CHL lui-même en tant qu'établissement public de santé, il nous faut à présent analyser les enjeux liés au recours à une médecine libérale quant à ses impacts potentiels sur l'organisation et le fonctionnement des services sanitaires eux-mêmes.

---

<sup>52</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

<sup>53</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

### **1.3 Une organisation et un fonctionnement des services sanitaires en CHL soumis aux modalités d'intervention médicale**

Le corps médical se situe au cœur de la vie d'un service sanitaire de CHL. Il est sollicité par l'ensemble des professionnels dans leur travail quotidien et oriente le travail de l'équipe soignante auprès de chaque patient (1.3.1). Mais il est également soumis à une double obligation conditionnant l'existence de ces services sanitaires : l'obligation de permanence des soins d'une part et l'obligation de continuité des soins d'autre part (1.3.2).

#### **1.3.1 Du nécessaire travail en équipe au travail individuel des professionnels de l'hôpital. Une disponibilité et une implication du corps médical conditionnant une prise en charge efficiente des patients**

a) *Le travail en service sanitaire d'un Centre hospitalier local : un travail d'équipe.*

Nombre de professionnels – IDE, aides-soignantes, psychologue, cadre de santé, médecins etc. – interviennent en services de Médecine / SSR. Leur coordination, au quotidien via des échanges informels et au travers de staffs hebdomadaires, est indispensable pour un suivi efficient, sans rupture, du patient à l'hôpital et en dehors. Au cœur de ce travail en équipe, le médecin, en tant que prescripteur notamment, se doit d'une part de bien connaître le fonctionnement du service, ses enjeux, son organisation et d'autre part d'être un bon communicant auprès des autres professionnels de santé.

#### L'importance de la connaissance du fonctionnement et de l'organisation du service par le corps médical

La connaissance par le corps médical du fonctionnement et de l'organisation du service est un préalable à un travail en équipe efficient, préalable qui n'est cependant pas toujours rempli. Rappelons une nouvelle fois qu'à la différence d'un praticien hospitalier, le médecin libéral ne passe que ponctuellement dans le service et peut être peu au fait des modalités de fonctionnement de ce dernier. C'est le constat que dresse notamment le cadre de santé du service de médecine / SSR du CHL de Montfort-sur-Meu. Il prend deux exemples, montrant par ailleurs l'impact de cette méconnaissance potentielle sur le travail quotidien des infirmières :

« Il y a beaucoup de contraintes pour les IDE à travailler avec les libéraux. Par exemple, le fait que les piluliers soient préparés pour la semaine, je ne sais pas certain

que tous les médecins le sachent. Donc, s'il y a un changement de prescription, ça a des conséquences dont il faut tenir compte. » Il poursuit : « Par ailleurs, un changement de prescription le soir, c'est une demi-heure de rab pour l'infirmière le soir. On n'a pas envie de laisser les ordonnances pour celle de nuit. Donc elles débordent et ça ce n'est pas bien. C'est la preuve d'un dysfonctionnement. Si les médecins ne venaient pas le soir, ça réglerait bien des choses. »<sup>54</sup>

Ce problème de la présence du médecin libéral à des heures inappropriées pour l'équipe soignante, dû à la difficulté pour un médecin libéral de coupler son activité en cabinet et son activité à l'hôpital, a été soulevé par un certain nombre de professionnels interrogés, mettant en avant, comme dans le témoignage précédent, un impact important sur le travail du personnel soignant. Le témoignage d'une infirmière du CHL du Faouët complète celui apporté précédemment par le cadre de santé :

« Avant, on était obligé de refaire le pansement le midi par exemple avec le Dr L. qui ne passait que le midi. Ce n'était vraiment pas pratique, ça désorganisait le service. Et puis c'était pendant le repas, donc ce n'était pas bon non plus pour le patient. Maintenant (depuis le passage à une médecine salariée ndla) c'est sûr que c'est plus agréable, plus confortable pour le patient, on regroupe les soins de la journée. Au niveau de l'ergonomie c'est mieux quand ils sont allongés quand on fait les pansements. »<sup>55</sup>

L'impact sur la qualité de la prise en charge des patients est donc également relevé ici. Une infirmière du CHL de Saint-Méen-le-Grand revient sur cet impact sur la qualité de la prise en charge, non plus quant aux horaires inappropriés de passage mais quant à la durée du passage du médecin libéral et au séquençage, parfois, des interventions, ce qui peut compliquer le travail de l'équipe soignante : « Leur clientèle de ville leur impose d'être ponctuel donc ils ne pouvaient pas dépasser le temps imparti. Il fallait donc être rapide, concis. Tout voir en une heure parce qu'ils n'avaient pas le temps. Donc ce qui ne pouvait être vu en une heure, était vu le soir à la contre visite. »<sup>56</sup>

Enfin, d'autres professionnels ont insisté sur le caractère sécurisant pour le personnel soignant intervenant dans le service de la présence d'un médecin salarié toute la journée, notamment pour répondre aux urgences. Le témoignage de l'infirmière du CHL du Faouët est, ici aussi, intéressant : « Avant, si on avait une ordonnance papier du médecin libéral pour une entrée l'après-midi, le médecin pouvait être passé le matin et ne plus revenir après. Donc tout le week-end on restait avec cette ordonnance papier... D'une part ce n'est pas légal, on doit avoir une ordonnance de l'hôpital à l'entrée du patient, du coup nous IDE on se sent responsable. D'autre part, souvent on a du mal à les

---

<sup>54</sup> Entretien avec l'auteur – le 18 juin 2014.

<sup>55</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

<sup>56</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

relire quand c'est une ordonnance manuscrite, on ne connaît pas l'écriture de tous les médecins libéraux. »<sup>57</sup>

Le cadre de santé de Médecine / SSR du CHL de Montfort-sur-Meu fait part quant à lui de sa difficulté à faire évoluer l'organisation du temps médical face aux horaires décalés de passage des médecins libéraux : « On connaît les habitudes de passage des médecins mais on ne sait pas exactement quand ils viennent. On peut se retrouver avec trois médecins et une seule IDE disponible, ce n'est pas tenable. Mais à moins de gendarmier, on ne peut pas échapper au fait que certains viennent le midi ou tard le soir. Et si je le fais, ils risquent de ne plus venir. »<sup>58</sup>

S'il n'est pas question ici de conclure de manière générale sur cette question, ces témoignages individuels ne pouvant résumer l'ensemble des situations existant dans les ex hôpitaux locaux, en revanche ils reflètent le vécu des autres professionnels interrogés dans le cadre de ce travail, vécu d'une difficulté récurrente quant à l'intervention de médecins libéraux en centre hospitalier local. Cette difficulté est relative à l'adaptation de ces derniers au fonctionnement des services : besoin d'une présence à des horaires appropriés pour le service et besoin d'un temps disponible conséquent.

#### L'importance de la qualité des échanges informels entre le corps médical et les professionnels de santé du service

Autre élément essentiel pour une bonne continuité des soins entre les professionnels du service, la transmission des informations orales entre eux est essentielle et en premier lieu entre médecins et infirmières. Or, selon un certain nombre de professionnels interrogés, la qualité des échanges peut différer selon le statut du médecin. Une infirmière du service de Médecine / SSR du CHL de Saint-Méen-le-Grand, ayant assisté à l'arrivée d'un médecin salarié, rend compte de cette problématique :

« Au CH de Barentin, il y avait trois praticiens hospitaliers et il y avait un échange. Quand un patient n'allait pas bien, on voyait ça ensemble. Là ce n'est pas forcément le cas, c'est peut-être en partie lié au fait que le Dr A. est un ancien médecin généraliste libéral. Il est habitué à travailler et à avoir sa façon de voir les choses, sans la remettre en question forcément. Pourtant ce serait intéressant... même pour nous, qu'on nous explique les choses. C'est dommage ce manque d'échange. Pour les patients constipés, douloureux, en fin de vie... Et puis, il ne s'est pas adapté au mode de travail hospitalier. Il fait sa visite d'abord et voit ensuite les éventuelles urgences. Quand on lui dit qu'il y a une urgence, il nous répond après la visite... Ce n'est pas possible ce mode de fonctionnement ! »<sup>59</sup>

Ce manque d'échange est également relevé par le cadre de santé du service de Médecine / SSR du CHL de Saint-Méen-le-Grand : « Comme par essence, les médecins

---

<sup>57</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

<sup>58</sup> Entretien avec l'auteur – le 18 juin 2014.

<sup>59</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

libéraux sont dans un milieu isolé, individualiste, c'est compliqué. Ils n'échangent pas avec l'équipe. Personne n'est venu échanger sur l'organisation avec moi, si on pouvait fonctionner autrement. (...) Le médecin est trop réduit dans un rôle de prescripteur. »<sup>60</sup>

#### L'importance de la participation du corps médical aux staffs pluri professionnels

Outre l'importance des échanges informels avec les professionnels du service, échanges qui ne peuvent être constructifs que si le temps passé dans le service est suffisant et si le médecin connaît suffisamment le métier des autres professionnels de santé et leurs modalités d'intervention au sein du service, les échanges formalisés au travers de staffs sont également indispensables à une prise en charge efficace des patients, à leur suivi.

La mise en place de staffs hebdomadaires a été envisagée dans les deux CHL de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand en 2014, préalables à la mise en place de projets thérapeutiques pour les patients de SSR des deux établissements. Le projet thérapeutique a pour objectifs la bonne prise en charge du patient pendant l'hospitalisation, en lien avec ses attentes, la préparation de sa sortie. Celui-ci suppose donc un diagnostic préalable précis, révisé régulièrement au cours du séjour, ainsi qu'une durée prévisionnelle de séjour révisée régulièrement également. Des staffs récurrents s'imposent ainsi dans ce cadre. Si ces staffs devraient voir le jour à l'été 2014 au CHL de Saint-Méen-le-Grand grâce à l'implication des deux médecins salariés récemment recrutés, en revanche, ces staffs apparaissent compliqués à mettre en place au CHL de Montfort-sur-Meu du fait en grande partie du fonctionnement avec des médecins libéraux. En effet, il est difficile d'avoir une présence des médecins libéraux intervenant dans le service chaque semaine à une heure fixe. Le fait qu'il y ait un grand nombre de médecins libéraux, peu au fait des évolutions du service, rend délicate en effet la mise en place de tels staffs qui requièrent la présence du ou des médecins traitants concernés par les dossiers abordés.

En résumé, le travail en équipe au sein du service suppose une implication du corps médical, à la fois dans sa connaissance du fonctionnement du service, dans ses évolutions et dans la communication avec les autres professionnels concernés. De par les modalités d'intervention des médecins libéraux, ces impératifs sont de fait plus difficiles à respecter que pour des médecins salariés.

Outre ces impératifs de travail en équipe, c'est également dans le travail individuel de chaque professionnel de l'hôpital que le corps médical est amené à jouer un rôle important.

---

<sup>60</sup> Entretien avec l'auteur – le 31 mars 2014.

b) *Le corps médical au cœur du travail individuel des professionnels. De l'assistante sociale à la diététicienne, retours d'expérience*

Il s'agit ici de rendre compte de retours d'expérience de différents professionnels (assistante sociale, diététicienne et secrétaire médicale) intervenant dans les services sanitaires des deux centres hospitaliers locaux d'étude et ayant donc connu à la fois un fonctionnement avec des médecins libéraux et un fonctionnement avec des médecins salariés. En effet, le corps médical se situe, dans le travail de ces professionnels, au cœur de leurs problématiques, à l'image de celui du responsable qualité / gestion des risques comme nous l'avons vu précédemment.

L'assistante sociale du CHL de Saint-Méen-le-Grand relève par exemple la plus grande disponibilité du médecin salarié avec une formalisation de leurs échanges. Elle le relate ainsi : « Avec le médecin salarié, on a des points institués quotidiens donc c'est beaucoup plus pratique. Autour de 13H45 après le déjeuner en général. Ça permet de faire le point sur les patients qui viennent de rentrer et ceux pour lesquels des choses sont à revoir, ou encore les patients qui vont bientôt sortir. Ça va dans les deux sens. »<sup>61</sup>

La diététicienne intervenant dans les deux établissements met en avant quant à elle le manque d'intérêt manifesté globalement par les médecins libéraux à l'égard de son travail. « Sur Saint-Méen, explique-t-elle, l'arrivée du Dr A. a été extrêmement positive pour moi. Il s'est très vite intéressé aux problématiques nutritionnelles, il se montre sensible à la question de la nutrition et c'est déjà un grand pas. J'ai mon taux d'albumine. » Elle ajoute : « Le fait qu'il soit disponible en journée pour échanger, c'est beaucoup plus constructif. Parce que c'est sûr, le gros point noir avec les médecins libéraux c'est la communication et l'échange. Le Dr B. (médecin libéral intervenant encore dans le service ndla) je l'ai vu pour la première fois la semaine dernière, alors que ça fait plusieurs années que je suis ici. »<sup>62</sup> La diététicienne relève ici un problème souligné par tous les corps de métier intervenant dans l'hôpital, soignant et administratif : le fait que nombre de médecins libéraux ne passent pas aux horaires administratifs ou habituels de nombreux professionnels exerçant à l'hôpital, de 9H00 à 17H00. Elle explique comment elle contourne cette difficulté : « Sur Montfort, pour échanger avec les médecins libéraux je fais passer des notes aux IDE qui les font passer aux médecins libéraux, et vice versa. Je dois donc attendre plusieurs jours souvent pour avoir une réponse et parfois je n'en ai même pas. » Elle ajoute : « Et puis il faut bien voir que les médecins généralistes libéraux ne sont pas du tout formés à la diététique, ça ne les intéresse pas. J'étais à un groupe de travail du pôle de santé de Montfort sur le diabète et plus généralement sur la nutrition et

---

<sup>61</sup> Entretien avec l'auteur – le 29 avril 2014.

<sup>62</sup> Entretien avec l'auteur – le 12 mai 2014.

les médecins libéraux ont souligné qu'ils avaient un gros manque de connaissance sur ce sujet. »<sup>63</sup> Comme pour l'ensemble de ces témoignages individuels, il est important de replacer ce dernier dans son contexte et de ne pas généraliser ces propos. Tous les médecins libéraux ne sont pas désintéressés des questions relatives à la nutrition comme, de la même manière, tous les praticiens hospitaliers n'ont pas d'appétence particulière avec cette question. Mais, dans le cadre de nos préconisations ultérieures relatives à nos deux établissements d'étude, ce témoignage doit être considéré.

Un autre témoignage, celui de la secrétaire médicale du CHL de Saint-Méen-le-Grand, est particulièrement révélateur des différences constatées entre travail avec un médecin libéral et avec un médecin salarié, différences perçues ou réelles. La secrétaire médicale souligne la difficulté à travailler avec un grand nombre d'acteurs différents, quand le service fonctionne avec de nombreux médecins libéraux. Elle l'évoque en ces termes : « Avec les médecins libéraux, j'avais fait un courrier type pour les sorties et les entrées. Le compte-rendu d'hospitalisation sera obligatoire avec le passage à la T2A. Certains médecins libéraux faisaient les courriers d'autres non. Donc pas tous loin de là. On a retravaillé le courrier d'arrivée et le compte-rendu d'hospitalisation avec les médecins salariés. Je reprends les données et les envoie au médecin traitant. Ils le font systématiquement maintenant. »<sup>64</sup>

### **1.3.2 Permanence des soins et continuité des soins : grands enjeux du recours à une médecine libérale dans les CHL**

#### *a) La permanence des soins : une mission de service public s'imposant au corps médical*

La notion de continuité des soins est différente de celle de permanence des soins qui est définie « comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. »<sup>65</sup> L'article L 6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la Loi H.P.S.T du 21 juillet 2009 la reconnaît comme une mission de service public. Relevons ici enfin, à

---

<sup>63</sup> Entretien avec l'auteur – le 12 mai 2014.

<sup>64</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

<sup>65</sup> RAPPORT AU MINISTRE DE LA SANTE sur la permanence des soins (En ligne), par M. Charles DESCOURS, Sénateur honoraire. Janvier 2003.

l'instar des conclusions du rapport DESCOURS de 2003<sup>66</sup>, que la permanence des soins ambulatoires repose sur le volontariat des médecins libéraux.

La permanence des soins concerne ainsi, dans notre cas d'étude, les périodes comprises entre 20H et 8H en semaine et le week-end du samedi midi au lundi matin 8H. Durant cette période, un système formalisé et sectorisé de permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été mis en place par l'Agence Régionale de Santé de Bretagne, avec une régulation des appels via le Centre 15, et des médecins libéraux volontaires répartis par secteur qui interviennent en fonction des besoins. Mais, d'une part ce dispositif est peu sécurisant pour les patients d'un centre hospitalier local, peut être coûteux pour l'hôpital et, d'autre part, il est susceptible de poser des problèmes pour la réalisation de certaines des missions dévolues à un ex hôpital local, notamment la réalisation d'admissions le week-end. C'est l'exemple « fil rouge » que nous prendrons ici pour évoquer l'importance d'une réflexion sur l'organisation du temps médical pendant les périodes dites de permanence des soins.

Ainsi, dans certains CHL bretons, a été mis en place un système d'astreinte le week-end, en plus de la PDSA régionale, par les médecins libéraux intervenant dans l'hôpital, permettant une plus grande réactivité et de réaliser des admissions dans les services de Médecine / SSR le week-end.

L'exemple du CHL de Janzé est sur ce point intéressant. Les médecins libéraux du secteur assurent la PDSA à la maison médicale de garde de Retiers, à 15 km de Janzé. Depuis le début de l'année 2013, sur décision unanime des membres de la CME du CHL, le médecin de garde à Retiers, quand il s'agit d'un médecin de la commune de Janzé, est aussi d'astreinte au CHL de Janzé. Quand il s'agit d'un médecin hors commune de Janzé, d'autres médecins libéraux de Janzé qui du fait de leur âge notamment ne prennent pas de garde à Retiers, ont accepté de réaliser les astreintes manquantes au CHL. La directrice du CHL de Janzé explique les avantages de ce système, notamment pour l'équipe soignante : « Cette astreinte rassure les équipes et puis ça optimise la prise en charge. Ce sont des médecins qui interviennent dans l'établissement, qui viennent sans passer par le Centre 15. C'est vraiment un bon point.»<sup>67</sup> Le président de la CME et médecin généraliste libéral met un bémol quant à ce système : « On est quatre médecins à ne pas faire les gardes à Retiers mais à faire les astreintes quand il n'y a personne, on bouche les trous. Et à quatre, on doit faire 75% des astreintes à l'hôpital. »<sup>68</sup>

Ainsi, ce système fonctionne en grande partie sur la bonne volonté de quelques médecins généralistes libéraux qui le font tenir. Malgré tout, le médecin coordonnateur du CHL souligne le bon fonctionnement actuel de ce système d'astreinte : « On n'est pas très

---

<sup>66</sup> Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins – Charles DESCOURS – à M. le Ministre de la Santé JF MATTEI – 22 janvier 2003.

<sup>67</sup> Entretien avec l'auteur – le 24 juin 2014.

<sup>68</sup> Entretien avec l'auteur – le 24 juin 2014.

dérangé. Il y a un ou deux appels par week-end. Et puis les médecins passent le samedi midi pour voir s'il n'y a pas de soucis particuliers pour leurs patients. Moi je le fais par exemple. (...) Ça fonctionne à 90% aujourd'hui, c'est bien. »<sup>69</sup>

La directrice du CHL ajoute qu'à partir de septembre 2014 des admissions directes vont être réalisées le week-end via un partenariat avec le service des urgences du CHU de Rennes.

Des astreintes le week-end sont également réalisées au CHL des Marches de Bretagne par les médecins libéraux intervenant dans la structure. Il en découle une plus grande fluidité des entrées et des sorties dans ces services, avec ainsi potentiellement un accroissement du nombre de séjours, une réduction des durées moyennes de séjour, des avantages également pour les centres hospitaliers de référence partenaires avec un désengorgement de leurs services d'urgence le week-end.

Soulignons surtout ici que c'est bien le fait que ces établissements fonctionnent en tout ou partie via l'intervention de médecins libéraux qui permet la mise en place de ce système d'astreinte le week-end.

Ainsi, le CHL de Saint-Méen-le-Grand avait également été contacté par le CHU de Rennes pour la mise en place d'admissions le week-end mais n'y a pour l'instant pas donné suite notamment en raison d'une impossibilité pour les deux médecins salariés intervenant dans le service d'assurer à eux seuls les astreintes. Par ailleurs, il apparaît inenvisageable de demander aux médecins libéraux de n'intervenir que dans le cadre d'une permanence des soins. Le Président de l'AGHL a relevé cela : « C'est très compliqué d'assurer la PDSA quand on n'intervient plus dans l'établissement. Un médecin libéral n'aura jamais envie de ne faire que de la PDSA. C'est pour ça qu'il faut laisser la porte ouverte aux médecins libéraux. S'il ne vient à l'hôpital que pour la PDSA c'est qu'il est vraiment gentil... »<sup>70</sup>.

*b) De la continuité clinique à la continuité de l'information : regards autour du rôle du corps médical dans la continuité des soins en CHL*

La continuité des soins peut être définie, avec Marie-Alice BOUSQUET, comme un moyen, un système permettant « d'assurer le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert

---

<sup>69</sup> Entretien avec l'auteur – le 24 juin 2014.

<sup>70</sup> Entretien avec l'auteur – le 14 mai 2014.

interdisciplinaire des données le concernant. »<sup>71</sup> De là découlent l'importance d'une présence médicale récurrente auprès du patient et la nécessité de coordination pour le suivi optimal des patients. Le dossier médical joue un rôle important pour exercer au mieux ces soins longitudinaux.

A l'instar de la définition donnée par le Dr BRAMI, il est possible de l'envisager à partir de deux aspects : la continuité clinique et la continuité de l'information. « La continuité clinique, nous explique-t-il, est celle qui est prodiguée par un professionnel ou un groupe de professionnels au cours du temps. Elle implique une bonne connaissance du patient par le ou les soignants, permettant une approche globale de la prise en charge. La continuité de l'information implique le transfert correct de celle-ci, par exemple grâce au dossier médical partagé. L'information transmise comporte les événements marquants, les risques particuliers, les conseils et les préférences des patients. »<sup>72</sup>

La continuité des soins est par ailleurs une nécessité posée par le Code de Déontologie Médicale en son article 47 « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. » Le manuel de certification des établissements de santé de la HAS<sup>73</sup> mentionne à plusieurs reprises la continuité des soins. Nous pouvons citer à titre d'exemple le critère 4B : « Une politique du dossier du patient est définie afin d'assurer la qualité et la continuité des soins », ou encore le critère 37B : « La continuité de la prise en charge après la sortie est organisée, notamment en veillant à la transmission des informations relatives à la prise en charge. »

La continuité des soins suppose ainsi un passage récurrent du médecin au lit du malade, en fonction des besoins en soins du patient, et donc notamment, naturellement, le remplacement de ce dernier pendant ses absences / congés. Le directeur du CHL de Lamballe (22) et président de l'ANCHL évoque cette nécessité du remplacement du médecin libéral et les difficultés que cela peut entraîner pour la direction : « Les directeurs n'ont aucune relation hiérarchique avec les médecins libéraux, on ne maîtrise pas leurs congés par exemple, problématique pour les remplacements. Il y a eu une guerre entre les cabinets médicaux à Lamballe, ils sont tous partis en vacances au mois d'août : gros problème. »<sup>74</sup> L'on avait évoqué auparavant le coût du remplacement dans un fonctionnement avec des médecins salariés, l'on voit que la question des remplacements peut également poser problème, dans certaines circonstances, lorsque l'établissement fonctionne via l'intervention de médecins libéraux.

---

<sup>71</sup> BOUSQUET M.-A., 2013, *Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*, Thèse pour le Doctorat en Médecine générale : Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie. P. 51.

<sup>72</sup> BRAMI J., Décembre 2010, « Continuité des Soins et Soins primaires », *DPC et Pratiques*, n°50. En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1003731/fr/continuite-des-soins-et-soins-primaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1003731/fr/continuite-des-soins-et-soins-primaires)

<sup>73</sup> Manuel de certification des établissements de santé V2010 – édition janvier 2014. En ligne : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)

<sup>74</sup> Entretien avec l'auteur – le 22 janvier 2014.

Quant aux « passages récurrents » du médecin, la réglementation a fixé un nombre de passages moyen pour un service de médecine et pour un service de SSR, sans que ces nombres ne soient opposables toutefois : en service de médecine, une consultation par jour et par patient pendant les 15 premiers jours d'hospitalisation et en service de SSR trois consultations par semaine en moyenne. Si ces chiffres ne sont qu'indicatifs, ils donnent un aperçu des attendus médicaux dans un service sanitaire.

Après avoir interrogé une vingtaine de professionnels, tous ont relevé qu'il apparaissait impossible pour un médecin libéral de passer quotidiennement voir l'ensemble de ses patients en service de Médecine. Au CHL du Faouët, à la suite d'une visite de conformité en service de SSR où l'ARS a relevé un problème de continuité des soins, la direction et le président de la CME ont proposé aux sept médecins libéraux intervenant dans le service de Médecine / SSR un référentiel<sup>75</sup> se basant sur ces chiffres indicatifs. Aucun n'a accepté l'entièreté de ce référentiel, motivant ce refus par leur impossibilité, au regard notamment d'une démographie médicale déclinante sur le territoire, de se rendre de manière quotidienne à l'hôpital.

Pour pallier ces difficultés, une permanence de semaine a été mise en place dans certains établissements recourant à l'intervention de médecins libéraux, sous la forme d'une contre visite en fin de journée. Ce fut le cas, comme nous l'avons déjà relevé, au CHL de Saint-Méen-le-Grand avant 2013. Au CHL de Janzé, cette contre visite est actuellement envisagée par la directrice. Elle en souligne l'intérêt : « La permanence de semaine, cela veut dire qu'on aurait un médecin qui viendrait chaque jour effectuer une sorte de contre visite d'une heure trente, deux heures. Pas toujours le même évidemment. Par exemple, ils pourraient intervenir pour une urgence, un patient qui décompense, pour un traitement à valider, même d'un patient d'un confrère. Et puis il pourrait répondre aux questions des IDE, et faire les entrées qui n'avaient pas été faites. Ce serait un temps de présence médical précieux. »<sup>76</sup>

La continuité des soins suppose en effet également une réponse aux besoins du patient, y compris ceux auxquels une réponse en urgence doit être apportée. Dans ce cas précis, certaines difficultés sont apparues dans les établissements fonctionnant via l'intervention de médecins libéraux. Lorsque le médecin libéral n'a pas le temps de passer en journée, il peut arriver que des prescriptions soient réalisées par téléphone. C'est ce qui a été constaté dans les CHL de Montfort-sur-Meu et du Faouët notamment. Le cadre de santé du service de Médecine / SSR du CHL de Montfort-sur-Meu souligne les

---

<sup>75</sup> « Référentiel d'intervention médicale ». Disponible en Annexe 6.

<sup>76</sup> Entretien avec l'auteur – le 24 juin 2014.

problèmes que cela pose pour l'équipe soignante : « Parfois, il y a des prescriptions par téléphone, pour des antibiotiques ou un changement de germe. Dans ce cas, une ordonnance est faxée, temporairement écrite. Il y a un classeur avec les ordonnances en attente de validation dans OSIRIS (logiciel dossier du patient ndla). Le lendemain, le médecin valide dans OSIRIS. Mais l'IDE doit donc prendre un autre système que le système OSIRIS en attendant. C'est une autre source de complexité pour elle. »<sup>77</sup>

Outre ces difficultés dans le travail même de l'infirmière, se pose la question de la responsabilité du personnel soignant face à ces modalités non formalisées de prise en charge en urgence. Cette problématique est exprimée ainsi par une infirmière du CHL du Faouët : « Cela entraînait des prescriptions par téléphone parfois. Dans la mesure du possible, le médecin passait dans la journée de l'entrée mais c'est arrivé qu'il ne passe pas du week-end si le patient entraît le vendredi. Donc s'il arrivait quelque chose c'était nous, IDE, qui étions responsables. »<sup>78</sup>

Pour les situations d'urgence ainsi, la présence d'un médecin salarié en journée est évidemment une source de sécurité pour le patient et le personnel soignant, y compris dans le cas d'une situation mixte médecins « salariés / libéraux » comme l'explique une cadre de santé au CHL de Saint-Méen-le-Grand : « Même pour les lits où ce sont encore des médecins libéraux qui interviennent, le suivi est meilleur qu'avant parce que, s'il y a un problème, le Dr A. les voit. Il fait les entrées, les prescriptions pour les infirmières. »<sup>79</sup>

La continuité des soins suppose aussi, nous l'avons dit, la continuité de l'information. Le suivi et la tenue du dossier du patient par le médecin référent constitue ainsi un sujet d'importance, que nous allons évoquer à présent.

#### Suivi et tenue du dossier du patient

La totalité des médecins libéraux interrogés a souligné la surcharge de travail administratif, notamment relatif au remplissage du dossier patient informatisé (DPI), comme principal facteur conduisant les jeunes médecins généralistes libéraux à délaisser l'activité hospitalière désormais. Un médecin salarié du CHL de Saint-Méen-le-Grand et ancien médecin libéral le note ainsi : « Intervenir à l'hôpital pour nous ce n'est pas rentable. Ça ne l'était pas quand j'ai commencé et ça l'est encore moins. Disons que ça a empiré avec le temps, il y a eu l'arrivée du dossier informatisé, mais qui n'a rien à voir avec l'outil qu'on peut avoir en cabinet. Il est beaucoup plus lent et il y a une somme de plus en plus importante de données à remplir. C'est décourageant même pour nous salariés. »<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> Entretien avec l'auteur – le 18 juin 2014.

<sup>78</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

<sup>79</sup> Entretien avec l'auteur – le 31 mars 2014.

<sup>80</sup> Entretien avec l'auteur – le 13 juin 2014.

Le caractère chronophage de cette activité, pour laquelle l'ensemble des médecins libéraux souligne que leur activité en libéral justement la leur évitait, a des conséquences sur la qualité de tenue du dossier du patient. Cette inégale qualité entre médecin libéral et salarié est relevée par le cadre de santé du service de médecine / SSR du CHL de Saint-Méen-le-Grand, fonctionnant à la fois avec des médecins libéraux et salariés : « Avec l'arrivée du Dr A. comme médecin salarié, on voit surtout des différences au niveau du dossier patient et quant au nombre de visites dont bénéficient les patients. Il y a un meilleur suivi des patients, c'est certain, et une meilleure qualité de l'information transmise. »<sup>81</sup> Ces différences dans la qualité du remplissage ont été évoquées dans la deuxième partie de cette étude, nous n'y reviendrons donc pas ici.

Relevons enfin une différence constatée dans la tenue du dossier du patient entre un praticien hospitalier et un médecin salarié contractuel par ailleurs ancien médecin libéral. Cette différence est évoquée ainsi par une infirmière du CHL de Saint-Méen-le-Grand, ayant également travaillé avec des praticiens hospitaliers au CH de Barentin (76) : « Aujourd'hui c'est le jour et la nuit. Le Dr A. va même au-delà de ses compétences, de son rôle. Ça doit être lié avec son passé de médecin libéral, il note tout. Par exemple si le patient vit dans une maison de plain pied, avec ou sans marches. Il va vraiment au delà de son rôle. Tout ça pourrait être indiqué par l'agent d'accueil ou par la secrétaire médicale. »<sup>82</sup> L'habitude de travailler seul en cabinet médical fait que le médecin libéral, quand il passe salarié dans un CHL, peut éprouver quelque difficulté à déléguer, à optimiser le temps médical en tenant compte du travail des autres professionnels de l'hôpital.

En conclusion de cette troisième partie, deux points importants peuvent être rappelés. D'une part, la présence d'un nombre important de médecins libéraux dans le CHL peut permettre d'envisager des astreintes le week-end avec ainsi des possibilités d'admissions et de sorties durant cette période de permanence des soins. D'autre part et quant à la continuité des soins, des médecins salariés, présents à la journée dans l'établissement, sont plus à même de l'assurer via une meilleure tenue globale du dossier du patient et des échanges plus nourris avec les professionnels de l'établissement.

---

<sup>81</sup> Entretien avec l'auteur – le 31 mars 2014.

<sup>82</sup> Entretien avec l'auteur – le 16 juin 2014.

## **2 PRECONISATIONS adaptées au contexte des lieux de stage / lieux d'étude : les Centres hospitaliers locaux de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand**

Note préliminaire : Les préconisations qui vont suivre sont adaptées au contexte des deux établissements d'étude. Ils ne sont donc pas forcément adaptables aux situations rencontrées par les autres CHL du territoire. Car, si nous pouvons retenir un enseignement du précédent travail d'analyse, c'est bien que, sur un sujet tel que le fonctionnement médical dans un CHL, toute généralisation apparaît pour le moins complexe à réaliser, compte tenu de l'hétérogénéité des situations rencontrées par les CHL, relevée par ailleurs par la Cour des Comptes en 2013<sup>83</sup>. La Cour clôt son rapport sur l'avenir des hôpitaux locaux<sup>84</sup> en soulignant que ces derniers se retrouvent tout de même autour d'un facteur commun : le fait que leur activité de médecine soit menacée et l'obligation subséquente d'une réflexion sur le fonctionnement médical de ces CHL.

Malgré cette difficulté à formuler des préconisations générales, et en guise d'introduction à cette seconde partie, nous nous proposons de relever trois recommandations formulées au niveau national par la Cour des Comptes dans ce rapport de 2013, relatives à notre sujet et quant aux modalités de financement principalement :

« 1. Mettre en œuvre pour les hôpitaux locaux un financement mixte articulant, à titre principal, une tarification à l'activité pour les soins de court séjour, de suite et de réadaptation et un financement forfaitaire destiné à reconnaître leur rôle spécifique dans des zones médicalement fragiles lorsqu'il peut être justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

2. Introduire plus de forfaitisation dans la rémunération des médecins libéraux exerçant dans les hôpitaux locaux, en complément de la rémunération actuelle fondée sur le tarif de consultation, parfois inadaptée aux situations cliniques prises en charge ;

---

<sup>83</sup> « La situation des anciens hôpitaux locaux apparaît comme très hétérogène selon leur lieu d'implantation, la proximité ou l'éloignement de centres hospitaliers de référence, le dynamisme de la direction, la démographie médicale des médecins généralistes du territoire, leur plus ou moins grande implication dans le fonctionnement de l'établissement, le soutien plus ou moins actif des collectivités locales. » in COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, « Chapitre XI L'avenir des hôpitaux locaux » (En ligne). Septembre 2013. P. 331.

<sup>84</sup> COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, « Chapitre XI L'avenir des hôpitaux locaux » (En ligne). Septembre 2013. P. 332.

3. Inciter à l'adossement aux hôpitaux locaux de maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons médicales de garde, en y conditionnant l'attribution des aides financières prévues pour développer ce mode de prise en charge coordonnée. »<sup>85</sup>

## **2.1 Préconisations adaptées à la situation du corps médical intervenant dans les services sanitaires du CHL de Montfort-sur-Meu**

La démographie médicale au sein du CHL de Montfort-sur-Meu est déclinante. Seize médecins intervenaient il y a deux ans au sein des services sanitaires de l'établissement. Ils ne sont plus que dix aujourd'hui, dont deux qui pourraient partir prochainement, d'ici un an, en retraite. Par ailleurs, le médecin coordonnateur de l'établissement prend sa retraite à la fin de l'année 2014. Il est donc important de penser dès à présent à l'avenir de ces services sanitaires et à leur fonctionnement médical futur.

### **2.1.1 Faire revivre le lien ville – hôpital**

#### Profiter de la création récente du pôle de santé pluri professionnel de Montfort communauté

Les avantages de l'adossement d'un pôle de santé pluri professionnel à un ex hôpital local ont été mis en évidence et étudiés à maintes reprises, notamment par le Dr DEPINOY, dans son ouvrage « Maisons de santé. Une urgence citoyenne », avantages à la fois pour l'hôpital, les médecins et le territoire rendu ainsi plus attractif pour de jeunes praticiens.

Le territoire sud-ouest mayennais de Craon et Renazé en est un paradigme. Une maison de santé pluri professionnelle a ainsi été créée dans les locaux du Centre hospitalier local, permettant ainsi notamment une mutualisation des moyens : mutualisation du secrétariat, des salles de réunion, des charges notamment. Il y a des gains possibles à la fois pour les jeunes médecins libéraux qui peuvent profiter de l'expérience des personnels médicaux et paramédicaux installés mais aussi optimiser financièrement leur exercice libéral ; des avantages également pour l'ex hôpital local qui a l'occasion d'étoffer son staff médical et de s'ouvrir sur la ville. La Cour des Comptes, dans son rapport de 2013, avait mis en avant cette opportunité prenant l'exemple de Cluny : « A Cluny, la création récente d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à

---

<sup>85</sup> COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, « Chapitre XI L'avenir des hôpitaux locaux » (En ligne). Septembre 2013. P. 332.

l'hôpital local a permis d'attirer de jeunes médecins. En 2013, sept médecins généralistes devraient exercer dans cette nouvelle structure. Cette présence devrait conforter le fonctionnement de l'établissement et en outre mettre en œuvre d'autres projets tels que les consultations avancées de cardiologie, de dermatologie, voire de télémédecine. »<sup>86</sup>

Or, un pôle de santé pluri professionnel a été créé en 2013 sur Montfort Communauté. Il rassemble une trentaine de professionnels : pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes et médecins libéraux de la communauté de communes. Ce pôle est assez actif même s'il est encore en cours de structuration. Ont été mis en place des groupes de travail sur plusieurs thématiques : le partage d'information, la prise en charge du diabète ou encore l'évaluation de la douleur. Ces groupes de travail ont rassemblé une dizaine de professionnels à chaque réunion, y compris des médecins libéraux. Le pôle a récemment, début 2014, reçu un soutien financier de l'ARS Bretagne pour la construction d'un projet de pôle.

Face à cette dynamique, il est important que le CHL de Montfort-sur-Meu soit proactif dans la construction de ce pôle de santé pluri professionnel et puisse proposer par exemple la mise à disposition d'infrastructures (salles de réunion), des moyens logistiques si besoin (secrétariat), à l'image de ce qui a été réalisé au CHL de Renazé ou à Cluny. La participation de professionnels du CHL aux groupes de travail du pôle est par ailleurs essentielle pour que le CHL puisse se positionner, accroître sa visibilité sur son territoire de proximité. Lors d'un groupe de travail sur l'évaluation de la douleur, deux jeunes kinésithérapeutes avaient fait part du fait qu'elles ignoraient qu'il existait une structure hospitalière sur Montfort-sur-Meu. L'engagement du directeur dans la construction de ce pôle de santé est également indispensable, de par sa présence aux assemblées générales, son dialogue avec le président du pôle, pour que puissent émerger des formes de coopération. Ce partenariat, ces échanges doivent pouvoir permettre in fine de faire reconnaître l'établissement auprès des jeunes médecins généralistes libéraux récemment installés sur le territoire, qui n'interviennent pas dans le CHL mais participent aux travaux du pôle actuellement.

#### Maison médicale de garde et CHL : un partenariat à affirmer

Un travail doit être réalisé parallèlement pour faire revivre la maison médicale de garde, attenante à l'hôpital, actuellement peu utilisée par les médecins qui préfèrent réaliser leurs gardes de la PDSA à leur cabinet. Un renforcement de l'utilisation de cette dernière permettrait d'entrevoir d'autres possibilités à l'avenir, comme la réalisation par le médecin de garde d'astreintes le week-end, à l'image de ce qui se fait au CHL de Janzé, avec l'avantage net par rapport à ce dernier de bénéficier de la proximité immédiate de la

---

<sup>86</sup> COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, « Chapitre XI L'avenir des hôpitaux locaux » (En ligne). Septembre 2013. P. 327.

maison médicale de garde. Dans la thèse de doctorat en Médecine générale de P. DUBOIS en 2008 portant sur l'influence de l'ex hôpital local de Saint-Maure-de-Touraine (37) sur l'installation des médecins généralistes, les médecins libéraux interrogés avaient souligné l'importance de l'adossement d'une maison médicale au CHL, alors que son projet de création était en réflexion, ces derniers relevant notamment que « l'idéal serait de mettre en place une structure organisée de manière, déjà, à ce qu'il y ait un médecin d'astreinte pour l'hôpital. »<sup>87</sup>

### **2.1.2 Améliorer les conditions de travail des médecins libéraux**

#### Le dossier patient informatisé : quelques pistes pour en améliorer la tenue tout en facilitant le travail des médecins libéraux

Certains établissements ont cherché des solutions pour pallier cette qualité inégale relevée dans la tenue des dossiers entre les différents médecins intervenant dans la structure. Au CHL de Janzé, en prévision d'un passage à la T2A, une réunion mensuelle de suivi de l'activité sanitaire a été mise en place avec un regard sur le PMSI, sachant que, souligne le médecin coordonnateur, « pour qu'il y ait un bon codage, il faut que le dossier soit bien rempli, donc forcément on regarde ça en même temps. »<sup>88</sup> La directrice du CHL relève deux mesures mises en place pour améliorer le remplissage :

1. Un dossier papier, sur une page, à remplir par les médecins libéraux pour chaque entrée. Il est ensuite scanné et ajouté au dossier du patient. C'est une feuille pré remplie où ils n'ont qu'à cocher.

2. Des dictaphones ont été achetés. Les médecins donnent les cassettes à la secrétaire qui s'occupent du courrier de sortie. Elle les appelle quand ce n'est pas fait dans les huit jours.

Au CHL des Marches de Bretagne, certaines facilités ont été apportées aux médecins libéraux pour améliorer le remplissage des dossiers patient. « Les médecins libéraux, nous explique la directrice du CHL, ont accès au dossier de leurs patients de leur domicile. Ça change tout. Le dossier médical est rempli par les médecins au fur et à mesure, soit à l'hôpital, soit à leur cabinet quand ils n'ont pas eu le temps de le faire. Par ailleurs, désormais, le président de la CME a aussi un temps salarié sur l'informatique, à 10%. Cela a permis de mettre en place des outils pour simplifier le travail de transcription.

---

<sup>87</sup> DUBOIS P., 2008, *L'Hôpital local : Comment pourrait-il influencer l'installation des Médecins Généralistes en zone rurale ? Enquête réalisée auprès des médecins généralistes travaillant à l'Hôpital local de Saint-Maure-de-Touraine*, Thèse pour le Doctorat en Médecine générale : Université Paris XII – Créteil. P.

<sup>88</sup> Entretien avec l'auteur – le 24 juin 2014.

Il a mis en place une grille pour que les informations remplies par les médecins soient exhaustives. Et pour que cela prenne le moins de temps possible au médecin. »<sup>89</sup>

Ainsi, le CHL de Montfort-sur-Meu pourrait s'appuyer sur ces expérimentations pour améliorer le remplissage du dossier du patient, jugé problématique actuellement par le responsable qualité de l'établissement. Des visites sur site pourraient avoir lieu afin d'envisager la faisabilité de telles solutions.

#### Réfléchir à la tenue de staffs pluri professionnels adaptés au contexte

Il nous faut ici souligner que des staffs hebdomadaires ont été mis en place avec succès dans différents centres hospitaliers locaux recourant à l'intervention de médecins salariés. Ainsi, au CHL des Marches de Bretagne, un staff en SSR a lieu tous les mardis réunissant le médecin coordonnateur et l'équipe soignante. Si les médecins libéraux ne sont certes pas présents, ce staff trouve son intérêt dans la mesure où une infirmière rencontre les médecins traitants le lundi précédant le staff et retransmet leur parole ensuite au staff. Ainsi que l'explique la directrice du CHL des Marches de Bretagne : « Le lundi, l'IDE du week-end a préparé une synthèse et voit avec le médecin les problèmes éventuels du week-end. Ils font une visite plus approfondie. Et puis cela permet d'avoir une projection de la prise en charge pour la semaine à venir avec le médecin. » Elle poursuit : « Grâce à la visite approfondie du lundi, la parole du médecin libéral est retransmise le mardi par l'IDE en staff. On a un retour des équipes dans ces staffs. Cela permet d'anticiper les problèmes de retour à domicile ou d'hébergement, la DMS, vérifier que tout est calé. Et le médecin coordonnateur, si c'est un problème de durée de séjour par exemple, fait un retour au médecin concerné, voit avec lui. »<sup>90</sup> La présence du médecin coordonnateur, comme représentant du corps médical, est donc primordiale à ces staffs. Même s'il n'est pas prescripteur et ne peut a priori pas modifier le traitement des patients, il fait le lien, en tant que médecin, souvent libéral par ailleurs, entre l'équipe soignante et les médecins libéraux.

Nous avons souligné, dans la partie analyse, la difficulté qu'avait connue la cadre de santé du CHL de Montfort-sur-Meu à penser la mise en place de ces staffs hebdomadaires. Cette forme alternative pourrait être envisagée. J'ai par ailleurs eu l'occasion de proposer une autre forme alternative de dialogue médecin – infirmier cette fois, au lit du patient, durant mon stage professionnel dans ce CHL. Je réitère ici cette proposition d'organisation, dont le déroulé est disponible en Annexe 8 de ce travail.

---

<sup>89</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

<sup>90</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

### **2.1.3 Un passage à une médecine salariée à réfléchir en amont : missions à déléguer et opportunités**

#### Le remplacement du médecin coordonnateur – président de la CME en question

Le médecin coordonnateur et par ailleurs président de la CME du CHL de Montfort-sur-Meu part en retraite au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Il était présent dans l'établissement sur un temps salarié de 0,4 équivalent temps plein (ETP) et assurait une présence médicale à la plupart des instances. Ce remplacement est compliqué à mettre en œuvre pour la direction, il est en effet difficile de recruter un médecin coordonnateur aujourd'hui tant cette fonction est peu valorisée dans le monde médical, a fortiori sur un temps aussi important.

Il serait donc intéressant de proposer un poste salarié combinant à la fois un exercice clinique en service de Médecine / SSR et un temps de coordination en tant que médecin coordonnateur avec des fonctions institutionnelles liées telles que la présidence de la CME. Un tel poste, équivalent peu ou prou à un ETP, serait davantage attractif pour un jeune médecin généraliste désireux d'un exercice salarié valorisant. En outre, en intervenant à mi-temps dans les services, il serait plus au fait des problématiques qui peuvent se poser en son sein et au contact des professionnels de santé, y compris des médecins libéraux du territoire.

#### Dans la perspective d'un renforcement de la médecine salariée dans les services sanitaires du CHL : envisager dès à présent les opportunités que ce renforcement pourrait induire

Outre l'adossement d'une maison de santé au CHL, notons qu'un ex hôpital local peut rendre un territoire attractif d'autres manières, notamment en se positionnant comme terrain de stage pour des internes en médecine générale. Cette possibilité récente mérite d'être mentionnée ici. La condition dans ce cas est que l'hôpital dispose en son sein d'un praticien salarié en capacité d'être maître de stage. La directrice du CHL des Marches de Bretagne a mis en avant cette possibilité :

« Notre dossier pour une demande d'interne a été reçu. Le maître de stage sera un des médecins salariés, le médecin coordonnateur sur Antrain. On doit être avec Saint-Méen-le-Grand, l'un des premiers ex hôpitaux locaux à avoir cette possibilité. C'est important pour la vie du territoire, la vitalité médicale du territoire. »<sup>91</sup>

A l'image de ces deux CHL et dans la mesure où le CHL de Montfort-sur-Meu est en réflexion sur le recours à un médecin salarié et que deux autres médecins sont déjà en partie salariés au sein de l'établissement, en services d'USLD et de soins palliatifs, il semble important que le CHL entame une réflexion avec les médecins intervenant dans la

---

<sup>91</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

structure sur l'opportunité de recevoir un interne dans ses services. Il est essentiel de communiquer avec les médecins libéraux sur ces différentes opportunités qui s'offriraient au CHL, par écrit mais aussi par oral en se déplaçant dans les différents cabinets médicaux du territoire. Il est important de penser cette opportunité dans tous les cas, dans la mesure où elle peut induire des prises de position particulières, préférence pour le recrutement d'un médecin à temps plein, plutôt que plusieurs temps partiels par exemple.

Enfin, si un temps salarié plus important était envisagé en service de Médecine / SSR, il est essentiel de réfléchir aux conséquences que cela pourrait induire, notamment au risque de désengagement total des médecins libéraux intervenant actuellement. Or une mixité « médecine salariée / médecins libérale » doit être préservée dans ces services sanitaires en CHL, ainsi que nous allons l'expliquer lors de nos préconisations à destination du CHL de Saint-Méen-le-Grand.

## **2.2 Préconisations adaptées à la situation du corps médical intervenant dans les services sanitaires du CHL de Saint-Méen-le-Grand**

Avec le recrutement en 2014 de deux praticiens hospitaliers contractuels, respectivement à temps plein et à mi-temps, la situation du CHL de Saint-Méen-le-Grand est différente de celle du CHL de Montfort-sur-Meu et appelle donc à la mise en évidence de préconisations différentes. Rappelons que trois médecins libéraux interviennent encore dans les services sanitaires du CHL, avec donc un partage des lits entre ces médecins, salariés et libéraux. Le personnel soignant et la direction ont ainsi à gérer une situation mixte « libérale / salariée » particulière. Dans un premier temps, nous nous efforcerons de rappeler ici pourquoi cette particularité doit être conservée, tel que cela avait déjà été fortement suggéré dans la partie analyse précédente, puis nous formulerons quelques recommandations relatives à ce passage récent à une part de médecine salariée.

### **2.2.1 Sauvegarder l'exercice mixte actuel : revoir la répartition du travail au sein du service entre médecins libéraux et médecins salariés**

Trois médecins libéraux exercent toujours au sein des services sanitaires du CHL de Saint-Méen-le-Grand, en soutien des deux médecins salariés récemment recrutés. S'il serait naturellement envisageable de passer progressivement au tout salariat, cette idée ne nous semble pas judicieuse, ce pour trois raisons principales qui ont par ailleurs été détaillées ci-avant dans le corps de ce travail :

- D'une part la perte du lien ville – hôpital assurée encore par ces trois médecins libéraux, en contact par ailleurs avec les médecins libéraux de la SCP de Saint-Méen-le-Grand.
- D'autre part une perte de flexibilité avec la fin de la possibilité offerte par ces derniers de remplacer ponctuellement une partie de la patientèle du service, lors de l'absence pour congés ou formation d'un des deux médecins salariés mais aussi sur les plages horaires 18H-20H soit avant la PDSA et après le départ des médecins salariés. Le renforcement du temps salarié, s'il était décidé, ne constituerait pas en effet en la création d'un nouveau poste mais en l'augmentation du temps disponible du médecin aujourd'hui à mi-temps. Soulignons dans ce cadre que les deux médecins salariés recrutés prévoient

d'effectuer des actions de formation qui risquent d'être chronophages en 2015, en gériatrie notamment.

- Enfin, la perte des possibilités actuelles d'échange entre confrères, à la fois sur des questions de prise en charge médicale mais aussi sur des questions institutionnelles lors des instances, sachant que l'un des trois médecins libéraux intervenant encore dans la structure vient systématiquement aux réunions de la CME.

Il est ainsi important de conserver cette mixité médecine salariée / médecine libérale, ce malgré l'inconvénient principal à ce mode de fonctionnement : une inégalité dans les prises en charge des patients, avec des médecins libéraux qui, globalement, viennent moins souvent et moins longtemps voir leurs patients, ceci couplé à des relations moins denses avec l'équipe soignante. Pour pallier cet inconvénient majeur, il apparaît important de revoir la répartition du travail au sein du service entre médecins libéraux et médecins salariés. Actuellement, les patients sont répartis en fonction des médecins présents au moment des admissions ou en fonction de la patientèle des médecins libéraux encore présents, indifféremment donc en service de médecine ou de SSR. Nous suggérons de modifier cela, en identifiant des lits de SSR dédiés à l'intervention des médecins libéraux. Ce changement apparaît pertinent, d'une part parce que l'obligation de présence médicale est globalement moins importante en service de SSR et d'autre part parce que cela éviterait que les patients en chambre double, encore nombreuses au CHL de Saint-Méen-le-Grand, se retrouvent l'un avec un médecin salarié présent quotidiennement, l'autre avec un médecin libéral présent épisodiquement.

### **2.2.2 Du passage à une médecine salariée : la nécessité de conserver un lien fort avec les médecins libéraux**

Le passage au salariat peut constituer une source de défiance des médecins libéraux à l'égard du Centre hospitalier local, lorsque ce passage n'a pas été envisagé par les médecins libéraux dans leur ensemble, voulu ou accepté du moins par ces derniers. Le directeur du CHL du Faouët précise l'une des solutions choisies pour conserver un lien fort avec les médecins libéraux :

« Les médecins libéraux autorisés actuellement peuvent adresser directement des patients sans avis médical du médecin salarié. On leur fait confiance pour qu'ils adressent intelligemment leurs patients en service de médecine / SSR. »<sup>92</sup>

Ainsi, les médecins libéraux continuent en quelque sorte à réaliser des admissions directes dans le CHL, ceci permettant d'éviter un désengagement de leur part, comme

---

<sup>92</sup> Entretien avec l'auteur – le 10 juin 2014.

cela a pu avoir lieu au CHL de Combourg (35), où les médecins libéraux du territoire n'adressent plus leurs patients depuis le passage au salariat, selon les dires de la directrice du CHL des Marches de Bretagne<sup>93</sup>. Des propositions, à l'image de celle de la direction du CHL du Faouët, pourraient ainsi être faites auprès des médecins libéraux de la SCP de Saint-Méen-le-Grand afin de retrouver une confiance mutuelle, érodée à la suite de la démission de ces médecins en septembre 2013.

### **2.2.3 Renforcer le lien entre le médecin et les autres professionnels de santé : mettre en place un staff pluri professionnel hebdomadaire pérenne**

Au CHL de Saint-Méen-le-Grand, nous l'avons vu, les relations, les échanges entre l'équipe soignante et les médecins salariés ne sont pas encore optimaux, l'absence de réunions pluri professionnelles incluant les médecins salariés, qui ne se rendent pas aux transmissions, influant naturellement sur ces difficultés à communiquer. Le projet de mise en place de staffs pluri professionnels hebdomadaires est en cours de finalisation. Il apparaît nécessaire que la direction soutienne ce projet porté actuellement par le cadre de santé du service de Médecine / SSR, afin d'en souligner son importance et d'amener l'ensemble des professionnels, et en premier lieu les deux médecins salariés, à prendre part pleinement à ce projet.

---

<sup>93</sup> Entretien avec l'auteur – le 3 juillet 2014.

## Conclusion

La conclusion de ce mémoire sera divisée en deux parties. Tout d'abord, je souhaite dresser un bilan de ce travail au regard de ma prise de fonction future comme directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Puis je conclurai en revenant sur les perspectives d'avenir des centres hospitaliers locaux, quant à la thématique d'étude et plus largement.

### **Bilan du travail d'analyse au regard d'une prise de fonction future comme DESSMS**

Le fonctionnement médical dans les Centres hospitaliers locaux, et plus spécifiquement le recours aux médecins libéraux dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, pose actuellement de nombreuses questions aux directions confrontées soit à une pénurie de médecins sur leur territoire, soit à un désengagement ou à une moindre implication de ces derniers dans leur établissement. La problématique se pose enfin aux directions à l'heure de préparer le passage à la tarification à l'activité. Ainsi, lors des deux dernières réunions de l'ANCHL en région Bretagne auxquelles j'ai assisté, réunions réunissant les directeurs des CHL bretons, cette thématique a occupé une place importante.

Cette problématique exige tout d'abord du directeur un positionnement stratégique, une réflexion stratégique à la fois tournée vers l'avenir du territoire de santé sur lequel se situe son établissement mais également relative au devenir même de la structure qu'il dirige. Avoir une vision globale de la question est donc essentiel pour y répondre de manière pertinente. C'est ce que j'ai essayé de faire au travers de ce travail.

Ainsi, par le biais de cette étude, j'ai eu l'occasion de m'intéresser de manière approfondie à l'environnement extérieur des centres hospitaliers locaux, aux nécessités d'intégration, de coordination entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, de réfléchir à la notion de parcours de soins également.

Mais cette thématique m'a permis surtout une immersion dans les services sanitaires d'un CHL et de pouvoir observer à quel point une véritable synergie entre les professionnels qui y travaillent est nécessaire pour une prise en charge efficiente des patients, synergie qui tient parfois au dynamisme de la direction.

Enfin, soulignons que cette thématique s'inscrit pleinement dans celle de la gestion des ressources humaines, ici médicales, avec des problématiques associées : avoir une vision prospective, sur le long terme des recrutements à effectuer (quelle quotité de temps, quel contrat etc.), réfléchir à une organisation optimale du travail médical dans l'établissement, penser en terme d'efficience financière enfin.

Ainsi, ce travail m'a permis de réfléchir à de nombreux enjeux auxquels le directeur DESSMS et plus spécifiquement le directeur de CHL est régulièrement confronté.

### **Perspectives d'avenir des centres hospitaliers locaux**

En conclusion générale de ce travail, il me faut bien évidemment souligner à nouveau que le fonctionnement médical dans de nombreux centres hospitaliers locaux se doit d'être repensé aujourd'hui, au risque sinon d'une disparition progressive de leurs services sanitaires. Mais cela ne peut se faire sans une participation active des médecins généralistes libéraux, véritable plus-value du centre hospitalier local, médecins qui bien souvent lui donnent sa raison d'être. Pour maintenir sa place dans le système de santé français en effet, le CHL doit conserver en tout ou partie ce qui fonde aujourd'hui sa spécificité, et en premier lieu une proximité immédiate et une interaction avec un territoire « local » au sein duquel il constitue la plupart du temps la seule offre hospitalière. C'est pourquoi, si la présente étude a surtout mis l'accent sur les avantages à disposer de médecins salariés en établissement de santé, une certaine mixité d'exercice « libéral / salarié » chez les professionnels médicaux intervenant en CHL est tout autant mise en avant.

Bernard SPORTES, un mois avant la publication de la Loi HPST<sup>94</sup>, exprimait son inquiétude à l'égard de la perte future du statut juridique spécifique des hôpitaux locaux, inquiétude que ce mémoire rejoint aujourd'hui en grande partie : « voilà donc que la nouvelle loi en débat leur donne une place inespérée, un statut qui n'est plus à part, rien ne les séparera plus des « vrais » hôpitaux : accréditation, T2A, instances innombrables, de « vrais » PH, des vraies carrières hospitalières, etc. Toutefois, on l'a vu, il est parfaitement clair qu'ils ne survivront pas à tant d'honneurs. »<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> MINISTERE DE LA SANTE 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 (En ligne), Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009.

<sup>95</sup> SPORTES B., Juin 2009, « L'hôpital des généralistes », *Médecine*, volume V, n°6.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages / Monographies

ADYSTA CONSEIL, Mai 2013, *Monographie : Les ex hôpitaux locaux en 2011*,  
Commande de l'A.N.C.H.L.

BLOY G., SCHWEYER F.-X., 2010, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Rennes : Presses de l'EHESP.

DEPINOY D., 2011, *Maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris : Editions de santé.

## Articles de périodique

BLOY G, Février 2011, « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *DREES, Série Etudes et recherches*, n°104.

BOLLIET J.-M., Mai 2008, « L'hôpital local, un rôle déterminant », *Revue hospitalière de France*, n° 510, p 29-32.

BONREFOY M., CHAPUIS F., FOURNIER G., et al., Novembre 2008, « Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire, une enquête prospective », *La revue de gériatrie*, Tome 33, n° 9, p 761-770.

CABANIS J.-N., DUFFAUT P., GENDRY P., Octobre 2008, « Dossier les hôpitaux locaux », *Les cahiers hospitaliers*, n° 249, p 10-24.

FAUCONNIER A., LORSON P., Novembre 2004, « Quel rôle pour les hôpitaux de proximité », *La santé sociale*, n° 2, p 6-8.

GARROS B., 2009, « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? », *Santé publique*, Vol. 21, p. 7-16.

LORSON P., VINCENT G., Mars 2006, « Quel avenir pour les hôpitaux de proximité », *La gazette sanitaire et sociale*, n° 17, p 6-8.

SPORTES B., Juin 2009, « L'hôpital des généralistes », *Médecine*, volume V, n°6, p. 278-280.

## **Thèses**

BOUSQUET M.-A., 2013, *Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline*, Thèse pour le Doctorat en Médecine générale : Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie. 186 p.

DUBOIS P., 2008, *L'Hôpital local : Comment pourrait-il influencer l'installation des Médecins Généralistes en zone rurale ? Enquête réalisée auprès des médecins généralistes travaillant à l'Hôpital local de Saint-Maure-de-Touraine*, Thèse pour le Doctorat en Médecine générale : Université Paris XII – Créteil, 61 p.

LEPRETTE V., 2011, *Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires et des pôles de santé en Ile-de-France : motivations des porteurs de projet et difficultés rencontrées*, Thèse pour le Doctorat en Médecine générale : Université Paris V – René Descartes, 90 p.

## **Rapports / Recommandations**

RAPPORT AU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE sur la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale (En ligne), par Dr Michel LEGMANN, Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Avril 2010. 46 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000184/>

RAPPORT A LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE sur l'activité libérale dans les établissements publics de santé (En ligne), par Mme Dominique LAURENT, Conseillère d'Etat. Mars 2013. 42 p.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/01\\_Rapport\\_activite\\_liberale\\_EPS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Rapport_activite_liberale_EPS.pdf)

RAPPORT A LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE sur le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (En ligne), par Mme Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé. Mars 2014. 54 p.

[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Devictor\\_-\\_Service\\_public\\_territorial\\_de\\_sante2.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf)

RAPPORT AU MINISTRE DE LA SANTE sur la permanence des soins (En ligne), par M. Charles DESCOURS, Sénateur honoraire. Janvier 2003. 16 p.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_descours.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf)

RAPPORT AU MINISTRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES sur la démographie des professions de santé (En ligne), par M. Yvon BERLAND, doyen de la faculté de médecine de Marseille. Décembre 2002. 110 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>

RAPPORT AU PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE sur la médecine de proximité (En ligne), par Mme Elisabeth HUBERT, ancienne ministre. Novembre 2010. 183 p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml>

COUR DES COMPTES. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, « Chapitre XI L'avenir des hôpitaux locaux » (En ligne). Septembre 2013. 23 p.

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale>

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. Module Interprofessionnel de Santé Publique sur l'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local (En ligne), Groupe n°6 sous la supervision du Dr Martine DENIS. 2003. 27 p.

[http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2003/G\\_06.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2003/G_06.pdf)

ASSOCIATION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES D'HOPITAL LOCAL. Rapport sur la médecine générale et les soins de premier recours sur un territoire comportant un hôpital local (En ligne). 2013. 27 p.

<http://www.aghl.fr/fr/Article/4023/Associations-Documentation-classee-par-theme>

ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES HOSPITALIERS LOCAUX. Guide de l'A.N.C.H.L (En ligne). 2014. 15 p.

<http://www.anchl.fr/dossiers-d-actions>

DREES, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », Dossiers Solidarité et Santé, n°16 (En ligne). 2010. 24 p.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201016-2.pdf>

## Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE 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 (En ligne), Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009.

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2E10837822AA40A2AC8D77A4DF7302E8.tpdjo07v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000020879472](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2E10837822AA40A2AC8D77A4DF7302E8.tpdjo07v_2?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000020879472)

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local (En ligne). Texte non paru au Journal officiel.

[http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ\\_hopital\\_local.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/circ_hopital_local.pdf)

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n°2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le Code de la Santé publique (En ligne). Journal officiel N°0289 du 13 décembre 2007.

## Site Internet

LA GAZETTE SANTE SOCIAL, *10 questions sur l'exercice libéral à l'hôpital*, (consulté le 29 juillet 2014).

Disponible sur Internet : <http://www.gazette-sante-social.fr/juridique/droit-pratique-10-questions-sur-l-exercice-liberal-a-l-hopital-722.html>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 Liste des professionnels rencontrés

Annexe 2 Tableau 1 : Comparaison populationnelle entre les cantons de Saint-Méen-le-Grand et de Montfort-sur-Meu

Annexe 3 Carte 1 : Qualification de l'offre de soins de premier recours en Bretagne

Annexe 4 Carte 2 : Densité pondérée des médecins généralistes libéraux en Bretagne

Annexe 5 Tableau 2 : Les rémunérations réglementées des médecins libéraux intervenant dans les Centres hospitaliers locaux – Source Cour des Comptes

Annexe 6 Tableau 3 : Tableau comparatif DAF / recettes théoriques en T2A à partir de données recueillies sur les CHL de Bretagne – Source ARS Bretagne

Annexe 7 Référentiel d'intervention médicale – CHL Le Faouët

Annexe 8 Proposition d'organisation d'un staff pluri professionnel hebdomadaire au CHL de Montfort-sur-Meu

## **Annexe 1 : Liste des professionnels rencontrés**

### Au Centre hospitalier de Saint-Méen-le-Grand :

- Directeur adjoint – Référent site de Saint-Méen-le-Grand, en poste depuis 2012 – rencontré le 19 juin 2014.
- Cadre de santé au sein du service de Médecine / SSR, en poste depuis 2012 – entretien le 31 mars 2014.
- Médecin coordonnateur au sein de l’EHPAD et médecin libéral à la SCP de Saint-Méen-le-Grand jusqu’au 31 décembre 2013 – entretien le 16 juin 2014.
- Praticien hospitalier contractuel depuis le 13 janvier 2014 au sein du service de Médecine / SSR et ancien médecin généraliste ayant exercé pendant une vingtaine d’années en cabinet libéral – entretien le 13 juin 2014
- IDE au sein du service de Médecine / SSR depuis 2010 et auparavant IDE en service de SSR au CH de Barentin – entretien le 16 juin 2014.
- Assistante sociale – entretien le 29 avril 2014.
- Secrétaire médicale au sein du service de Médecine / SSR depuis 2008 – entretien le 16 juin 2014.

### Au Centre hospitalier de Montfort-sur-Meu :

- Directeur général des Centres hospitaliers de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand – entretien le 20 juin 2014.
- Cadre de santé au sein du service de Médecine / SSR – entretien le 18 juin 2014
- Médecin coordonnateur depuis 2009 et médecin généraliste libéral jusqu’en 2012, président de la CME – entretien le 17 juin 2014.
- IDE au sein du service de Médecine / SSR – entretien le 19 juin 2014.
- Responsable qualité / gestion des risques – CH de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand – entretien le 23 avril 2014.
- Diététicienne aux CH de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand, en poste depuis 2012 – entretien le 12 mai 2014.

### Au Centre hospitalier du Faouët (56) :

- Directeur – entretien le 10 juin 2014.
- Médecin coordonnateur de l’EHPAD, médecin généraliste libéral et président de la CME – entretien le 10 juin 2014.

- IDE au sein du service de Médecine / SSR depuis décembre 2011 – entretien le 10 juin 2014.

Au Centre hospitalier de Janzé (35) :

- Directrice, en poste depuis 2012 – entretien le 24 juin 2014.
- Médecin coordonnateur du service de Médecine / SSR et médecin généraliste libéral, président de la CME – entretien le 24 juin 2014.

Au Centre hospitalier des Marches de Bretagne (35) :

- Directrice – entretien le 3 juillet 2014.
- Médecin coordonnateur et Médecin généraliste libéral, président de la CME – entretien le 3 juillet 2014.

Autres acteurs :

- Directrice médicale à l'URPS ML de Bretagne depuis janvier 2013 et ancien médecin généraliste libéral au sein de la SCP de Saint-Méen-le-Grand – entretien le 26 mai 2014.
- Président de l'A.N.C.H.L et Directeur du CHL de Lamballe (22) – entretien le 22 janvier 2014.
- Président de l'A.G.H.L et Médecin libéral intervenant au CHL de Craon et Renazé (53) – entretien le 14 mai 2014 dans le cadre d'une réunion régionale de l'A.N.C.H.L à Lamballe.

## Annexe 2

	Population	Densité de population	Revenu net moyen par foyer fiscal	% foyers fiscaux imposables	Part du secteur primaire (agriculture)
Canton de St Méen le Grd	10 641	<b>57,7 hab. / km<sup>2</sup></b>	<b>17913 euros</b>	45 %	32,4 %
Canton de Montfort/Meu	27 886	<b>130,8 hab. / km<sup>2</sup></b>	<b>23632 euros</b>	59,6 %	20,3 %

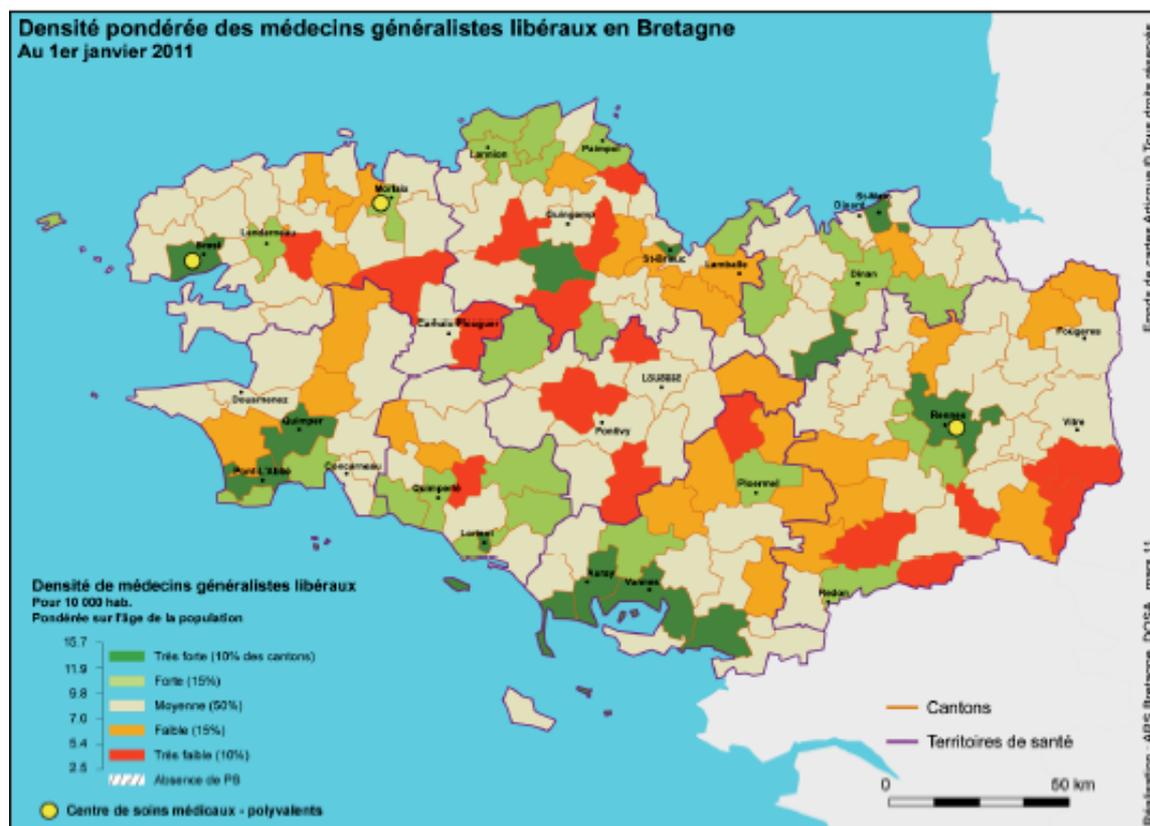
Tableau : Comparaison populationnelle entre les Cantons de Saint-Méen-le-Grand et de Montfort-sur-Meu – Source : INSEE 2009

## Annexe 3



Carte 1 : Qualification de l'offre de soins de premier recours en Bretagne

## Annexe 4



Carte 2 : Densité pondérée des médecins généralistes libéraux en Bretagne

## Annexe 5

Types de prise en charge	Mode de rémunération
Médecine	Au maximum 1C par jour et par patient pendant 14 jours puis 4C par semaine
SSR	3C par semaine et par patient
USLD	2C par mois et par patient
Actions de formation	5C par ½ journée dans la limite de 10 ½ journées par an et par médecin
Coordination	Rémunération fixée par contrat avec le directeur d'établissement
Astreintes	1C par demi-journée, 2C par journée + 2C par nuit les samedis après-midi et fériés (dédommagement non cumulable avec celui des gardes de ville)

Source : Cour des Comptes

## Annexe 6 : Tableau comparatif DAF / Recettes T2A théoriques – Source : ARS Bretagne

Finiss	Etablissement	Médecine (sources : DGOS - PMSI 2011)					Activité de SSR					Projection d'évolution des recettes en 2013 (T2A MCO + SSR) *
		DAF CR 2011 (hors molécules onéreuses)	Recettes théoriques T2A en BR (hors molécules onéreuses)	Ecart DAF CR - T2A	Indice de modulation médecine	Projection d'évolution des recettes MCO (en 2013) *	DAF CR 2010	Recette théoriques T2A	Ecart DAF CR T2A	Indice de modulation SSR	Projection d'évolution des recettes MCO (en 2013) *	
290000090	CH Crozon	410 936,00	569 236,54	-158 300,54	0,72	38,5%	857 978,00	668 622,11	189 355,89	1,28	-22,1%	-2,4%
290000108	CH Lesneven	1 310 565,00	1 627 760,99	-317 195,99	0,81	24,2%	1 693 148,00	1 972 647,43	-279 499,43	0,86	16,5%	19,9%
290000116	CH de Lannour	-	-	-	-	-	1 296 127,00	1 084 699,30	211 427,70	1,19	-16,3%	-16,3%
290000751	CH St Renan	1 691 508,00	1 754 629,83	-63 121,83	0,96	3,7%	1 506 668,00	1 843 999,11	-337 331,11	0,82	22,4%	12,5%
560002198	CH du Faouet	794 673,00	776 444,90	18 228,10	1,02	-2,3%	1 336 380,00	831 513,08	504 866,92	1,61	-37,8%	-24,5%
560000077	CH Josselin	-	-	-	-	-	926 835,00	1 141 469,08	-214 634,08	0,81	23,2%	23,2%
560000085	CH Yves Lanco Le Palais	1 967 209,00	1 168 500,14	798 708,86	1,68	-40,6%	758 598,00	592 970,85	165 627,15	1,28	-21,8%	-35,4%
560002065	CH Malestroit	675 374,00	504 015,56	171 358,44	1,34	-25,4%	1 357 746,00	1 345 324,06	12 421,94	1,01	-0,9%	-9,0%
560002222	CH de la Basse Vilaine - Nivillac	-	-	-	-	-	965 341,00	1 166 138,77	-200 797,77	0,83	20,8%	20,8%
350000089	CH La Guerche de Bretagne	2 290 850,00	1 863 170,55	427 679,45	1,23	-18,7%	541 348,00	800 503,27	-259 155,27	0,68	47,9%	-6,0%
350002010	CH Saint-Brice en Cogles	983 017,00	173 160,17	809 856,83	5,68	-82,4%	571 872,00	932 705,46	-360 833,46	0,61	63,1%	-28,9%
350002291	CH Janzé	1 602 453,00	1 295 743,70	306 709,30	1,24	-19,1%	927 440,00	1 758 881,43	-831 441,43	0,53	89,6%	20,7%
350002309	CH du Grand Fougeray	-	-	-	-	-	324 680,00	195 943,31	128 736,69	1,66	-39,7%	-39,7%
350002317	CH Monfort sur Meu	468 664,00	991 631,95	-522 967,95	0,47	111,6%	2 342 228,00	2 152 255,80	189 972,20	1,09	-8,1%	11,8%
350002325	CH Antrain	445 629,00	871 755,38	-426 126,38	0,51	95,6%	2 780 016,00	4 401 008,55	-1 620 992,55	0,63	58,3%	63,5%
350002333	CH Saint-Méen le Grand	990 835,00	1 204 667,95	-213 832,95	0,82	21,6%	2 178 174,00	2 379 742,18	-201 568,18	0,92	9,3%	13,1%
560002206	CH Carentoir	848 625,00	543 703,55	304 921,45	1,56	-35,9%	383 767,00	571 907,40	-188 140,40	0,67	49,0%	-9,5%
350000204	CH Comboury	-	-	-	-	-	1 492 310,00	1 258 922,52	233 387,48	1,19	-15,6%	-15,6%
3500040291	CH Cancele	-	-	-	-	-	1 427 763,00	1 757 161,86	-329 398,86	0,81	23,1%	23,1%
220000178	CH Lamballe	1 527 484,00	1 905 724,12	-378 240,12	0,80	24,8%	1 371 354,00	1 614 573,78	-243 219,78	0,85	17,7%	21,4%
220000186	CH Quintin	1 275 682,00	1 104 314,84	171 367,17	1,16	-13,4%	-	-	-	-	-	-13,4%
560000259	CH Guéméné sur Scorff	1 675 770,00	1 439 038,83	236 731,17	1,16	-14,1%	1 395 001,00	1 759 175,35	-364 174,35	0,79	26,1%	4,2%
<b>Total</b>		<b>18 959 274,00</b>	<b>17 793 498,98</b>	<b>1 165 775,02</b>	<b>1,07</b>	<b>-6,1%</b>	<b>26 434 774,00</b>	<b>30 230 164,69</b>	<b>-3 795 390,69</b>	<b>0,87</b>	<b>14,4%</b>	<b>5,8%</b>
350048518	CH des Marches de Bretagne	1 428 646,00	1 044 915,55	383 730,46	1,37	-26,9%	3 351 888,00	5 333 714,01	-1 981 826,01	0,63	59,1%	33,4%

**Méthodologie**

Les projections d'évolution (\*) = - Ecart DAF CR - T2A / DAF CR

**Sources :**

Bases régionales PMSI MCO et SSR 2011 et 2010 (ATIH)  
DAF médecine CR 2011 (hors molécules onéreuses) et DAF SSR CR 2010

## Annexe 7



Centre Hospitalier  
36 rue des Bergères  
56320 LE FAOUET

tél. 02 97 23 08 99  
fax : 02 97 23 04 90

### Référentiel d'intervention médicale

#### Service médecine-ssr

**Article D 6124-177-4 du CSP :** *Le titulaire de l'autorisation prend toutes mesures propres à assurer la continuité médicale des soins des patients dont il a la charge. L'organisation mise en place à cet effet vise à assurer un délai d'intervention du médecin compatible avec la sécurité des patients.»*

#### 1. Délai et fréquence des passages du médecin traitant

- ⇒ Une visite dans les 24 heures de l'entrée physique du patient
- ⇒ Dans le cadre de la médecine, au min. une visite quotidienne (du lundi au samedi matin hors jours fériés)
- ⇒ Dans le cadre du SSR, au min. 3 visites hebdomadaires

#### 2. Prise en charge en soins palliatifs

- ⇒ Renseignement du dossier soins palliatifs
- ⇒ Participation à la réunion pluridisciplinaire relative à chaque étape de la prise en charge
  - coordination initiale
  - coordination de retour au domicile
  - coordination de fin de vie

#### 3. Les absences

- ⇒ Les dates des absences et les coordonnées du remplaçant sont transmises au directeur et au médecin coordonnateur
  - le remplaçant en clientèle privée peut dispenser des soins dans l'établissement public de santé
  - en dehors de ce cas, tout remplacement nécessitera le recours à un confrère du secteur

#### 4. Renseigner le dossier patient

- ⇒ Assurer la traçabilité...
  - des antécédents
  - des prescriptions thérapeutiques
  - de tout changement dans l'état de santé du patient
  - de ses interventions (demande de consultations spécialisées ou d'examens)
  - des consignes données aux paramédicaux qui assurent la mise en œuvre des soins prescrits
- ⇒ ...permettant le recueil de façon exhaustive des données d'activité au titre du PMSI
- ⇒ Transmettre au directeur un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient

#### 5. Respecter les réglementations applicables à la profession et à l'établissement

- Respecter le code de déontologie médicale
- Respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles
- Respecter le livret thérapeutique de l'établissement
- Satisfaire à ses obligations de développement professionnel continu

Raphaël LAGARDE

Dr. Philippe GERARD

Directeur

Président de la CME



## Proposition d'organisation

### Projet thérapeutique en service de soins de suite et de réadaptation

#### OBJECTIFS ASSOCIES A LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET THERAPEUTIQUE EN SSR

- Donner une **vision claire** au patient de la prise en charge, notamment en synthétisant la décision médicale et en fixant des objectifs thérapeutiques à court ou moyen terme avec en vue la sortie du patient du service. Cela implique donc de :
  - (1) Formaliser la prise en charge en soins proposée au sein du service, en tenant compte des attentes du patient, et de la réévaluer lorsque cela est nécessaire.
  - (2) Envisager avec le patient dès les premiers jours, lorsque cela est possible, la durée prévisionnelle de son séjour dans le service, **une échéance**.
  
- Favoriser la **coordination inter professionnelle autour du médecin référent**.

#### MODALITES PRATIQUES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET THERAPEUTIQUE

##### Besoins identifiés :

- Nécessité d'un (de) temps d'échange entre les professionnels concernés.
- Nécessité du recueil de l'adhésion du patient aux objectifs de soins et de ses attentes éventuelles.

**Objectif pratique :** Mise en place de réunions de bilan pluri professionnelles au lit du patient.

Le temps d'échange pourrait en effet avoir lieu, dans la mesure du possible, au lit du patient. Cela nous apparaît être une modalité d'organisation plus pratique pour recueillir son adhésion, ses attentes.

Le cadre du service de soins de suite serait chargé de proposer aux professionnels concernés le temps de synthèse nécessaire et d'organiser les modalités pratiques de la réunion, en fonction des disponibilités de chaque professionnel.

Est également envisagée la possibilité de déléguer le suivi du projet thérapeutique au médecin rééducateur lorsque la prise en charge du patient relève essentiellement de son champ de compétence. La supervision du patient demeurera cependant de la compétence du médecin référent.

## **CONSTRUCTION SUR OSIRIS DU PROJET THERAPEUTIQUE**

Des facilités : la plupart des données peuvent être extraites directement, notamment celles du bilan médical : motifs d'hospitalisation, antécédents, prescriptions.

Seules les attentes du patient éventuelles et les objectifs thérapeutiques doivent être rédigés par le médecin référent.

PORTIER

Elie

Décembre 2014

**Directeur d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux**

Promotion 2013 - 2014

**Médecine libérale et / ou médecine salariée dans les Centres hospitaliers « ex – hôpitaux locaux »**

**Résumé :**

Le fonctionnement médical dans les Centres hospitaliers locaux a été pointé comme une problématique actuelle majeure par la Cour des Comptes en 2013. De fait, les ex hôpitaux locaux, majoritairement implantés en zone rurale sur des territoires potentiellement confrontés au phénomène de désertification médicale, se doivent aujourd'hui de questionner leur fonctionnement médical, basé à l'origine et pour l'essentiel sur l'intervention de médecins généralistes libéraux.

A ce phénomène général de désertification s'ajoute l'augmentation parallèle des besoins médicaux au sein des Centres hospitaliers locaux (CHL) : informatisation de la production de soins, charge en soins accrue des patients, de nouvelles exigences en matière de qualité et de sécurité des soins etc.

Le passage, en tout ou partie, à une médecine salariée apparaît donc comme une solution face à ces nouvelles problématiques, solution que les directions de CHL doivent appréhender au regard d'une réflexion plus globale sur le rôle d'un Centre hospitalier local, dans le lien ville – hôpitaux, dans sa proximité avec les acteurs locaux du territoire, et en premier lieu les médecins libéraux.

**Mots clés :**

Médecine libérale, hôpital local, permanence des soins, continuité des soins, parcours de santé, démarche qualité, instance

*L'Ecole des Hautes Etudes 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.*