



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2003 –

**L'ÉVOLUTION DU RÔLE DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX À L'HÔPITAL LOCAL**

– Groupe n° 6 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 8 élèves en formation initiale

Animateur/trice(s)

– *Dr DENIS Martine*

Sommaire

INTRODUCTION	- 1 -
1 LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET L'HOPITAL LOCAL : DES MISSIONS CONVERGENTES AU BENEFICE DES PATIENTS.	- 2 -
1.1 LE MEDECIN GENERALISTE LIBERAL ET L'HOPITAL LOCAL : CARACTERISTIQUES ET MISSIONS :	- 2 -
1.1.1 <i>le rôle du médecin généraliste</i> :.....	- 2 -
1.1.2 <i>La médecine libérale en France</i> :	- 5 -
1.1.3 <i>Les missions et l'organisation de l'hôpital local</i>	- 6 -
1.2 UNE RENCONTRE NECESSAIRE POUR FAIRE FACE A L'EVOLUTION DES BESOINS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX.....	- 8 -
1.2.1 <i>L'hôpital local au cœur des enjeux de santé publique</i>	- 8 -
1.2.2 <i>Médecin généraliste et hôpital local : des intérêts communs</i>	- 9 -
2 UNE SYNERGIE DIFFICILE A METTRE EN ŒUVRE	- 11 -
2.1 DES EXIGENCES INSTITUTIONNELLES SOURCES DE CONTRAINTES POUR LES MEDECINS.....	- 11 -
2.1.1 <i>La continuité et la permanence des soins</i>	- 11 -
2.1.2 <i>L'implication des médecins libéraux généralistes dans la vie institutionnelle</i>	- 13 -
2.2 LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX VIS A VIS DE L'HOPITAL LOCAL : DES EXIGENCES PARTIELLEMENT SATISFAITES.....	- 16 -
2.2.1 <i>L'émergence de nouvelles aspirations des médecins</i>	- 16 -
2.2.2 <i>Un besoin de reconnaissance partiellement satisfait</i>	- 17 -
3 DES PERSPECTIVES QUI RELEVANT D'UNE APPROCHE COLLECTIVE DE SANTE PUBLIQUE	- 18 -
3.1 L'IDENTIFICATION DES BESOINS.....	- 18 -
3.1.1 <i>Les besoins des patients du bassin de proximité</i>	- 18 -
3.1.2 <i>Les besoins des médecins généralistes libéraux</i>	- 19 -
3.2 LA REAFFIRMATION DE LA PLACE DES HOPITAUX LOCAUX DANS L'OFFRE DE SOINS.....	- 21 -
3.2.1 <i>L'hôpital local, premier niveau de prise en charge sanitaire</i>	- 21 -
3.2.2 <i>le développement de nouvelles orientations</i>	- 21 -
3.3 L'EVOLUTION VERS UNE LOGIQUE DE COORDINATION ET DE CONTRACTUALISATION.....	- 22 -
3.3.1 <i>la création de filière et le travail en réseau</i>	- 22 -
3.3.2 <i>La contractualisation interne</i>	- 22 -
3.3.3 <i>la contractualisation externe</i>	- 24 -
CONCLUSION	- 25 -
Bibliographie	27
Liste des annexes	I

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de nos entretiens, pour le temps qu'ils nous ont consacré et l'intérêt de leurs propos :

- Madame AUVRAY, Cadre socio-éducatif, hôpital de Sète
- Monsieur BEAVOGUI - Directeur de l'hôpital local de Mauléon (79)
- Monsieur BLITTE - Directeur de l'hôpital local de Lys-Hyrôme (49)
- Monsieur CARRASCO - Médecin coordonnateur à l'hôpital local de Joyeuse (07)
- Monsieur CREZET - Médecin coordonnateur à l'hôpital local de Lys-Hyrôme (49)
- Madame DENIS Martine – Animateur du groupe
- Dr Eric Dubois, Médecin généraliste libéral, président de la CME de l'HL de Houdan (78), Médecin coordinateur et vice-président de l'association nationale des Médecins généralistes des hôpitaux locaux
- Madame GAZEL – Cadre de santé, St Pons de Thomière
- Madame HAEFFELE - Directeur de l'hôpital local de KAYSERSBERG (68)
- Monsieur LABBE - Médecin coordonnateur de l'hôpital local de Saint Romain de Colbosc (76)
- Monsieur LORSON, Directeurs des hôpitaux locaux de Houdan (78) et Montfort-l'Amaury (78) et Président de l'Association nationale des hôpitaux locaux
- Monsieur MARTINEZ - Directeur de l'hôpital local de Neuville Fontaine (69)
- Monsieur MULLER - Médecin intervenant à l'hôpital local de KAYERSBERG (68)
- Monsieur ROURESSOL – Cadre de santé, Bagnols sur cèze
- Monsieur SOUCHEAU - Médecin coordonnateur à l'hôpital local de Mauléon (79)
- Monsieur STOLL - Maire de KAYSERSBERG (68)
- Monsieur TARDIF - Chargé de mission à l'ARH Bretagne (35)
- Monsieur VERNAZ - Médecin coordonnateur Association Régionale des Caisses de Mutualité Agricole - Montpellier (34)
- Monsieur VIALLE - Directeur de l'hôpital local de Joyeuse (07)

- Madame VIDAL-BOROSI - Chargée de mission auprès de l'Association Régionale des Caisses de Mutualité Agricole - Montpellier (34)
- Monsieur WITTMANN - Ancien directeur de l'hôpital local d'Agde de Marseillan (34)

Liste des sigles utilisés

- **ANHL** : Association Nationale des Hôpitaux Locaux
- **ANMGHL** : Association Nationale des Médecins Généralistes d'Hôpitaux locaux
- **ARCMSA** : Association Régionale des Caisses de Mutualité Agricole
- **ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- **CMU** : Couverture Maladie Universelle
- **CPOM** : Contrat pluriannuel d'Objectifs et de moyens
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **DARH** : Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes
- **GHM** : Groupe Homogène de Malades
- **PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- **URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Vieillesse inéluctable de la population, morbidité accentuée, consumérisme au niveau des soins, accroissement continu des dépenses de santé, mais aussi désertification rurale, densité médicale inéquitable : tels sont les enjeux multiples auxquels sont confrontés la société et en particulier le système de santé français.

Parce que soigner c'est prendre en compte l'histoire et la vie de chacun pour lui permettre de rester maître de son destin, les soins, du domicile à l'hôpital doivent prendre en compte la diversité des besoins.

Ainsi, le médecin généraliste a un rôle déterminant dans le diagnostic initial et l'orientation des personnes soignées. Dans un environnement rural l'hôpital local, de par sa proximité et ses missions de soins, d'hébergement ou de réadaptation, mais aussi de par son statut juridique, est au cœur du dispositif sanitaire et médico-social dans une stratégie de coordination et de collaboration dans une logique d'aménagement du territoire que peut renforcer l'évolution des technologies de communication. Le médecin généraliste libéral peut alors trouver dans l'hôpital local un outil performant permettant de mieux prendre en charge ses patients, d'autant que 95% des médecins exerçant à l'hôpital local sont des médecins libéraux rémunérés à l'acte.

Par ailleurs, la récente circulaire ministérielle du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local élargit considérablement ces dernières dans une approche de santé publique novatrice. En effet, une recherche de corrélation entre la redéfinition et l'organisation de la fonction médicale et le développement d'une offre de soins diversifiée y est posée comme fondement.

Si ces perspectives semblent relever du bon sens, néanmoins, la réalité est peut-être plus contrastée. En effet, si les finalités de l'hôpital local et des médecins généralistes libéraux se rejoignent sur le concept de proximité des soins au bénéfice du patient, leurs intérêts sont parfois divergents.

Afin d'appréhender les contours de la situation, nous avons souhaité rencontrer différents acteurs qui ont nous ont livré leurs perceptions au cours d'entretiens¹.

Ainsi, si les médecins généralistes libéraux et l'hôpital local ont des missions convergentes au bénéfice du patient (I), la mise en œuvre d'une synergie reste difficile (II). L'évolution du rôle du médecin généraliste à l'hôpital local s'inscrit alors dans une approche collective de santé publique (III).

¹ Cf annexe 1 : méthodologie.

1 LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET L'HOPITAL LOCAL : DES MISSIONS CONVERGENTES AU BENEFICE DES PATIENTS.

Afin d'orienter l'angle d'approche de notre sujet, il nous apparaît pertinent de définir chacun des termes qui en constituent un élément clé.

1.1 le médecin généraliste libéral et l'hôpital local : caractéristiques et missions :

La définition précise du médecin généraliste et de l'hôpital local passe par l'identification de leurs missions respectives. Toutefois, même si ces définitions sont issues de travaux d'équipes ou relèvent de textes législatifs différents en constante mutation, il est souhaitable d'analyser les points de convergence et/ou de divergence des rôles de chacun des acteurs.

1.1.1 le rôle du médecin généraliste :

La caractéristique du médecin généraliste se définit par la spécificité de son intervention, c'est à dire par l'exercice d'une médecine de soins primaires qui appréhende l'individu dans sa globalité et dans son milieu naturel. Ainsi, le groupe de Leeuwenhorst² définit le médecin généraliste comme suit :

« le généraliste est un diplômé de médecine qui donne des soins personnels, de premier recours et continus à des individus, des familles et à un groupe de population, sans considération d'âge, de sexe ni de pathologie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. »

La médecine générale s'exerce dans le cadre d'un système de santé organisé et structuré par l'Etat, soumis à une législation précise qui définit les rôles respectifs des acteurs et les liens qui existent entre eux.

On peut répertorier cinq grandes fonctions du médecin généraliste :

Le premier recours, la prise en charge globale, la continuité des soins, la coordination des soins et rôle de santé publique.

² En 1974, un groupe de médecins s'est réuni dans la ville de Leeuwenhorst pour définir les principes de la médecine générale. Ce groupe a donné naissance à l'European Academy of Teachers in General Practice (EURACT).

la fonction de premier recours

Cette fonction permet la prise en charge de toutes les plaintes des individus dans le but de prendre une décision adaptée pour la santé du patient. La décision de premier recours peut être prise seul par le médecin généraliste (avec éventuellement l'intervention de professionnels paramédicaux et/ou sociaux), ou en sollicitant un recours extérieur (médecins spécialistes en ambulatoire ou structure à plateau technique lourd).

La place du médecin généraliste au sein du système de soins primaires en fait un acteur privilégié pour le recueil de plaintes non sélectionnées, à la frontière du normal et du pathologique, au stade précoce des maladies, dès l'émergence des symptômes.

La fonction de premier recours pose la question de l'équipement des médecins généralistes (accueil, matériel de petite chirurgie, etc.) et de leur participation aux structures permanentes de soins (tours de garde, associations médicales d'urgences, centre 15, etc.).

la prise en charge globale

L'environnement, les conditions psychosociales et les événements qui surviennent dans la vie courante conditionnent l'état de santé d'un individu. Les démarches diagnostiques et thérapeutiques doivent intégrer ces paramètres complexes. Cette approche globale permet de prendre en compte à un moment donné autant les paramètres biomédicaux (l'organe) que psychologiques (la personne) ou socio-environnementaux (l'environnement). Le médecin généraliste établit alors un diagnostic de situation.

L'action du médecin généraliste s'inscrit dans la durée. Cela lui permet de s'imprégner de l'histoire personnelle et familiale du patient, de ses conditions matérielles de vie (son habitat, ses loisirs, ses conditions de travail, etc.). Il peut ainsi identifier les principales situations à risque (tant sur le plan physique que psychologique), apprécier les relations entre les différents symptômes, affections ou problèmes présentés, élaborer des projets thérapeutiques et obtenir l'adhésion du patient à ce projet thérapeutique.

Ainsi la prise en charge globale est une démarche centrée sur le patient.

la continuité des soins

La continuité des soins se construit sur une succession d'actes. Chacun de ces actes se limite à un temps mais s'inscrit pourtant dans la durée. Certaines affections telles que le diabète, nécessitent un suivi au long cours tandis que d'autres, (la grippe par exemple) font l'objet d'actes ponctuels. Chacun de ces actes se limite à un lieu mais il doit être relié à ceux effectués en d'autres temps et en d'autres lieux.

Le dossier médical est l'indispensable outil de la continuité des soins. Il mémorise les données importantes de l'histoire médicale des patients. Il facilite la coordination des soins lorsque plusieurs intervenants sont consultés. Cette cohérence de soins nécessite la personnalisation et la constance de la relation soignante.

L'assurance du suivi permet d'optimiser les traitements lorsque de nouveaux symptômes apparaissent et d'éduquer le patient à l'autogestion de sa santé.

la coordination des soins

Le médecin généraliste réalise une grande partie des actes médicaux, mais l'état de santé du patient peut nécessiter le recours à d'autres intervenants que le médecin traitant habituel. La synthèse de ces différentes interventions, la circulation de l'information et l'utilisation cohérente des circuits de soins exigent l'existence d'un dispositif de coordination.

Le dispositif de coordination mobilise les ressources adaptées au diagnostic, qu'elles soient médicales ou médico-sociales. Le médecin généraliste remplit généralement un rôle de pivot au sein du système de soins.

Pour mener à bien cette coordination, le médecin généraliste doit posséder une connaissance des acteurs et des réseaux existants dans son environnement, se tenir informé des possibilités diagnostiques et thérapeutiques disponibles et proposer au besoin une démarche dans le champ social (CMU, Mission locale, etc.).

Le développement des filières de soins, des réseaux coordonnés permet de mettre en place un travail d'équipe autour du patient qui contribuera à l'amélioration de la qualité des soins.

le rôle de santé publique

« le médecin généraliste doit savoir comment et quand intervenir à l'aide de traitements, de prévention et d'éducation pour promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il doit reconnaître qu'il a également une responsabilité professionnelle vis à vis de la collectivité. » (Groupe de Leeuwenhorst, 1974).

Le système de santé repose sur une double préoccupation de la santé individuelle et de la santé publique qui intègre une dimension collective de l'exercice médical. La santé publique est une démarche vise à l'amélioration de la santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, la surveillance des risques majeurs et l'intervention épidémiologique.

Le médecin généraliste a pour mission de gérer au quotidien la santé des patients qui s'adressent à lui. Il exerce pour cela soit dans le cadre de la médecine curative soit dans celui de la médecine préventive.

La médecine curative a pour objet une personne particulière. Elle est habituellement une réponse du médecin à une demande du patient. La médecine préventive comporte plusieurs niveaux, d'intervention, allant de l'individu aux communautés les plus larges. L'éducation pour la santé et le dépistage précoce font partie de la médecine préventive.

1.1.2 La médecine libérale en France :

les principes

la charte médicale de 1927 énonce les quatre principes de la médecine libérale. Le premier principe concerne la liberté de choix du lieu d'installation du médecin. Ce principe pourrait être menacé par des incitations volontaires ou coercitives comme indiqué par les propos de M MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, dans une interview accordée à l'Expansion³. Le deuxième principe concerne la liberté de choix par le malade de son médecin (liberté limitée depuis l'instauration à titre expérimental depuis 1997, du contrat de confiance avec médecin référent). Le troisième principe préconise la liberté de prescription du médecin qui est remise en cause depuis 1999, par l'introduction d'une clause de responsabilité dans la loi de financement de la Sécurité Sociale qui prévoit de pénaliser financièrement les médecins, en cas de dépassement de l'enveloppe consacrée aux prescriptions. Enfin, le dernier principe consacre la liberté de fixation des honoraires par entente directe entre le médecin et son client, essentiellement caractérisée par le " paiement de l'acte " sans intervention de " tiers payant " et assortie du secret professionnel. Elle est de longue date remise en cause par la mise en place des dispositifs conventionnels et par l'extension du système du tiers payant (notamment autour de la notion de médecin référent).

Mais à la différence de certains pays développés, où les soins sont assurés par un service national de santé avec salariat, trois systèmes existent en France : la médecine salariée hospitalière, la médecine salariée dans des centres de mutuelles et la médecine libérale payée à l'acte, appliquant une convention signée avec les trois caisses maladie des salariés, des agriculteurs, des artisans et commerçants. Cette convention, outre des

³ dans cet entretien accordé au cours du mois de juillet, monsieur MATTEI affirme : « je ne peux pas continuer à laisser les médecins libéraux tous exercer dans des régions agréables à vivre et assister à la désertification médicale des cantons ruraux ou de des vallées de haute montagne. Si les médecins n'y vont pas comme il convient, je vais bien être obligé de les envoyer ».

règles d'autodiscipline sur l'activité des praticiens, prévoit la négociation annuelle des tarifs d'honoraires sur lesquels sont calculés les remboursements aux malades.

Les systèmes conventionnels

Pour concilier les principes de la médecine libérale et ceux de la socialisation des risques, Il existe un système de convention. Il s'agit en fait d'une convention à trois partenaires:

- l'Assurance maladie qui est le payeur ;
- le corps médical qui est l'ordonnateur des dépenses ;
- les pouvoirs publics, qui ont en charge la politique de santé, fixent le cadre économique de la convention

1.1.3 Les missions et l'organisation de l'hôpital local

L'ordonnance du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière a fixé les bases du système hospitalier actuel. Elle instituait un hôpital de proximité dans les zones rurales sous l'appellation « hôpital rural ». La loi hospitalière de 1970 l'a renommé « hôpital local ». Cet hôpital ne doit posséder ni service d'urgence ni service de chirurgie ou de spécialité médicale.

L'hôpital local est une organisation qui associe le secteur public et le secteur libéral. Il fonctionne en effet pour l'essentiel avec le concours des médecins généralistes rémunérés à l'acte qui trouvent dans l'hôpital local un moyen de servir l'intérêt général tout en préservant dans leur pratique quotidienne les marges de liberté qu'ils désirent conserver.

Du fait de sa localisation dans des zones rurales ⁴, l'hôpital local représente la première structure hospitalière de proximité grâce à une prise en charge à la fois généraliste et polyvalente. Il conserve sa vocation de soin avec des lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation. Son activité peut être spécialisée pour mieux répondre aux besoins locaux en fournissant, par exemple, des soins de gériatrie, d'alcoologie ou de soins palliatifs. Il participe en outre à l'accès aux soins ambulatoires de l'ensemble de la population. En développant des consultations externes avancées, en psychiatrie par exemple, en ophtalmologie ou en ORL, l'hôpital local prend toute sa place dans une organisation de soins graduée et est reconnu comme un acteur indispensable et unique dans son approche de l'offre de soins.

Une caractéristique de l'hôpital local, c'est sa souplesse. Il sait en effet ajuster très rapidement sa réponse aux besoins de la population tout en l'articulant avec efficacité à celle des autres acteurs sanitaires et sociaux. L'hôpital local fournit un bon exemple de

⁴ Annexe 1 : localisation des 350 hôpitaux locaux en métropole

rapprochement souhaitable entre le secteur sanitaire et le secteur social (surtout pour la prise en charge des personnes âgées). Lieu d'hospitalisation où les patients peuvent être soignés au plus près de leur environnement quotidien et de leur entourage familial, il pratique une prise en charge qui permet d'assurer de façon complémentaire qualité de soins et qualité de vie.

Le décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux constitue la base juridique du statut des médecins généralistes libéraux intervenant à l'hôpital local. Pour pouvoir exercer à l'hôpital local, le médecin généraliste libéral doit être autorisé par le D.A.R.H.. Il établit la liste des médecins autorisés à condition que ceux-ci respectent le projet d'établissement et s'engagent à exercer dans la zone géographique de référence de l'hôpital afin de pouvoir contribuer à la permanence des soins. L'autorisation est valable cinq ans. Elle est donnée après avis de la CME.

Les médecins généralistes libéraux ne peuvent intervenir que dans les services de médecine, de soins de longue durée ou de soins de suite et de réadaptation dans lesquels ils peuvent d'ailleurs côtoyer des praticiens hospitaliers. Leur nombre d'actes par patient est limité en fonction de la section d'hospitalisation.

Les médecins sont rémunérés par la sécurité sociale après transmission d'un état mensuel, visé par le directeur de l'établissement, récapitulant les actes effectués par patient. Leur rémunération s'élève à 90% de la valeur de l'acte, le reste est reversé à l'hôpital pour contribuer aux frais d'investissement et d'exploitation correspondant à leur activité.

L'exercice libéral au sein d'une institution nécessite la présence d'un acteur qui concilie les logiques libérales et institutionnelles : **le médecin coordonnateur**.

Les missions du médecin coordonnateur sont définies par l'article R.711-6-18 du C.S.P.

Puisque les médecins généralistes libéraux interviennent pour le suivi de leurs patients au sein de l'hôpital local, leur activité doit s'inscrire dans le cadre d'un travail collectif. Le médecin coordonnateur assure l'harmonisation des pratiques médicales au sein de l'hôpital local. Ces pratiques sont légitimées dans leurs définitions par un vote de la C.M.E.

Le médecin coordonnateur assure également la coordination des acteurs soignants (les médecins et les équipes de soins), et évalue les soins dispensés au sein de son établissement.

Par ailleurs, au sein des EHPAD, un médecin coordonnateur EHPAD, en sus du médecin coordonnateur sanitaire, assure la responsabilité du projet de soins pour les activités médico-sociales.

Ainsi l'hôpital local s'appuie essentiellement sur les médecins généralistes libéraux pour mener à bien ses missions. Mais afin de pérenniser l'intervention du médecin généraliste

libéral au sein de l'hôpital local, ce dernier doit offrir des prestations qui améliorent les conditions de travail des praticiens.

1.2 Une rencontre nécessaire pour faire face à l'évolution des besoins sanitaires et médico-sociaux

Le vieillissement de la population amène à redéfinir les modes de prise en charge des personnes âgées de plus en plus nombreuses et dépendantes et place l'hôpital local au cœur des enjeux actuels de santé publique. La prise en charge de la dépendance nécessite en effet une articulation des différents acteurs de santé.

Loin de remettre en cause le fonctionnement médical de l'hôpital local cette évolution donne de fait aux médecins généralistes un rôle de premier plan.

C'est pourquoi, hôpital et médecins ont des intérêts communs à développer leur collaboration pour faire face au développement des missions de la médecine de proximité.

1.2.1 L'hôpital local au cœur des enjeux de santé publique

La France connaît aujourd'hui une évolution démographique marquée par une augmentation considérable des personnes âgées et en particulier celles dites du « quatrième âge ». Les personnes de plus de 65 ans représentent en effet 16% de la population française, 2 millions de personnes ont 80 ans ou plus⁵.

En tant que structure légère d'hospitalisation et de prise en charge médico-sociale, l'hôpital local a su adapter son offre de soins aux besoins de la population en assurant une prise en charge des soins de proximité dans le cadre d'un bassin de vie.

Il doit aujourd'hui inscrire son action dans le cadre de filières de soins graduées assurant une prise en charge globale de la personne à la fois sur le plan médical, social ou psychologique.

Il faut en effet pouvoir traiter les épisodes aigus de personnes présentant des pathologies multiples liées à l'âge au sein de services de médecine, assurer les soins de suite des personnes convalescentes et une réadaptation adéquate afin de prévenir ou de limiter les effets de la dépendance.

⁵ Le Monde du 19 septembre 2003 : Assurance maladie : autopsie d'une faillite.

Dans son rôle de structure médico-sociale, l'hôpital local doit offrir des lieux de vie adaptés et de qualité pour les personnes dépendantes et assurer des prestations à domicile. Le développement de ce rôle est un enjeu de santé publique compte tenu des défis posés par l'évolution des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer⁶.

Si la place de l'hôpital local dans des filières de soin repose sur ses activités traditionnelles tournées vers les personnes âgées, les orientations actuelles de la politique sanitaire exprimées dans la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions des hôpitaux locaux dépassent le cadre de la gérontologie.

Il s'agit de réaffirmer l'hôpital local comme un premier niveau de prise en charge sanitaire en s'appuyant sur ses spécificités tout en étendant l'offre de soin à d'autres publics.

Cela passe par le développement de l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation ainsi que des alternatives à l'hospitalisation pour les personnes âgées. Mais également par des actions de prévention et d'éducation à la santé, ou par l'ouverture de consultations de tabacologie ou d'alcoologie. Sous certaines conditions, ils pourront également mettre en place des protocoles pour organiser d'éventuels accueils non programmés, en collaboration avec les services d'urgence.

Les hôpitaux locaux seront donc amenés à évoluer vers des structures plus médicalisées en renforçant le temps de présence médicale auprès du patient. De même, l'introduction ou la réintroduction de lits de médecine, selon les besoins identifiés au niveau d'un territoire, est un des axes privilégiés par la circulaire de mai 2003.

L'objectif est de faire de l'hôpital local «un lieu privilégié de complémentarité»⁷entre secteur sanitaire et social, établissements de santé et médecine de ville.

Il dispose pour cela d'un atout important pour permettre une prise en charge globale des patients de part son fonctionnement médical assuré par des médecins généralistes libéraux. Leur participation présente ainsi un intérêt certain pour le patient et pour l'hôpital local.

1.2.2 Médecin généraliste et hôpital local : des intérêts communs

⁶ Selon l'enquête épidémiologique « Personnes âgées Quid », 765 000 personnes de plus de 75 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer soit 17,8% de cette catégorie d'âge ; 135 000 nouveaux cas se déclarent chaque année. Le Monde du 21 septembre 2003

⁷ Message de Jean François Mattei aux assises nationales des hôpitaux locaux du Croisic, le 31 mai 2003.

Le renforcement de la médicalisation à l'hôpital local implique une polyvalence et une complémentarité des acteurs, nécessaires à une prise en charge optimisée des patients âgés présentant des pathologies multiples. Si l'inscription dans des réseaux de soins permet une prise en charge graduée entre structures hospitalières, la présence des médecins généralistes s'avère tout aussi indispensable pour assurer une prise en charge globale du patient en lien avec son domicile.

Le développement de l'offre de soins au sein de l'hôpital local rend en effet de plus en plus importante la présence d'un acteur capable d'assurer la synthèse des informations médicales, psychologiques et sociale.

Le médecin généraliste intervenant à l'hôpital local est là particulièrement bien placé pour assurer le suivi de la situation de patients, en lien avec les différents acteurs de santé. Il s'agit bien souvent de patients qu'il suit en cabinet en ville et dont il connaît l'histoire médicale. La connaissance de ses aspects psychologiques et sociaux est également un atout dans la prise en charge de la dépendance tant ces facteurs influent sur la perte d'autonomie.

Le retour ou le maintien à domicile du patient est aujourd'hui un souci constant pour l'hôpital local. L'intervention du généraliste au domicile est ainsi essentielle au suivi médical d'un patient quittant l'hôpital local et permet souvent de réduire la durée de séjour et les réhospitalisations éventuelles. La présence du médecin de famille dans une équipe médicale, facilite le développement des alternatives à l'hospitalisation complète comme la mise en place des hospitalisations à domicile.

Le rapport de proximité du médecin généraliste avec le patient permet également de le guider au sein d'une filière de soins, assurant ainsi la continuité des soins et une qualité de prise en charge en lien avec son domicile. L'intervention du médecin généraliste libéral contribue parallèlement à ouvrir l'hôpital local sur l'extérieur en favorisant la mise en réseau de l'établissement et le rapprochement avec d'autres structures, grâce au développement des flux naturels de patients entre établissements.

Au-delà de l'atout pour l'hôpital local et de l'intérêt pour le patient d'être suivi par son propre médecin, il peut être également intéressant pour le médecin généraliste libéral d'inscrire son action au sein d'une structure comme l'hôpital local.

Intervenir au sein d'une telle structure de proximité lui permet d'assurer lui-même le suivi médical de sa clientèle en cas d'hospitalisation et de garder le contact avec elle, comme le soulignent les médecins rencontrés,

De plus, aujourd'hui le généraliste ne peut rester dans un exercice solitaire de la médecine. Le travail au sein d'une équipe médicale composée d'autres médecins rompt l'isolement intellectuel et permet le partage de connaissances entre collègues.

Les hôpitaux locaux offrent également la possibilité de travailler en collaboration avec un personnel soignant ce qui apporte des conditions de travail plus satisfaisantes pour le médecin comme pour les équipes soignantes.

Hôpital local et médecins généralistes libéraux ont par conséquent des intérêts communs à entretenir une collaboration étroite au service du patient. Les évolutions démographiques et les orientations actuelles des missions des hôpitaux locaux accentuent la nécessité du développement d'un partenariat profitable à l'un comme à l'autre.

Sur le terrain, le fonctionnement médical des hôpitaux locaux varie selon les contextes. Il est en effet souvent difficile d'organiser la rencontre des logiques propres à la médecine de ville et au fonctionnement hospitalier.

2 UNE SYNERGIE DIFFICILE A METTRE EN ŒUVRE

Alors que le travail des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local est une nécessité pour faire face aux nouveaux besoins de santé, des contraintes institutionnelles propres aux établissements et à l'évolution de la démographie du corps médical peuvent freiner leur implication dans ces structures. Pour s'attacher les compétences de ces professionnels, l'hôpital doit se rendre attractif en répondant aux attentes des médecins généralistes libéraux.

2.1 Des exigences institutionnelles sources de contraintes pour les médecins

L'hôpital local est en droit et en devoir d'exiger des médecins autorisés intervenant dans ses services d'assurer la permanence et la continuité des soins ainsi que de s'impliquer dans la vie institutionnelle. L'objectif de ces impératifs réside dans l'acquisition et le maintien de la meilleure prise en charge possible pour les patients et les résidents.

2.1.1 La continuité et la permanence des soins

La continuité des soins est une obligation du service public pour l'hôpital local. Cette exigence institutionnelle est diversement assurée par l'hôpital local compte tenu notamment du déclin de la démographie médicale dans les zones rurales.

Principes et réalité de la continuité des soins

La présence des médecins généralistes libéraux constitue une garantie de continuité des soins. Ils sont un « trait d'union » entre l'institution, le patient et sa famille. Ils possèdent des données pertinentes pour la prise en charge. Leur présence à l'hôpital local contribue aussi à la prévention de l'isolement en milieu rural. La prise en charge qu'offre l'hôpital local est donc personnalisée et globale, du fait de l'implication d'une équipe pluridisciplinaire.

Par ailleurs, il apparaît que les médecins s'inscrivent dans une prise en charge graduée. Ils ont donc recours à l'hôpital local pour hospitaliser des patients nécessitant la présence continue de soignants ainsi que l'utilisation d'un plateau technique minimum.

La continuité des soins à l'hôpital local passe par l'utilisation par le médecin des outils de communication institutionnalisés : dossier médical, réunions d'équipe, etc. Tous ces actes non cliniques prennent du temps, ce qui se traduit par des activités non indemnisées. De fait, les médecins sous-utilisent parfois les outils nécessaires à la continuité de la prise en charge, alors que c'est là une des exigences de l'hôpital local.

De plus, à l'occasion de notre enquête, nous avons appris que les hôpitaux locaux ont souvent recours à « SOS Médecins » ou au SAMU car les médecins généralistes libéraux n'assurent plus de garde à l'hôpital, ni même bien souvent en ville. Parfois, des astreintes médicales sont prévues au sein de l'hôpital. Néanmoins, ces cas sont très rares. Alors que la permanence des soins médicaux est une exigence de service public pour l'hôpital local, force est de constater qu'elle n'est pas toujours assurée dans des conditions optimales de sécurité et de bien être pour les patients.

L'évolution de la démographie médicale montre que l'hôpital local pourrait être confronté à une pénurie des médecins généralistes libéraux.

l'évolution de la démographie médicale

Comme le remarque le Haut Comité de la Santé Publique, il ne s'agit pas d'un problème de pénurie globale de médecins :

"jamais le nombre global de médecin n'a été aussi élevé dans notre pays, la densité de médecin est plus importante en France que dans certains pays économiquement comparables⁸".

Il manque des médecins surtout dans les zones rurales où sont précisément localisés les hôpitaux locaux. Les médecins paraissent assez réticents à s'implanter dans ces zones rurales. Les organismes et les professionnels auditionnés par le sénateur Charles Descours⁹ mettent en évidence le refus des médecins libéraux de s'installer et d'exercer dans des régions isolées et éloignées des centres urbains; ces professionnels chercheraient le plus souvent des lieux qui offrent un accès aisé à la plupart des services publics et commerciaux disponibles en ville.

En effet, si on a pu constater une augmentation de l'offre de médecine ambulatoire des années 1970 à aujourd'hui¹⁰, celle-ci n'a pas fait disparaître pour autant les disparités régionales et l'inclinaison des médecins pour s'installer dans des zones urbaines plutôt que rurales.

Alors que la répartition démographique s'est améliorée, les spécialistes font le constat de la persistance d'une surdensité de médecins dans les grandes métropoles et dans les régions du sud de la France¹¹. De plus, les médecins interrogés nous ont fait part de leur inquiétude en regard des futurs départs en retraite et du non remplacement éventuel.¹²

En plus de l'exigence de continuité et de permanence des soins liées à l'inscription de l'hôpital local dans le service public hospitalier, celui-ci doit aussi encourager les médecins généralistes libéraux à participer activement à la vie institutionnelle.

2.1.2 L'implication des médecins libéraux généralistes dans la vie institutionnelle

⁸ "Avis sur les orientations stratégiques", rapport triennal du HCSP *La santé en France en 2002*, in "actualité et dossier en santé publique" n°38 mars 2002

⁹ Rapport du Sénateur honoraire M.Charles Descours remis au Ministre : propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. D'après le communiqué du ministère de la Santé du 11 juin 2003.

¹⁰ De 1975 à 1998, l'effectif global des médecins (dont les deux tiers exercent en activité libérale) est passé de 77143 à 193200 en 1998. Source : annuaire des statistiques sanitaires et sociales, 1997, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville. SESI

¹¹ "actualité et dossier en santé publique" n°32, septembre 2000

¹² annexe 3 : part des médecins généralistes de plus de 55 ans par rapport au nombre total des médecins généralistes par cantons.

La participation des médecins généralistes libéraux apparaît parfois insuffisante, c'est pourquoi un dispositif d'incitation a été mis en place récemment.

Une participation des médecins au projet médical

a) *La nécessaire association des médecins au projet médical*

Il est nécessaire que les médecins généralistes libéraux intervenant à l'hôpital local participent activement à l'élaboration du projet médical. La Commission Médicale d'Établissement prépare avec le directeur le projet médical «qui définit pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.»¹³ Le projet médical regroupe donc les grandes orientations stratégiques d'évolution médicale de l'hôpital local.

Il est dans l'intérêt de tous que les médecins y soient le plus étroitement possible associés. En effet, pour être autorisés à exercer à l'hôpital local, les médecins généralistes libéraux doivent s'engager à respecter le projet d'établissement¹⁴ qui comprend le projet médical. Aussi, est-il plus facile de respecter les engagements qui ont été convenus lorsque les médecins ont été associés à leur définition. De même, le directeur a intérêt à obtenir le plus large consensus possible auprès des médecins intervenant à l'hôpital lors de la discussion du projet médical. Cela constituera une garantie pour les patients que les médecins respecteront les modalités de prise en charge définies dans le projet médical.

Cependant, si l'ensemble des partenaires a intérêt à participer à la définition du projet médical, certains médecins ne le font pas car cela prend du temps et ils sont peu disponibles.

b) *La coordination institutionnelle : une nécessité qui s'oppose à la culture socioprofessionnelle "libérale" des médecins*

La liberté d'organisation est une des principales caractéristiques de l'activité libérale des médecins. Force est de constater qu'à l'hôpital, les médecins doivent se plier à une organisation sur laquelle ils ne peuvent totalement influencer, ce qui contrarie le mode de fonctionnement propre à leur identité socioprofessionnelle. Un médecin nous disait ainsi : «travailler à l'hôpital local est contre-nature pour un médecin généraliste libéral. »

¹³ Art L.6 144-1-1 du code de la santé publique.

¹⁴ Art. R. 711-6-9 du code de la santé publique.

À l'hôpital, en effet, les médecins sont tenus de respecter le projet d'établissement, mais surtout, ils doivent être présents auprès des équipes pluridisciplinaires afin d'orienter la prise en charge. Cela se traduit par des horaires de visite prévus et préparés afin d'assurer une communication indispensable (dossier médical, réunions de synthèse) entre les différents professionnels. Toutefois, certains cadres soignants interrogés soulignent la difficulté de formaliser les relations avec les médecins libéraux. Les horaires de visite sont souvent inadaptés (très tôt le matin et tard le soir).

Le médecin généraliste libéral doit donc abandonner une partie de sa liberté au profit du travail en équipe. C'est à ce prix qu'un climat de confiance réciproque naît et permet une prise en charge de qualité. C'est pourquoi le médecin doit prendre connaissance du règlement intérieur de l'hôpital et s'engager à le respecter.

les incitations réglementaires à la participation au projet médical

La rémunération des réunions institutionnelles prévue récemment par un décret¹⁵, a diversement modifié les habitudes de participation des médecins. En effet, globalement, il semble que cette mesure ait eu un effet bénéfique sur la présence des médecins aux réunions. Cependant, certains des directeurs interviewés considèrent que cette rémunération (5 C / réunion, soit 100 euros) n'est pas suffisante. Un médecin libéral rencontré nous rapporte en effet qu'un médecin qui gagne entre 80 et 100 euros / heure en cabinet, ne peut que constater un manque à gagner lorsque les réunions institutionnelles dépassent une heure (ce qui est souvent le cas). Par ailleurs, nous avons rencontré un directeur hôpital local dans lequel l'ensemble des médecins a décidé de renoncer à cette enveloppe budgétaire à condition qu'elle soit utilisée à l'achat de matériel médical. Ce contre-exemple, cas particulier, démontre que l'argent, n'est pas le seul facteur de motivation des médecins à l'hôpital local. Il démontre aussi qu'il est extrêmement hasardeux de se risquer à faire des généralités en la matière.

¹⁵ Article 1^{er} du décret n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique.

2.2 Les attentes des médecins généralistes libéraux vis à vis de l'hôpital local : des exigences partiellement satisfaites

L'hôpital doit prendre en compte les nouvelles aspirations des médecins s'il veut être attractif pour ces professionnels. En la matière, notre enquête nous a montré que les exigences de reconnaissance des médecins restent partiellement satisfaites par l'hôpital local.

2.2.1 L'émergence de nouvelles aspirations des médecins

On peut penser que les évolutions sociologiques qui traversent la société française et le secteur de la santé ont un impact sur l'implication des médecins dans les structures sanitaires.

Deux phénomènes notamment pourraient faciliter ou au contraire modifier l'engagement des médecins à l'hôpital local.

Il s'agit tout d'abord de la **féminisation croissante** des médecins libéraux.

Selon certains acteurs de terrain que nous avons rencontré (Directeurs et médecins notamment), il semble en effet, que les femmes médecins qui représentent maintenant plus du quart de l'ensemble des praticiens libéraux, recherchent davantage que les hommes un mode d'exercice professionnel conciliant vie familiale et vie professionnelle. Pour certains directeurs rencontrés les femmes choisissent plutôt des emplois à « temps partiel », ce qui limite leur présence en établissement.

On peut observer ensuite, que les **aspirations des médecins** tendent à changer considérablement quant à l'exercice du métier de médecin. Aujourd'hui, beaucoup de médecins généralistes libéraux souhaitent se rapprocher des conditions de travail qui jusque là étaient propres aux salariés (35 heures, cinq semaines de congés par an, possibilité de travailler à temps partiel...). Une enquête réalisée par l'URML du Languedoc-Roussillon pour connaître les souhaits professionnels des futurs médecins met en exergue ces nouvelles aspirations¹⁶.

Ainsi, seulement 40% de ces étudiants désirent être généralistes, 42% choisiront une activité libérale (pour une large majorité à temps partiel) contre 58% pour le salariat, la quasi totalité des futurs médecins insistent encore sur le désir d'avoir du temps libre c'est

¹⁶ Enquête réalisée auprès des étudiants de fin d'études à Montpellier, en stage de 4^{ème} et 5^{ème} semestre. 76 réponses obtenues sur 150 questionnaires envoyés

à dire des congés et des loisirs réguliers (au moins 5 semaines de vacances par an et un horaires hebdomadaire compris entre 35 et 39 heures).

Ainsi, les médecins souhaitent de plus en plus bénéficier d'avantages difficilement compatibles avec la médecine de ville, comme l'exercice à temps partiel ou la réduction du temps de travail.

2.2.2 Un besoin de reconnaissance partiellement satisfait

la rémunération

Le décret du 3 mai 2002, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003, revalorise en partie l'activité médicale des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local. Leur rémunération passe de 85 à 90% de la valeur de l'acte et le budget relatif à leurs honoraires est inscrit dans la dotation globale de financement de l'établissement. Cela ajoute un élément de rémunération à la compensation instituée par le temps de présence aux réunions institutionnelles. Pourtant, comme nous l'ont confié certaines personnes interrogées, il semble que cette rémunération soit encore insuffisante.

Un des directeurs semblait gêné de ne pouvoir mieux payer les généralistes au regard de leur implication dans la vie de l'institution. D'autres ont insisté sur le fait que les médecins étaient en attente d'une rémunération supplémentaire pour les activités, de plus en plus importantes, qu'ils consacrent à la « gestion administrative » (participation à la démarche d'accréditation, mise en place du PMSI, suivi du dossier médical, etc.).

la formation

Par ailleurs, l'une des limites du statut actuel du médecin généraliste libéral intervenant à l'hôpital local réside dans le fait que sa formation continue ne peut pas être prise en charge par l'établissement car il n'en est pas salarié. Elle permet aux médecins de s'adapter aux nouvelles pratiques médicales ainsi qu'à leur environnement hospitalier. Les patients en sont les premiers bénéficiaires. Elle peut aussi permettre de développer de nouvelles connaissances propices au développement de l'hôpital. Cependant, comme l'établissement ne finance pas les stages de formation, les médecins doivent s'organiser autrement. Certaines initiatives se développent telles que l'organisation de formations rémunérées sur des thèmes ciblés (gestion des risques), avec l'appui des ARH.

Par ailleurs, nous avons pu observer que les médecins interrogés avaient financé de leur propre initiative des formations concernant la douleur, les soins palliatifs et les troubles neuro-psychiatriques. Le besoin de formation est bien réel.

Ainsi, pour rendre l'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local plus attractif, faudrait-il jouer sur les différents facteurs de leur motivation.

3 DES PERSPECTIVES QUI RELEVANT D'UNE APPROCHE COLLECTIVE DE SANTE PUBLIQUE

L'implication des médecins généralistes à l'hôpital local relève d'un triple défi . il convient tout d'abord de les inciter à s'installer en zone rurale . Puis de les amener à changer de regard sur leur métier et leur mode d'exercice. Et enfin de leur donner les moyens de s'adapter à de nouvelles organisations.

En effet, le médecin généraliste déjà fortement sollicité ne peut pas voir évoluer son rôle sans le soutien d'une politique globale.

Or aujourd'hui, les ressources humaines et financières sont limitées. Il devient indispensable d'articuler les compétences des médecins généralistes et de l'hôpital local pour qu'ensemble ils contribuent à développer et à garantir l'accès équitable aux soins. Pour cela nous proposons, en regard de la diversité des situations, des réponses contrastées qui n'ont pas un caractère exclusif.

3.1 L'identification des besoins

L'évolution du rôle des médecins généralistes au sein des hôpitaux est étroitement liée aux besoins et aux aspirations des principaux clients de son activité. En effet, des besoins nouveaux apparaissent, en particulier ceux liés au vieillissement et aux pathologies associées.

3.1.1 Les besoins des patients du bassin de proximité

Selon les régions et les secteurs sanitaires, l'offre de soin apparaît inadaptée tant sur l'aspect quantitatif (nombre de lits de soins de suite et de médecine déficientes) que sur le plan qualitatif (évolution des polyopathologies, grandes dépendances insuffisamment prises en charge). Il devient alors utile, en partenariat avec les tutelles d'examiner des

indicateurs tels que le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de séjours, le PMSI, le GIR moyen pondéré pour envisager d'éventuelles transformations ou restructurations. Ainsi, l'hôpital pourrait réorienter ses missions essentiellement tournées vers le curatif et proposer de nouvelles alternatives destinées à prendre en compte l'évolution de la dépendance et le soutien indispensable aux familles. A cette fin, l'établissement pourrait envisager :

- la création de places d'accueil de jour , d'hôpital de jour, d'unités Alzheimer, la création ou le développement de lits de soins de suite et de réadaptation
- le développement de SSIAD
- le développement de partenariats centrés sur la géro-psycho-geriatrie
- la prise en compte des besoins médico-sociaux : portage de repas, entretien du linge,
- la formalisation des relations avec les associations intervenant auprès du patient
- la détermination des besoins spécifiques s'appuyant sur des études épidémiologiques
- le développement des axes d'éducation et de prévention destinés à prévenir les situations de crise : plan nutrition, prévention des chutes....

3.1.2 Les besoins des médecins généralistes libéraux

L'isolement professionnel accentué par l'éloignement en zone rurale contribue à générer un sentiment de dévalorisation vis à vis de la profession et à renforcer une logique individualiste dans l'exercice professionnel. Par ailleurs, ces dernières années, la charge de travail et les sollicitations multiples se sont accentuées au détriment d'une implication à l'hôpital.

L'enjeu est donc de permettre aux professionnels de considérer l'hôpital comme un partenaire et comme un outil facilitateur de leur exercice professionnel. Il conviendrait d'envisager des mesures complémentaires. D'une part, inciter les médecins à s'installer en zone rurale, d'autre part, faire de l'hôpital local un partenaire force de proposition pour faciliter l'exercice médical.

Les mesures relatives à l'installation : elles pourraient porter sur les axes suivants

la formation initiale : la mise en stage en zone rurale pendant une durée d'environ 6 mois permettrait de faire découvrir un autre type d'exercice médical. Cette action pourrait être soutenue par l'allocation de bourses d'études majorées pour ceux qui s'installeront ultérieurement en zone rurale.

Une politique incitative d'installation afin de favoriser la venue de médecins généralistes libéraux dans les zones déficitaires en densité médicale et ce, par le biais ,d'exonérations fiscales, d'allégement des charges sociales et des taxes professionnelles.

Ces mesures s'inscriraient dans le cadre d'un contrat qui constituerait un véritable engagement sur une durée planifiée.

la rémunération : une rémunération plus attractive pour les médecins exerçant en libéral en zone rurale pourrait être proposée, une tarification majorée par exemple.

Les mesures renforçant l'attractivité de l'hôpital local

La formation continue : à travers le plan de formation médical déterminé chaque année dans tous les établissements et en cohérence avec le projet d'établissement, il pourrait être envisagé la mise en place de formations rémunérées. Celles-ci contribueraient à l'actualisation des connaissances, notamment dans les domaines de la sécurité sanitaire, des droits de patients, de la gestion du dossier médical.

La rémunération : au niveau institutionnel certaines missions pourraient être forfaitisées tel que l'encadrement du CLIN , des vigilances sanitaires..

Le statut : afin d'attirer les médecins généralistes libéraux à l'hôpital local, il serait judicieux d'introduire de la flexibilité sur les aspects statutaires. En effet, même si le fonctionnement de l'hôpital local repose sur la participation des médecins généralistes libéraux , l'évolution des exigences institutionnelles nécessitent un investissement notable en terme de temps et de suivi des dossiers. Sous réserve d'entente préalable et locale du corps médical, la promotion du statut d'attaché hospitalier ou de praticien hospitalier à temps partiel permettrait de renforcer la présence médicale. Ce statut pourrait à la fois satisfaire la demande des familles de rencontrer plus facilement le médecin, et les aspirations de la nouvelle génération de médecin quant à leurs conditions d'exercice.(horaires de travail fixes, garanties salariales, évolutions statutaires...).

la mise à disposition d'outils de communication plus performants :tels que l'usage de la télé médecine ou de l'Internet à haut débit enrichirait la prise en charge des patients.

Les conditions de travail : elles pourraient être améliorées dans le cadre du développement de nouvelles organisations. Ainsi, la création de maisons de garde permettrait par une mutualisation des ressources de mieux structurer la permanence des soins à la ville comme à l'hôpital. La charge de travail en serait plus équilibrée tout en répondant aux objectifs de continuité et de sécurité. L'hôpital local pourrait par son appui logistique permettre le développement de ces initiatives en son sein.

3.2 La réaffirmation de la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins

L'hôpital local devrait être en mesure d'assurer un véritable rôle d'animateur local de santé.

3.2.1 L'hôpital local, premier niveau de prise en charge sanitaire

L'image des hôpitaux locaux est souvent associée à l'activité gériatrique . Ce domaine souvent peu valorisé n'incite pas les médecins à s'y impliquer. Néanmoins il devient urgent de permettre à l'hôpital local et au médecin généraliste de pouvoir répondre à un premier niveau de prise en charge sanitaire. Une prise en charge graduée de proximité permettrait une meilleure orientation des patients. En effet, l'engorgement récurrent des urgences et le recours à des centres hyper-spécialisés pourrait être évités grâce aux lits de médecine

Un protocole d'organisation doit être construit dans chaque établissement afin de prévoir l'accueil en première intention.

3.2.2 le développement de nouvelles orientations

Il permettrait aux médecins d'investir d'autres domaines de compétence, en particulier les thèmes relatifs à l'éducation et à la prévention Il pourrait s'agir par exemple :

- D'introduire l'éducation, la prévention en addictologie ,la prise en charge de la toxicomanie, les consultations pré-natales : Ces activités contribueraient à revaloriser l'image trop souvent rattachée au long séjour.
- D'anticiper les besoins en terme de compétences des professionnels qui l'entourent (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences prévoyant une mutualisation des ressources)
- De favoriser les modes de coopération qui contribuent au décloisonnement. La mise en place de chartes de fonctionnement, de conventions, de réseau de partenariat ville-hôpital participent à cette approche. les consultations médicales avancées de spécialistes renforceraient les liens avec les centres hospitaliers de référence .
- De déployer une stratégie managériale active afin de dynamiser la structure, où le médecin généraliste est un partenaire incontournable: la négociation des contrats d'objectifs et de moyens et des conventions tripartites nécessite des orientations claires décrites dans le projet d'établissement (dont le projet médical constitue le socle). Aujourd'hui tous les établissements n'ont pas réalisé cette première étape.
- Il convient d'envisager la transformation des lits en lits de soins de suite et de médecine dans les hôpitaux locaux. Ces transformations nécessitent un accompagnement des tutelles en terme de moyens et de ressources humaines.

3.3 L'évolution vers une logique de coordination et de contractualisation

L'évolution du mode d'exercice vers une logique de coordination permet au médecin un assouplissement de son cadre de travail par une coopération pluri-professionnelle qui favorise un exercice collectif décloisonné. La logique de mutualisation des compétences répond parfaitement à leurs aspirations. « Dès lors , le réseau qui vise fondamentalement à dépasser la logique de structure actuellement prévalente, permet de réaliser un appariement de talents pour être plus efficace dans la prise en charge »¹⁷.

3.3.1 la création de filière et le travail en réseau

L'enjeu du travail en réseau est d'éviter l'isolement professionnel qui provoque un blocage de l'information, une opacité des décisions et une appréciation subjective de la situation. Il permet également de promouvoir une cohérence et une coordination de la prise en charge par le développement de la pluridisciplinarité. Celle-ci permet de concilier des logiques parfois contradictoires afin de constituer une filière de prise en charge.

La création de filières permet de s'adapter au degré de dépendance et évite la rupture dans la continuité des soins. Ainsi, le médecin généraliste doit détecter les situations de perte d'autonomie ou de perte de repères sociaux et déterminer les mesures adaptées . Le médecin doit sortir d'une relation duale avec ses patients pour s'interroger sur les bénéfices collectifs de ses missions en terme de santé publique.

3.3.2 La contractualisation interne

La contractualisation des rapports médecin/hôpitaux locaux est proposée comme un moyen de favoriser l'engagement de toutes les parties prenantes pour une prise en charge globale du patient. Un contrat n'est que l'aboutissement écrit d'une réflexion partagée entre tous.

La contractualisation au sein de l'hôpital local

La contractualisation interne ne peut se concrétiser que par étapes successives. Elle nécessite d'abord une culture commune et une entente sur des points essentiels. Par la

¹⁷ Guy Delande « Filières et réseaux en santé » Gestion hospitalière n°391 Déc 1999, Page 752

suite le contrat médical et le règlement intérieur viendront sceller définitivement le rapport consensuel et de confiance établi entre médecins et directeur, bâti dans le temps.

a) *Le projet médical : fruit d'une réflexion constructive.*

Par ce qu'il constitue le volet socle du projet d'établissement, son élaboration ne peut se réaliser sans une réflexion concertée pour arriver à l'élaboration d'un projet de nature consensuel. Il leur faut, lors de cette phase, doivent écouter et tenir compte des besoins et des souhaits de l'ensemble des personnes concernées par le projet. (Il s'agit notamment des médecins et du personnel travaillant à leur côté mais surtout des patients/résidents, en ce qu'ils conditionnent l'existence et l'activité de la structure).

b) *le contrat médical interne et le règlement intérieur médical.*

Depuis le début des années 1990, avec la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et l'ordonnance n° 96-343 du 24 avril 1996, la contractualisation est devenu l'un des principes fondamentaux régissant le fonctionnement des établissements de santé. La circulaire DHOS/DGAS/O3/A VIE/ n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, invite quant à elle, dans son chapitre IV, concernant la nouvelle organisation de la fonction médicale, « les médecins et les directeurs à préciser les engagements des médecins dans la vie de l'hôpital local », sous l'égide de l'ARH.

La contractualisation peut donc être le procédé adapté pour répondre à la complexité des problèmes locaux posés par le fonctionnement médical interne tout en préservant les possibilités de souplesse et d'adaptation de l'organisation interne.

Les engagements réciproques de chaque partenaire auront pour objet de respecter le fonctionnement institutionnel interne, dont la philosophie est déclinée en plusieurs documents : le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins et le projet de vie, le règlement intérieur propre à la structure et le règlement intérieur médical.

Les parties devront également s'engager à respecter les conventions conclues par la direction avec d'autres établissements. Notamment, celle liant l'hôpital local à son centre hospitalier de référence. De même les contrats de bonnes pratiques conclus entre les professionnels et les caisses primaires d'assurance maladie.

c) *Le règlement intérieur médical*

Il décrit les obligations et les devoirs (en terme de qualité, de permanence des soins, de travail en équipe, de formation et d'évaluation) auxquels doivent se soumettre les médecins libéraux exerçant une activité au sein de l'établissement : il est directement inspiré du règlement intérieur. Sa nature juridique est plus celle d'un acte administratif unilatéral : car il s'impose au médecin (bien qu'il soit à négocier de façon consensuelle).

Pour son élaboration, les établissements peuvent prendre pour modèle « La charte pour l'organisation et la qualité de la médecine générale à l'hôpital local,¹⁸ » Un groupe de 40 médecins, membres de l'Association Nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local (ANMGHL) a participé à son élaboration en mars 1996 et la présentée aux 4ème Assises de l'hôpital local..

Il comprend :

- l'engagement du médecin généraliste sur la qualité des soins procurés aux patients :
- l'engagement du médecin généraliste sur la qualité du travail en équipe
- l'organisation médicale
- la rémunération

3.3.3 la contractualisation externe

La contractualisation externe représente une nouvelle approche en terme de gestion hospitalière. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M) est la résultante de deux approches : -une approche planificatrice du S.R.O.S

- les objectifs de l'établissement en lien avec son projet.

L'élaboration et le contenu du contrat résultent d'une approche globale de la situation croisant les besoins de santé, l'offre de santé environnante (en particulier le poids du secteur libéral) et l'aménagement du territoire.

Ce contrat exige une démarche collective participative entre l'A.R.H et l'établissement, mais aussi l'implication permanente du corps médical. Les médecins libéraux ont donc toute leur place par leur participation aux instances pour faire évoluer la structure dans laquelle ils travaillent . Ils peuvent ainsi contribuer à l'amélioration de leurs conditions de travail.

C'est là un enjeu que certains ont bien perçu pour dynamiser leurs propres conditions d'exercice. Ainsi, l'engagement des médecins libéraux dans la réorganisation et l'aménagement de l'offre de soins est-il inéluctable.

¹⁸ Annexe 5 Gérard Labbé, « éditorial » revue de l'Association Nationale des médecins généralistes d'hôpital local. Sept 96

CONCLUSION

L'hôpital local est le cadre original d'une collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Deux cultures différentes sont en présence et doivent se rassembler autour d'une même finalité : dispenser des soins à une population vivant dans une zone géographique de proximité.

Ainsi, la création d'interfaces et un maillage adapté du territoire intégrant les dispositions du S.R.O.S. s'avèrent nécessaires. Les perspectives ouvertes par la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local induisent une diversification des missions confiées aux médecins généralistes. Leur rôle est appelé à évoluer vers de nouvelles orientations, qui doivent se traduire par des partenariats mieux construits et contractualisés. En effet, si les prises en charge évoluent, elles impliquent les personnels soignants mais intègrent également des acteurs extra-hospitaliers.

L'engagement du médecin généraliste libéral dans une structure de proximité doit permettre d'assurer la nécessaire complémentarité entre l'hôpital public et la médecine libérale. Ainsi, l'hôpital local, avec le médecin généraliste, pourra devenir le premier maillon d'une prise en charge graduée pour assurer pleinement son rôle de plate-forme sanitaire de premier recours. Il constitue alors un lieu privilégié de complémentarités entre établissement de santé et au-delà entre les secteurs sanitaire et social. A ce titre, aucun modèle ne saurait être imposé. L'adaptation à l'environnement et aux besoins de la population implique de la souplesse pour construire les projets et les réaliser. Afin de soutenir cette politique affichée par les pouvoirs publics, l'ensemble des tutelles de l'hospitalisation doivent mettre en place une aide méthodologique et technique, mais également un accompagnement soutenu par des moyens financiers à la hauteur des ambitions.

Pour réussir à relever ce défi, il est nécessaire que les médecins généralistes libéraux le veuillent, le disent, se forment pour assurer des responsabilités nouvelles et qu'ils acceptent les contraintes du fonctionnement hospitalier.

Bibliographie

OUVRAGES

- CAVALIER Monique, DALMASSO Richard, ROMATET Jean-Jacques. Médecins, directeurs : Un PACS pour l'hôpital ? ERES. Ramonville Sainte-Anne. 2002. Action Santé.
- LACHEZE-PASQUET P. Management hospitalier pour le praticien. MASSON, 1997.
- PAIRE Christian, DUPONT Marc, ESPER Claudine, MUZZIN Louise. Droit hospitalier. DALLOZ. Paris. 1999, 2ème édition. Droit public, science politique.
- PIERRE Louis. Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées. SELI ASLAN. Paris. 2003. Penser l'action sanitaire et sociale.
- ROLLAND Louis. Guide de l'administrateur d'hôpital, Fédération Hospitalière de France, 2000
- GUERIN Monique. Le généraliste et son patient. Editions Domino. 1995
- POUCHAIN D., ATTALI C., CLEMENT G., DE BUTLER J., ROUY J.L., GAY B., MOLINA J, OLMBEL P., Traité de médecine générale, Edition électronique.

RAPPORTS

- Professeur BERLAND Yvon. Démographie des professions de santé. Rapport de la mission sur la démographie des professions de santé. Avril 2003
- Sénateur DESCOURS Charles. Groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 22 janvier 2003
- Sénateur DESCOURS Charles. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Remis à Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 11 juin 2003

- Haut Comité de Santé Publique. Avis sur les orientations stratégiques. Rapport triennal "La santé en France en 2002"
- URML du Languedoc Roussillon. Enquête "Quel type d'activités pour les jeunes médecins du futur". 2000

CONGRES

- La place et les missions de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins. Séminaire regroupant des membres de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux, tenu le 28 février, 1er et 2 mars 2003. Paris. Hôpital local de Houdan. 2003.
- Permanence des soins et hôpital local. 11ème Assises Nationales de l'Hôpital Local. 30, 31 mai et 1er juin 2003. Le Croisic. Message de Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Hôpital local : espace sanitaire et social. Allocution de Madame Elisabeth GUIGOU, ministre de l'emploi et de la solidarité le 14 janvier 2002
- Pratique médicale dans les hôpitaux locaux de Basse Normandie. URML. 19 juin 2003

ARTICLES

- BRAQUE G. L'hôpital local : quelques vérités. Gestions hospitalières, décembre 1999
- LABBE G. Charte pour l'organisation et la qualité de la médecine générale à l'hôpital local, signée en juin 1996. Bulletin de l'Association Nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local, septembre 1996
- LOMBRAIL P. ; De la SEIGLIERE A. La place du service de médecine de l'hôpital local dans l'offre de soins. Journal d'Economie Médical, Juin 1999, VOL.17 n°4
- LABBE G; VEDRINE B. Faut-il cloner l'hôpital local. Bulletin de l'Association Nationale des Médecins Généralistes d'Hôpital Local , juin 2001
- GUELAUD Claire, Assurance maladie : autopsie d'une faillite, Le monde daté du 19 septembre 2003

- SERVAT G. L'hôpital de proximité dans le maillage sanitaire du territoire français. Gestions hospitalières n° 344, mars 1995
- AGEORGES P. Vive l'hôpital local. Revue Prescrire n° 45, 1985
- AGEORGES P. L'hôpital du praticien. Revue Prescrire n° 71, 1988
- RIONDET J. L'hôpital acteur de son environnement. Gestions hospitalières n° 344, mars 1995
- WITTMANN. Audelà d'une certaine densité médicale, votre hôpital n'est plus gérable. Gestions hospitalières n° 344, mars 1995

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- **Loi** n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- **Loi** de financement de la sécurité sociale pour 2002. Article 39 relatif aux aides à l'installation des médecins libéraux
- **Décret** n°60-451 du 12 mai 1960 modifié, dont l'article 7 établit la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.
- **Décret** n°92-1210 du 13 novembre 1992 modifié, relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux.
- **Décret** n°2002-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.
- **Arrêté** du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 51 de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- **Arrêté** du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

- **Arrêté** du 25 novembre 2002 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.
- **Circulaire** n° 14 du 26 mars 1993 relative à l'application du décret n°92.1210 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.
- **Circulaire** du 21 juin 1993 complétant la circulaire n° 14 du 26 mars 1993, relative à l'application du décret n°92.1210 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.
- **Circulaire** DHOS/DGAS/03/AVIE n° 2003/257 datée du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local.

Liste des annexes

- 1. METHODOLOGIE**
- 2. LOCALISATION DES 350 HOPITAUX LOCAUX EN METROPOLE**
- 3. CARTE DES ZONES DEFICITAIRES EN MATIERE D'OFFRE DE SOINS**
- 4. MEDECINS GENERALISTES DE PLUS DE 55 ANS PAR RAPPORT AU NOMBRE TOTAL DE MEDECINS GENERALISTES PAR CANTONS**
- 5. GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF**
- 6. CHARTE POUR L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA MEDECINE GENERALE A L'HOPITAL LOCAL**

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE

L'organisation interne du groupe :

Notre groupe de travail est constitué de huit personnes issues de trois filières : quatre élèves directeurs d'hôpital, trois élèves directeur d'établissement sanitaire et social et un élève directeur d'établissement social et médico-social. Nous avons toutefois regretté l'absence de représentant de la filière des médecins inspecteurs de santé publique, des directeurs de soins infirmiers, des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales et des pharmaciens inspecteurs de santé publique. Cette présence aurait sans doute permis de dégager des approches complémentaires par rapport à la thématique de travail.

Le groupe a eu une organisation interne variable nécessaire pour s'adapter à l'avancement des travaux du groupe. Ainsi, tous les membres du groupe ont participé à l'ensemble des étapes clefs : la recherche bibliographique, l'élaboration d'un guide d'entretien, le déplacement ou l'entretien téléphonique, la mise en commun, l'élaboration d'un plan et la rédaction. Seules les étapes intermédiaires (synthèse des documents bibliographiques, entretiens et rédaction d'une sous partie..) ont fait l'objet d'un travail en sous groupe ou binômes.

La création d'un e-groupe et l'échange des numéros de téléphone dès le premier jour, ont facilité les échanges d'informations nécessaires à la continuité des travaux. Toutes les questions logistiques ont été réglées dès la première semaine.

Nous avons privilégié les réunions plénières afin de favoriser le dialogue et l'écoute de chacun et nous avons systématiquement recherché le consensus. Notre document mémoire est le fruit d'une réflexion collective et partagée de tous.

La méthode d'analyse choisie par le groupe :

Nous avons dans un premier temps effectué une recherche bibliographique sur le sujet. Les résultats de notre recherche nous ont paru modeste mais force est de constater que la problématique de l'évolution du médecin généraliste libéral à l'hôpital local est rarement abordée dans les ouvrages ou périodiques. Seule la circulaire de mai 2003 a fait l'objet de commentaires nombreux mais nous ne pouvons pas les considérer comme des analyses par manque recul.

Il nous paraissait judicieux dès lors de recueillir les témoignages de professionnels directement concernés par la question. Nous avons, dans un premier temps, recensé les personnes et les ressources que chacun connaissait dans son propre réseau professionnel. Nous avons par la suite constitué une « typologie » des personnes clefs qu'il nous fallait rencontrer, avec l'aide de notre référent, le Dr Martine Denis, en tenant

compte à la fois de leur fonction mais aussi de leur localisation géographique. Il nous paraissait important de rencontrer diverses situations : zone rurale en périphérie urbaine (région parisienne, alsace..), zone rurale inscrite dans une zone de faible population (Aubenas, pays de Loire) région sud et région nord. Notre enquête s'est effectuée auprès de :

- Représentants du corps de direction : 7 directeurs d'hôpitaux locaux
- Représentant des médecins : 7 médecins généralistes libéraux intervenant à l'hôpital local dont 5 coordinateurs
- représentant des tutelles : 1 chargé de mission ARH, 1 chargé de mission ARCMSA (Association Régionale des Caisses Mutuelles Sociales Agricoles)
- représentant des élus : 1 maire
- représentant des personnels soignants : 2 cadres de santé et 1 cadre socio-éducatif

Nous avons ensuite élaboré un guide d'entretien en dégagant les problématiques associées au sujet de notre étude :

- la diversité des contextes et des situations
- les motivations des médecins
- la communication
- la diversité des besoins de santé
- l'évolution de l'offre de soins

Les entretiens semi-directifs ont été menés généralement en binôme, à partir des thématiques de la grille d'entretien, mais des questions supplémentaires ont pu être posées en fonction de l'intérêt des participants. Les entretiens d'une durée moyenne de 1h30 ont fait l'objet de comptes-rendus écrits que nous avons choisi de ne pas faire figurer en annexe afin de respecter l'identité des personnes interrogées. Les éléments pouvant éclairer notre sujet ont été intégrés dans le corps du rapport sans qu'il ne soit fait mention de leur auteur.

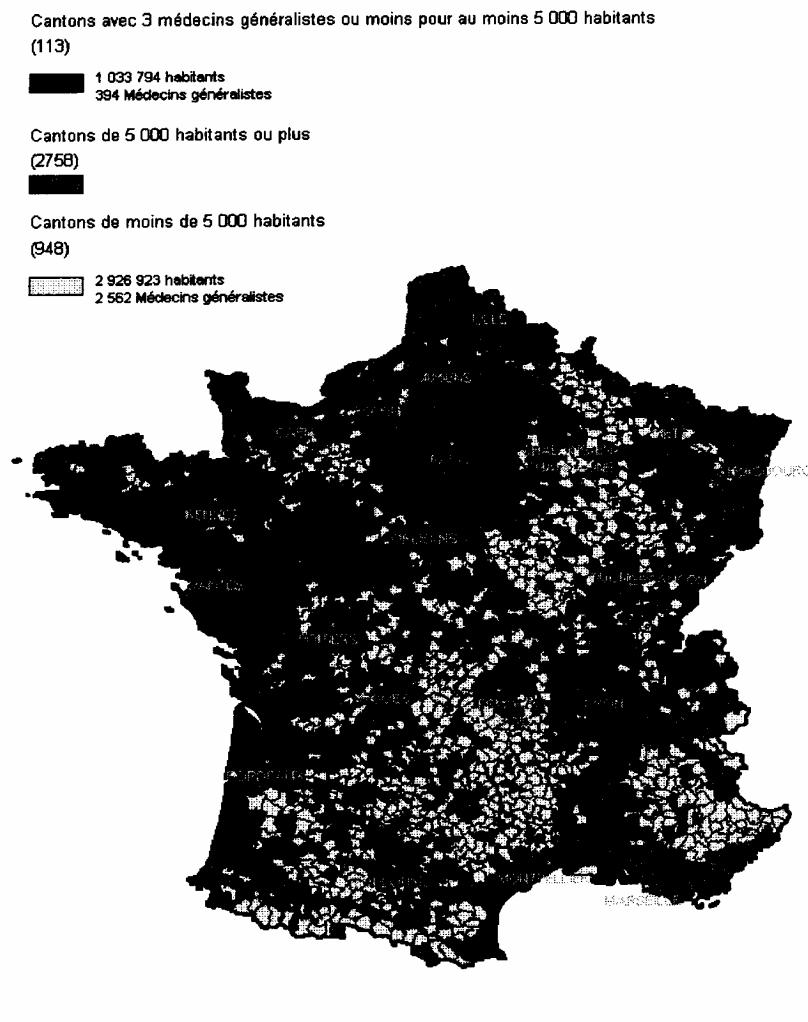
Enfin, le groupe a entrepris la rédaction du rapport sur la base de binômes, avec une relecture par l'ensemble du groupe.

Les limites de notre travail :

La diversité des situations existantes rend très difficile l'élaboration d'un échantillon représentatif de professionnels concernés par notre thème. Conscient de cette difficulté, nous nous sommes efforcés de multiplier nos entretiens (20) et de choisir des « terrains d'enquête » très divers. Nous devons, par conséquent, nous abstenir de dégager des solutions générales stéréotypées. A chaque situation correspond une réponse adaptée.

Par ailleurs, la durée dans laquelle s'inscrit le MIP étant très courte, il ne nous a pas été possible d'obtenir un rendez-vous avec certaines personnes dans les délais impartis. Nous avons donc du réduire notre échantillon d'autant.

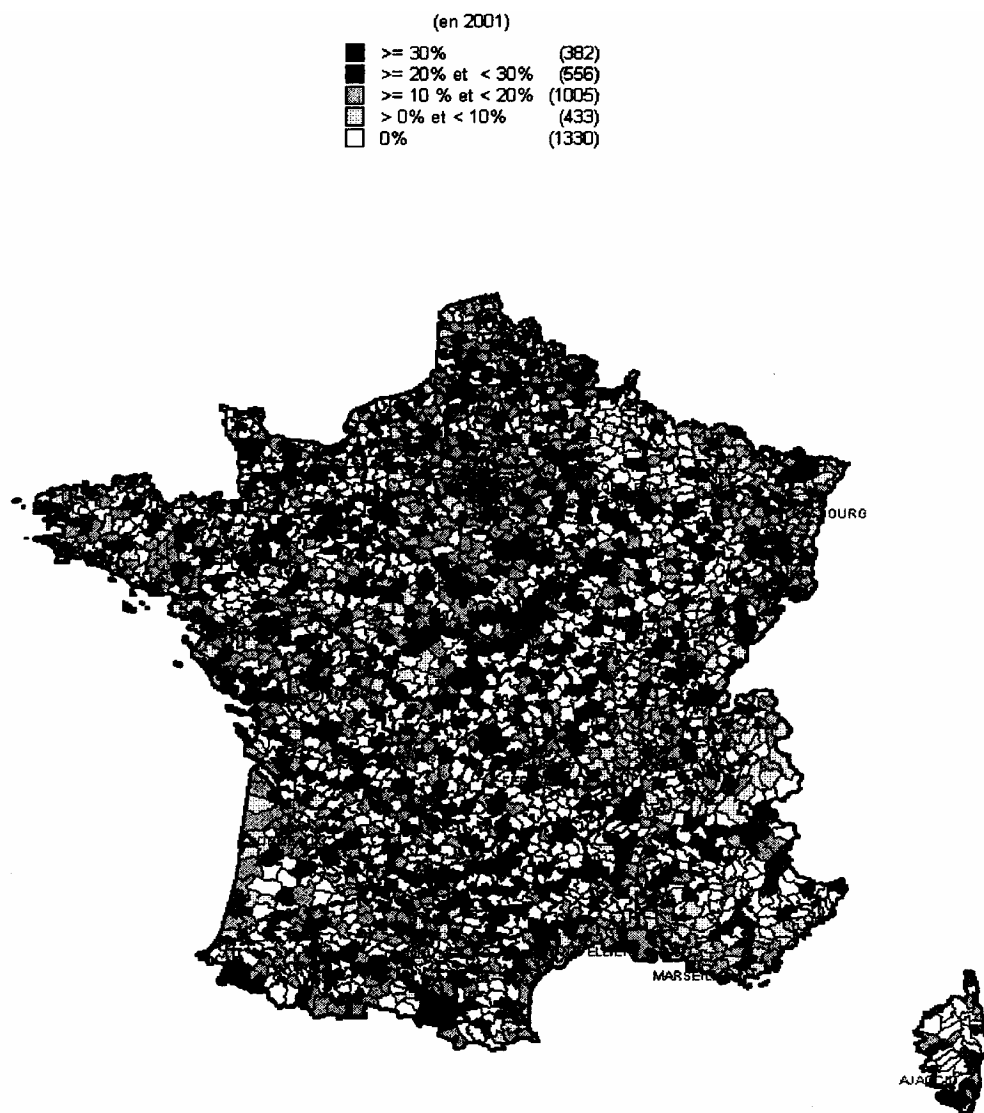
ANNEXE 3 : carte des zones déficitaires en matière d'offre de soins



Source : DHOS-O-03
Le 18/04/03

Note : une zone est considérée, sur cette carte, comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins 5000 habitants, sont constatées des difficultés d'accès au médecin liées à une faible densité médicale (moins de trois médecins pour 5000 habitants).

ANNEXE 4 : part des médecins généralistes de plus de 55 ans par rapport au nombre total de médecins généralistes par cantons



Source : DHOS-O-03
Le 02/04/03

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

VOTRE HOPITAL

- Quelles activités de soins ?
- Quels partenariats ? (réseaux, CLIC, conventions,...) (tout ce qui lie le médecin, l'hôpital et un tiers)
- Les médecins généralistes libéraux du secteur interviennent-ils régulièrement à l'hôpital ? Y-hospitalisent-ils souvent des patients ?

ROLE

- **Quel est votre rôle actuel à l'hôpital local ?**
 - activités de soins / coordonnateur ?,
 - participation aux instances : CME, CA, CLIN, Comité du médicament, CSSI, vigilances sanitaires (hygiène, hémovigilance, matériovigilance) : trop d'instances ? Trop de réunions ?
 - rôle du médecin généraliste en matière de qualité : projet médical, protocoles, accréditation, dossier médical
- **Comment est organisée la permanence des soins ? (astreintes, gardes, maisons médicales). Quels intérêts et inconvénients y trouvez-vous ?**
- **Quelle prise en charge ? (graduée, globale, continuité)**

MOTIVATIONS

- **Quels facteurs d'attractivité :**
 - Proximité / Finances / Humain / Formation / Intérêt pour le patient / Statut / Atténuation de la responsabilité / Reconnaissance ?
- **La rémunération des réunions institutionnelles a-t-elle modifié votre participation ? Si non, pourquoi ?**
- **Quel bénéfice l'institution et le médecin trouvent-ils à travailler ensemble ?**

RELATIONS / COMMUNICATION

- **Entre médecins et directeur ? (perçu, souhaité)**
- **Entre médecins et équipe soignante ? (perçu, souhaité)**
- **Entre médecins et élus ? (perçu, souhaité)**
- **Entre médecins et patients / familles ? (perçu, souhaité)**
- **Entre médecins et services sociaux ? (perçu, souhaité)**
- **Entre collègues (intervenant à l'hôpital et les autres) (perçu, souhaité)**

EVOLUTION DES BESOINS DE SANTE

- **Population vieillissante**
- **Initiatives locales (addictologie, consultations pré-natales, SSIAD, HAD, prise en charge des populations précarisées, soins de première intention, consultations spécialisées ?)**
- **Quelles alternatives ?**

EVOLUTION DE L'OFFRE DE SANTE

- **Démographie médicale locale :**
 - Avez-vous un problème de démographie médicale sur votre bassin ?
 - Est-elle suffisante ? Est-elle un frein ?
 - Attractivité de l'hôpital, influence de la démographie médicale du bassin sur l'hôpital. L'hôpital influence-t-il favorablement l'installation de nouveaux médecins ?
 - Peut-on étendre les réponses au national ?
- **Aménagement du territoire :**
 - L'offre de soins vous paraît-elle adaptée à votre bassin de vie ?
 - Comment se positionne votre hôpital par rapport à cette offre ? Quelles perspectives ? Quelles complémentarités vous semblent nécessaires et possibles (réseaux, collaboration, direction commune, groupement de coopération sanitaire – ordonnance du 4 septembre 2003)
 - Les outils juridiques de collaboration vous semblent-ils adaptés ? Si non, que proposez-vous ?

ANNEXE 6 : CHARTE POUR L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA MEDECINE GENERALE A L'HOPITAL LOCAL

CHARTRE

POUR L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA MEDECINE GENERALE A L'HOPITAL LOCAL

OBJET

La Charte définit les conditions dans lesquelles l'exercice de la médecine générale libérale doit garantir la qualité des soins dispensés à l'hôpital local.

Cette Charte, élaborée et préconisée par l'association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux, est la base de réflexion sur les devoirs et les droits des médecins.

Elle n'a pas de vocation réglementaire.

INTRODUCTION

L'hôpital local est un établissement public, voire privé, de santé de proximité assurant la prise en charge globale des patients.

L'hôpital local est un modèle d'interface entre la médecine libérale et le centre hospitalier, le premier maillon d'un réseau de soins au service de la population locale.

1- ENGAGEMENTS DU MEDECIN GENERALISTE SUR LA QUALITE DES SOINS AU PATIENT

Permanence des soins

Les médecins sont tenus de participer au tour de garde de l'établissement.

En dehors de l'urgence, le médecin s'engage à assurer ses visites dans des plages horaires larges définies en concertation avec le personnel infirmier, et inscrites au règlement intérieur.

Les médecins généralistes assurant la permanence des soins à l'hôpital local dans tous les services où ils

sont autorisés à intervenir.

Lorsque l'hôpital local recrute un praticien hospitalier pour exercer dans les services de moyen séjour et de long séjour, celui-ci doit assurer la permanence des soins dans ces secteurs, les médecins généralistes n'étant alors plus autorisés à fonctionner à titre libéral que dans le secteur court séjour - s'il existe.

L'organisation de la permanence des soins, de jour comme de nuit, incombe au médecin coordonnateur.

Lorsqu'un médecin est appelé en urgence pour un de ses patients ou dans le cadre de la permanence des soins, il doit se rendre à l'hôpital dans les plus brefs délais.

Le matériel de communication utile à la permanence des soins est fourni, si nécessaire, par l'hôpital.

Bases de bonnes pratiques

Chaque médecin autorisé doit être, aux yeux de l'équipe soignante, le référent pour les malades qu'il soigne.

Tous les médecins autorisés sont tenus :

- de respecter la charte des droits et libertés des patients adoptée par l'établissement ;

- de remplir le dossier médical défini par l'établissement ;

- de signer toutes leurs prescriptions ;

- de prescrire dans le respect des règles adoptées par la Commission Médicale d'Etablissement ;

- de donner toutes les informations nécessaires à l'évaluation des soins au médecin qui en est chargé par la CME.

Dans le cadre de la formation médicale continue, tous les médecins autorisés peuvent prétendre à une formation médicale continue, définie dans le projet médical.

Le financement de cette formation doit incomber à l'établissement à partir des sommes rétrocédées par les médecins sur leurs honoraires.

Obligation légale pour le médecin remplacé de signifier au médecin remplaçant ses obligations envers l'hôpital local, et de demander son remplacement au Directeur de l'établissement.

Cas particulier du court séjour

Nécessité pour tous les médecins autorisés :

- de respecter les conditions d'admission d'un malade en court séjour : état justifiant la recherche d'un diagnostic et/ou la surveillance hospitalière de la mise en œuvre d'un traitement ;

- de procéder à une évaluation quasi-quotidienne de l'état de son patient et des soins délivrés ;

- de veiller à une utilisation rationnelle du court séjour en terme de durée de séjour ;

- de faire figurer dans le dossier médical du patient la conclusion de sortie du court séjour, et tous les éléments nécessaires à la réalisation des RSS, ou autre document d'évaluation des soins demandés par le médecin qui en est responsable.

CHARTRE

POUR L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA MEDECINE GENERALE A L'HOPITAL LOCAL

2 - ENGAGEMENTS DU MEDECIN GENERALISTE SUR LA QUALITE DU TRAVAIL D'EQUIPE

Participation

Les médecins autorisés s'engagent à participer à l'élaboration, au fonctionnement et à l'évaluation du projet médical et des conventions prévues à l'article R. 711-6-7. (1)

L'exercice de la médecine générale à l'hôpital local ne doit pas se limiter à la fonction de soins.

Il est soumis à une obligation de travailler en équipe, ce qui signifie respect des règles définies en commun et partage des astreintes administratives (participation aux travaux des instances consultatives de l'établissement...).

Les médecins sont tenus :

- d'exercer dans le cadre de l'équipe médicale pluridisciplinaire ;
- de participer avec l'équipe paramédicale à la démarche de soins.

Responsabilités

Les médecins généralistes sont responsables des soins qu'ils dispensent à l'hôpital local. Ils peuvent se faire aider dans leur exercice par des médecins spécialistes intervenant dans le cadre de la convention, ou, à titre exceptionnel, en dehors de la convention.

Engagements

Engagement des médecins libéraux à respecter les règles en vigueur dans un établissement public de santé, et en particulier à respecter les conditions d'élection des membres de la Commission

Médicale d'Etablissement (CME), de l'élection du Président de la CME, et la désignation du médecin coordonnateur, à respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur. (1)

Formations communes

Les médecins participent à l'élaboration des projets de formation professionnelle du personnel en adéquation avec le projet médical et en accord avec la CME.

L'hôpital local peut accueillir un médecin stagiaire en médecine générale sous la responsabilité de son maître de stage autorisé dans l'établissement.

Evaluation

- Pratique des soins : le médecin coordonnateur est responsable de la mise en œuvre de l'évaluation des soins.

Dans le cadre d'une recherche de la qualité des soins, l'analyse du fonctionnement de la médecine générale à l'hôpital local par l'évaluation de toutes les pratiques de soins, les médecins généralistes s'engagent à participer à cette évaluation des soins.

- Outre le PMSI, d'autres outils doivent être utilisés : indicateurs de qualité, grilles pour enquêtes d'activités...

Le résultat de ces analyses doit respecter les règles de confidentialité et d'anonymat.

Il convient d'analyser la qualité des soins.

Un programme d'objectif de qualité des soins est défini dans le projet médical et doit être régulièrement évalué.

3 - HOPITAL DE MEDECINS GENERALISTES

Accès à l'hôpital

- Libre accès à la demande d'autorisation d'exercer à l'hôpital local pour tous les médecins généralistes exerçant dans la zone géographique de proximité. (1)

- Libre choix de son médecin par le malade.

Accès aux services

- Libre accès de tous les médecins autorisés à tous les services de l'établissement, pour les actes de soins. (2)

- La désignation d'un médecin responsable de la coordination des soins par service est souhaitable.

4 - ORGANISATION MEDICALE

La Commission Médicale d'Etablissement

Respect de son cadre réglementaire. (1)

Elle définit et valide les indicateurs de qualité spécifiques à l'hôpital local, dont la diffusion et l'utilisation sont confiées au médecin coordonnateur.

Son bon fonctionnement nécessite une participation effective et assidue de ses membres.

Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement a un rôle décisionnel dans l'élaboration du projet médical et du règlement intérieur.

(1) Annexe 1

(1) Annexe 1 Art. R. 711-6-9

(2) Annexe 1 Art. R. 711-6-14 + R. 711-6-15 et R. 711-6-16.

CHARTRE

POUR L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA MEDECINE GENERALE A L'HOPITAL LOCAL.

Si le médecin coordonnateur n'est pas membre de la CME, il doit être invité permanent de la CME.

La CME est un organe de décisions qui doivent être préparées par une concertation préalable.

Il est souhaitable que la CME soit consultée sur la nomination des surveillantes à l'hôpital local.

En cas de difficulté d'application du règlement intérieur, le problème sera évoqué en CME.

Le médecin coordonnateur

1 - Coordination des activités médicales.

• *Relation avec l'administration*

Il est avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, l'interlocuteur privilégié du Directeur de l'établissement, et le responsable devant l'administration de l'accomplissement effectif des missions des médecins.

Son avis peut être requis par le Directeur lors d'une demande d'admission d'un patient.

Dans ce rôle, le médecin coordonnateur doit rester impartial, respectant le code de déontologie.

Il peut être consulté par le Directeur pour l'élaboration du tableau des effectifs en fonction de la charge de soins.

L'administration le tient informé de toutes les décisions concernant le fonctionnement médical.



(1) Annexe 1

• *Relation avec les autres médecins*

Il veille à l'harmonisation des pratiques médicales, selon les règles définies par la Commission Médicale d'Etablissement.

Il s'assure du respect du règlement intérieur de l'établissement.

Il s'assure du bon fonctionnement des conventions.

Il informe la CME des problèmes rencontrés dans ses missions.

Il organise le choix du médecin pour les patients n'ayant pas de médecin traitant.

Il n'a pas de mission de soins auprès des malades qu'il ne suit pas.

Il peut déléguer ses fonctions sur des confrères.

• *Relation avec l'équipe de soins*

Il est l'animateur des relations entre les médecins et les équipes de soins - infirmières, aides soignantes, kinésithérapeute, pharmacien -.

Il assure une bonne convivialité entre tous les acteurs de l'hôpital local.

Il communique et diffuse dans tous les services, avec la collaboration des surveillantes, toutes informations utiles ou nécessaires à la qualité des soins.

2 - Permanence des soins

Il organise la permanence des soins, de jour comme de nuit - y compris pour les urgences s'il y a lieu - mais il n'a pas mission de suppléance dans le tour de garde.

Il s'assure de la réalisation du tableau de gardes et de sa diffusion dans tous les services de l'établissement.

3 - Mise en œuvre de l'évaluation des soins

Le médecin coordonnateur est responsable de la mise en œuvre, en partenariat avec l'ensemble des médecins intervenants et le personnel, de l'évaluation des soins, et notamment du Programme de médicalisation des systèmes d'information pour le court séjour.

Il peut être amené à coordonner des actions d'évaluation et de santé publique : audits, analyse d'indicateurs de qualité, grilles de dépendance, études épidémiologiques.

Elles sont réalisées à la demande des praticiens ou de l'équipe soignante en concertation avec la direction, et, éventuellement en partenariat avec la tutelle.

4 - Généralités sur la fonction

Le cumul des fonctions de Président de Commission Médicale d'Etablissement et de médecin coordonnateur est possible mais non souhaitable.

Les missions confiées au médecin coordonnateur doivent être connues et respectées par tous les médecins autorisés.

Projet médical

Le projet médical oriente le projet d'établissement auquel il est intégré.

L'élaboration d'un projet médical cohérent et dynamique est une étape essentielle à l'implication des médecins généralistes à l'hôpital local.

CHARTRE

POUR L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA MEDECINE GENERALE A L'HOPITAL LOCAL.

Il est préparé par tous les membres de la Commission Médicale d'Etablissement élargie à tous les médecins en collaboration avec le Directeur de l'établissement et des représentants de l'équipe de soins.

Il repose sur une analyse de l'existant : analyse des forces et faiblesses de l'établissement, analyse des besoins dans la filière de soins.

Il est défini pour une période de cinq ans, mais n'est pas figé. Il est soumis à une évaluation régulière.

Conventions (1)

1 - Une obligation réglementaire pour la médecine à l'hôpital local.

2 - Conformité au besoins

La convention tient compte des besoins locaux et des objectifs définis dans le projet d'établissement. Unique ou plurielle, elle permet d'assurer la qualité des soins.

3 - Cahier des charges

La convention comporte un cahier des charges précis pour permettre à l'hôpital local de jouer son rôle d'établissement de soins de proximité :

Champ d'activité :

Les médecins généralistes sont responsables de l'organisation des soins de leurs patients à l'hôpital local. Les praticiens spécialistes n'interviennent que pour les soins spécialisés, à la demande du médecin traitant.

Transmissions :

Dans le cadre de la convention, les

médecins mettent à disposition des confrères les informations nécessaires au suivi des patients.

Formation continue :

La convention prévoit, le cas échéant, la mise en commun de programmes de formation continue. Les programmes sont adaptés à l'exercice de la médecine générale à l'hôpital local.

Consultations avancées :

La convention prévoit, le cas échéant, l'organisation de consultations avancées spécialisées à l'hôpital local. Cette disposition est décidée en CME.

Evaluation :

La convention définit ses propres procédures d'évaluation.

Réseau de soins

L'hôpital local est un établissement public ou privé de santé de proximité qui fait partie d'un réseau de soins.

Le réseau doit être une forme d'organisation souple et ouverte animée par des acteurs libres et communiquant entre eux, et non une structure pyramidale et rigide au service d'un "pôle de référence".

L'hôpital local est un maillon du réseau de soins de proximité dans lequel intervient le médecin généraliste.

Règlement intérieur

Les médecins généralistes sont tenus de respecter le règlement intérieur de l'établissement.

Il est souhaitable que la charte soit

annexée au règlement intérieur.

AUTRES PRATIQUES

Il convient de procéder autant que possible à une analyse interne ou externe régulière du fonctionnement médical à l'hôpital local.

Il est recommandé de se référer aux travaux nationaux de l'ANMGHL.

5 - REMUNERATION

L'adhésion des médecins généralistes à cette charte est un engagement pour la qualité à l'hôpital local.

En retour, l'ANMGHL s'engage à faire valoir leurs droits d'être justement rémunérés pour les actes de soins et pour les autres fonctions à l'hôpital local.

(1) Art. R. 711-6-7