
**<Directeur d'établissements sanitaires
sociaux et médico sociaux>**

Promotion : **<2018 - 2019>**

Date du Jury : **<mois année>**

<Rôle et missions d'un hôpital de proximité au sein de son territoire

« L'enjeu de la coordination des parcours des patients fragiles »

< Maxime Petryszyn >

Remerciements

Merci aux professionnels avec qui j'ai pu échanger durant mon stage au CHCB pour leur accueil et leur disponibilité. Je souhaite plus particulièrement remercier l'équipe de direction du CHCB, Marielle Faure, ma tutrice de stage, Marcel Grand pour son aide et son soutien bienveillant et Delphine Dloniak avec qui j'ai certainement le plus échangé et sur qui j'ai pu compter au quotidien.

Je remercie également les médecins de la maison de santé de Saint Pourçain sur Sioule qui m'ont accordé de leur temps et fait partager la vision de leur métier et les projets auxquels ils croient. Plus particulièrement je salue le docteur Bruno Bouvier, le docteur Guillaume De Gardelle et le docteur Maxence Bouvier pour la qualité des échanges nourris par leur riche expérience de la médecine et de la coordination.

J'adresse mes remerciements au docteur Rebecca Ritacco pour la belle collaboration que nous avons construite tout au long de mon stage et son dynamisme contagieux.

Enfin je remercie madame Alis Sopadzhiyan pour ses précieux conseils.

Sommaire

Introduction.....	1
1 <i>Partie 1 Les hôpitaux de proximité, soutien de l'offre de premier recours</i>	7
1.1 Rôle et mission des hôpitaux de proximité.....	7
1.2 Un financement qui prend en compte les activités de coordination.....	10
2 <i>Partie 2 : Atouts et difficultés des établissements de proximité dans l'exercice de leurs missions</i>	13
2.1 Un modèle d'articulation entre la ville et l'hôpital pertinent	13
2.1.1 Les hôpitaux de proximité soutiennent les professionnels du premier recours pour la prise en charge de populations particulièrement vulnérables.....	13
2.1.2 Les hôpitaux de proximité favorisent les activités de coordination indispensables pour la qualité des soins.....	17
2.2 Des coordinations souples peu encadrées juridiquement à l'épreuve des patients à trajectoire complexe	24
2.2.1 Les patients complexes instigateurs des parcours de demain mais sans solutions concrètes encore aujourd'hui.	25
2.2.2 Une coordination multilatérale sans dispositif juridique spécifique impose la recherche d'équilibres fragiles.	31
3 <i>Partie 3 : Préconisations pour adapter la réforme au parcours dans le cadre de la situation de stage, au centre hospitalier Cœur du Bourbonnais.....</i>	35
3.1 Mettre en place une stratégie d'accompagnement au changement.....	36
3.2 Les CPTS sont des entités adaptées pour améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital de proximité.....	39
3.3 Présenter un cadre de réorganisation dans le sens d'une prise en charge populationnelle.....	42
Conclusion	47
Bibliographie	49
Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
AGHL : association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux
ANCHL : association nationale des centre hospitaliers locaux
ALD : affections de longues durées
ARS : agence régionale de santé
CHMY : centre hospitalier de Moulins Yzeure
CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CHCB : centre hospitalier Cœur Du Bourbonnais
CHMY : centre hospitalier de Moulins Yzeure
CME : commission médicale d'établissement
CMU : couverture maladie universelle
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
CSP : code de santé publique
DALHIR : Dispositif d'accompagnement de l'humain vers les loisirs intégrés et réguliers
DAPAP : dispositif d'accompagnement à la pratique d'activité physique
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DFG : dotation forfaitaire garanti
DMS : durée moyenne de séjour
DOP : dotation organisationnelle et populationnelle
EPS : établissement public de santé
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FOCUS : troubles fonctionnels et cognitifs présentant un caractère d'urgence sociale
GHT : groupement hospitalier de territoire
IGAS : inspection générale des affaires sociales
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HPST : loi Hôpital patient santé territoire
MPR : médecine physique et réadaptation
MSP : maison de santé pluri professionnelle
OMS : organisation mondiale de la santé
PH : praticien hospitalier
PTA : plateforme territoriale d'appui
SPTS : Service public territorial de santé
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SNS : stratégie nationale de santé

SWOT : strengths weaknesses opportunities threats

T2A: tarification à l'activité

Introduction

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques seraient responsables aujourd'hui de 63 % des décès dans le monde¹. En France, de 2011 à 2016, les dépenses présentées au remboursement des personnes bénéficiant du dispositif des affections de longue durée (ALD) ont augmenté en moyenne de 3,8 % par an². Outre l'amélioration de la qualité du dépistage, cette évolution épidémiologique s'explique principalement par l'allongement de l'espérance de vie et l'évolution des habitudes de vies favorisant des comportements à risque (sédentarité, nutrition, consommation tabac ou alcool etc...) qu'entraînent l'apparition de pathologies sévères. L'OMS présente les maladies chroniques comme « tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies » (OMS, 2010).³ Cette définition large couvre plusieurs types d'affections hétérogènes dont on s'accorde à reconnaître tout de même trois caractéristiques cumulatives :

- La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;
- Une ancienneté de la maladie d'au moins plusieurs mois ;
- Les effets de la maladie sur la vie quotidienne : limitation fonctionnelle, des activités, de la participation à la vie sociale ; dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle, besoin de soins médicaux ou paramédicaux ou d'aide psychologique.⁴

Ces pathologies plus fréquentes, qui peuvent d'ailleurs être multiples pour le même patient, se traduisent par une consommation de soins accrue. Elles soumettent les systèmes de santé à de fortes tensions et questionnent d'une part leur capacité à soutenir financièrement les dépenses induites et d'autre part à proposer des soins de qualité par le renforcement de la coordination des soins, l'amélioration de l'information au patient et la mise en place d'actions d'éducation thérapeutique. Ces pratiques apparaissent pour autant complexes à mettre en place « ...chaque système de santé peut être considéré sous l'angle

¹ Site OMS : Site internet OMS : thème de santé « les maladies chroniques »

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

² Drees études et résultats septembre 2018 numéro 1077 : vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>

³ Lemaire, Natacha, et Franck von Lennep. « 22. Le disease management, une réponse au défi des maladies chroniques », Pierre-Louis Bras éd., *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Presses de Sciences Po, 2009, pp. 225-230.

⁴ Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007 2011

de son degré d'intégration verticale, le cas français se distingue par sa « désintégration » ou sa fragmentation historique. Ses acteurs et opérateurs y sont à la fois très nombreux et faiblement coordonnés, sinon liés par des relations de concurrence et de conflit »⁵

C'est notamment pour répondre à cette difficulté que la stratégie nationale de santé⁶, à travers une approche au parcours⁷ engage ses acteurs vers une profonde transformation des pratiques. Elle consiste à mieux prendre en considération l'ensemble des déterminants de santé tels que l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement tout en répondant de manière plus spécifique aux besoins exprimés ou non exprimés des patients. Pour y parvenir, des soins réalisés en proximité sont nécessaires, ce sont les soins que l'on qualifie de soins de premiers recours « ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »⁸. Pour ce faire, les médecins généralistes doivent accroître leur coordination à la fois avec les professionnels du second recours disposant des spécialistes et des plateaux techniques et les acteurs de proximité (réseaux, les associations de malades etc...)

En France les missions des soins primaires sont définies au titre 2 de la loi HPST « Accès de tous à des soins de qualité »⁹. Elles comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.

⁵ Pierru Frédéric, Rolland Christine, « Bringing the Health Care State Back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé », Revue française de science politique, 2016/3 (Vol. 66), p. 483-506. DOI : 10.3917/rfsp.663.0483. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2016-3-page-483.htm>

⁶ Site du ministère de la Solidarité et de la Santé : stratégie nationale de santé 2018-2022, 20/12/2017, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

⁷ Site du ministère de la Solidarité et de la Santé : « Parcours de santé et soins de vi, une approche globale au plus près des patients », 23/11/2017 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

⁸ Rawaf S., Maeseneer J., Starfield B. (2008). From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet, 2008/10/14 : 1-3. 5 Alma alta

⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22/07/09

Depuis plusieurs années les pouvoirs publics, conscients des besoins ont, notamment avec la réforme du 13 août 2004, souhaité placer le médecin généraliste au cœur de l'organisation en santé. C'est en ce sens que lors du congrès de médecine générale du 4 avril 2019, la ministre de la santé a estimé que : " La médecine générale a en effet affirmé depuis 15 ans une identité, une culture et une place qui la placent en première ligne dans la transformation profonde d'un système de santé qui s'est historiquement construit autour de l'hôpital. »¹⁰ Cette transformation ne peut se concevoir sans l'hôpital qui, s'il n'est plus l'acteur pivot dans la logique de parcours reste toujours de première importance pour les soins de second et troisième recours ainsi que pour la réalisation de la permanence des soins. C'est ainsi que par le décret du 24 mai 2016 une nouvelle catégorie d'établissement a été créée avec pour mission de soutenir les soins de premiers recours dans les territoires en tension, les hôpitaux de proximité. Si leurs missions se rapprochent de celles des ex hôpitaux locaux, catégorie supprimée en 2009, celles liées à la coordination apparaissent beaucoup plus marquées.

Dans ce contexte, j'ai souhaité m'intéresser à ces nouvelles catégories d'établissement et comprendre pourquoi, plus de 6 ans après la suppression des hôpitaux locaux, les autorités de santé ont souhaité rétablir la spécificité des hôpitaux de proximité. Nous verrons qu'ils sont effectivement importants assurer l'effectivité des soins de premier recours sur les territoires les plus fragiles et apportent une véritable plus-value dans la prise en charge de la population même s'ils ne sont pas exempts de points de faiblesse inhérents à leur nature et à leurs missions. Leur relation spécifique avec le secteur de ville nous intéressera plus particulièrement d'autant que, comme nous l'avons vu, l'articulation ville hôpital est un enjeu majeur de la loi ma santé 2022¹¹. Enfin, nous essaierons de comprendre comment les directeurs de ces établissements doivent agir pour donner une transcription opérationnelle des missions des hôpitaux de proximité alors même qu'elles font encore l'objet de travaux au sein des services de la DGOS.

Pour y parvenir, j'ai procédé à une étude qualitative en m'entretenant avec les acteurs de santé d'un hôpital de proximité et de son territoire sur les notions de parcours de coordination et sur le rôle que devait ou non jouer l'hôpital de proximité (annexes 8 et 9). J'ai ainsi choisi de découvrir le fonctionnement d'un établissement dans son environnement et croiser les regards des acteurs de santé afin de pouvoir appréhender des organisations parfois complexes et non formalisées. Il aurait été très certainement pertinent de déployer la même méthodologie dans d'autres hôpitaux de proximité pour

¹⁰ Site du ministère de la Solidarité et de la santé : Discours d'Agnès Buzyn Discours d'Agnès Buzyn Jeudi 4 avril 2019 Congrès de médecine générale- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190404_-discours_-_congres_de_la_medecine_generale.pdf

¹¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

autant, les situations parfois très spécifiques de certains établissements n'auraient à mon sens pas permis d'identifier des éléments d'analyse représentatifs. Pour conserver un regard plus large, j'ai préféré prendre l'attache des deux associations représentatives des ex hôpitaux locaux et des hôpitaux de proximité que sont l'association nationale des centres hospitaliers locaux (ANCHL) et l'association des médecins généralistes d'hôpital local (AGHL) interlocuteurs privilégiés de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans la construction du champ réglementaire de ces établissements. J'ai en ce sens pu échanger avec certains de leurs représentants par téléphone ou lors de la journée nationale de l'AGHL et de l'ANCHL le 30 novembre 2018 à Clermont Ferrand.

Il faut préciser que, si j'ai présenté l'objet de mon mémoire à mes différents interlocuteurs, les entretiens se confondaient souvent avec mon travail sur le projet médical de l'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage. Si cette présentation s'est avérée cohérente et comprise par les acteurs auditionnés et je pense leur a permis de mieux s'exprimer, il est certain que leurs réponses engageaient des aspects professionnels directement en liaison avec des enjeux propres à leur activité. Cette pratique m'a pour autant permis d'avoir accès à un grand nombre d'interlocuteurs nécessaire à l'étude de la coordination des soins sur un territoire.

J'ai réalisé cette étude au centre hospitalier Cœur du Bourbonnais (CHCB) établissement issu de la fusion entre un hôpital local situé à Saint Pourçain sur Sioule à moins de 30 km de la ville de Vichy et de deux centres médicaux dans la partie la plus rurale du département de l'Allier. Le CHCB fait partie du groupement hospitalier de territoire « Territoire d'Auvergne » composé de 15 établissements du département de l'Allier et du Puy de Dôme dont le CHU de Clermont-Ferrand qui en est l'établissement support.

Le CHCB dispose de la plus-part des activités les plus représentatives des hôpitaux de proximité répartis sur 8 sites (annexe 1):

- 10 lits de médecine dont des lits identifiés en soins palliatifs
- 125 lits de soins de suite et réadaptation (SSR indifférencié, nutrition, addictologie)
- 300 lits d'hébergements (EHPAD et FAM)
- d'un service de radiologie privé hébergé dans l'établissement
- de consultations spécialisées avancées

A noter que l'équipe de direction du CHCB gère également un autre hôpital de proximité, le centre hospitalier de Bourbon l'Archambault situé seulement à 20 km :

- 50 lits de médecine
- 187 lits d'hébergement

- 49 places de SSIAD

Si cet établissement n'a pas été pris en compte dans mon analyse, la gestion commune m'a permis de réaliser de manière informelle des comparatifs utiles qui m'ont guidé dans mes travaux qui se sont appuyés plus spécifiquement sur :

- Une analyse documentaire des textes concernant les hôpitaux de proximité et les ex hôpitaux locaux ainsi que sur certains travaux menés par monsieur Thomas Deroche sous-directeur de la régulation de l'offre de soins en charge de la labellisation des hôpitaux de proximité.
- Un diagnostic médical que j'ai réalisé dans le cadre de la rédaction du projet médical du CHCB en m'appuyant sur une matrice SWOT :
 - Strengths (Force) : caractéristiques du projet qui donnent un avantage au service par rapport aux autres
 - Weaknesses (Faiblesses) : caractéristiques du service qui désavantagent le service ou le projet par rapport aux autres.
 - Opportunities (Opportunités) : éléments de l'environnement que le service ou le projet pourrait exploiter à son avantage.
 - Threats (Menaces) : éléments de l'environnement qui pourraient causer des problèmes au service ou au projet.
- Des entretiens semi-directifs pour les personnels que je n'avais pas pu rencontrer en interne et surtout pour les professionnels extérieurs afin de pouvoir comprendre les relations de l'établissement dans son environnement.
- L'observation participante a été particulièrement instructive au regard de ma mission de rédaction du nouveau projet médical de l'établissement. Cette mission a permis au CHCB de prendre en compte dans ses orientations stratégiques, les rôles et les missions des hôpitaux de proximité, de préparer le renouvellement des autorisations d'activité et la négociation du prochain CPOM alors que la DGOS et les partenaires de santé travaillent à la conception de nouveaux textes encadrant cette catégorie d'établissement.

1 Partie 1 Les hôpitaux de proximité, soutien de l'offre de premier recours

Les hôpitaux de proximité constituent une nouvelle catégorie d'établissement créée par le décret du 20 mai 2016. Ces structures reprennent en grande partie les missions des ex hôpitaux locaux¹² supprimés par la loi hôpital santé territoire en 2009¹³ qui continuent malgré tout, de former une catégorie d'établissement à part au regard du régime dérogatoire à la tarification à l'activité dont elles bénéficient. En effet, elles disposent toujours d'une dotation qui assure le maintien de ressources suffisantes malgré des taux d'activité plus faibles dans des territoires moins densément peuplés. Ainsi, la création des hôpitaux de proximité consolide ce régime d'exception et ré affirme la volonté de maintenir des services hospitaliers en soutien de l'offre de premiers recours dans les territoires où la tension sur l'offre de premiers recours est caractérisée¹⁴.

1.1 Rôle et mission des hôpitaux de proximité

La notion de désert médical encore inconnue il y a quelques années, s'est propagée progressivement dans le langage courant. Elle traduit l'émergence d'une certaine inquiétude des pouvoirs publics face au risque de rupture d'égalité d'accès aux soins. Pour les soins de premiers recours, on constate en effet que la répartition des médecins généralistes sur le territoire national est hétérogène. Leur densité en rapport à la population passe parfois du simple au double et dénote d'un vrai problème d'attractivité de certains territoires¹⁵ (annexe 2). L'accès aux soins ne se limite cependant pas au seul critère de répartition médicale et renvoie également à des aspects spatiaux (temps d'accès à l'offre), à l'existence de contraintes économiques, à des considérations temporelles, organisationnelles, sociales, symboliques et culturelles. De même, la question du : « niveau d'effort considéré comme acceptable pour recourir aux soins apparaît tout à fait subjective « ...il s'agit de juger, d'évaluer, d'apprécier l'acceptable et l'inacceptable, à l'aune de valeurs sociales et politiques ». ¹⁶ Enfin, ces représentations sont mouvantes puisque les médecins libéraux disposent du libre choix de leur lieu d'installation. Dans un rapport de

¹² Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁴ Article R 6111-26 du code de santé publique

¹⁵ Hartmann, Laurence, Philippe Ulmann, et Lise Rochaix. « L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation », Revue française des affaires sociales, n° 2, 2006, pp. 121-139.

¹⁶ Les dossiers de la DREES N° 17 Noémie Vergier et Hélène Chaput « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer » mai 2017

2013¹⁷, les sénateurs constatent les résultats contrastés des politiques d'incitation à l'installation à l'adresse des médecins à s'installer dans les zones sous denses et questionnent la capacité des autorités de santé à assurer l'accès aux soins sur tout le territoire.

Malgré la difficulté pour définir les zones en tensions, la DGOS a établi 4 critères géographiques et populationnels dont 2 qui doivent obligatoirement être remplis par les établissements souhaitant devenir hôpital de proximité. Pour tenir compte des spécificités des territoires et des différents facteurs pouvant engendrer des difficultés pour l'accès aux soins, l'agence régionale de santé (ARS) pourra également demander la reconnaissance d'un établissement ne remplissant qu'un seul critère à condition qu'il réponde à un des deux critères supplémentaires prévus dans le cadre de la procédure de rattrapage :

Les 4 critères nécessaires à l'éligibilité :

- la part de la population âgée de plus de 75 ans est supérieure à la moyenne nationale de 9% (indicateur mesurant la population âgée)
- la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté et supérieure à la moyenne nationale de 14,3% (indicateur mesurant la précarité)
- la densité de population est inférieure au seuil de 150 personnes par km² (indicateur mesurant l'isolement)
- la part des médecins généralistes pour 100 000 habitants inférieur à la moyenne nationale de 99 praticiens pour 100 000 habitants. (Indicateur mesurant l'attractivité médicale)

Les deux critères supplémentaires utilisés lors de la procédure de rattrapage consistent :

- soit à démontrer un fonctionnement avec des médecins en exercice mixte
- soit à démontrer que sur son territoire dans un périmètre de 20 minutes, l'établissement est le seul offreur à être autorisé à exercer une activité de médecine.

Cette première partie de la procédure permet de détecter les zones où les soins primaires sont en tension. On constate que sur les 243 hôpitaux de proximité existants,

¹⁷ Sénat session ordinaire de 2012-2013 enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013 : rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Par M. Hervé MAUREY, Sénateur.

seuls 23% réunissent les 4 critères de base. Les territoires où se trouvent des hôpitaux de proximité ne sont donc pas soumis aux mêmes tensions concernant l'accès aux soins. On constate ainsi que :

- 23 % des établissements réunissent 4 critères.
- 48 % des établissements réunissent 3 critères
- 21 % des établissements réunissent 2 critères
- 8 % des établissements ne possédant qu'un seul critère sont rattrapés ¹⁸

Les multiples combinaisons rendues possible par cette procédure permettent de retenir des établissements de natures différentes. Cela répond à la volonté des rédacteurs du décret de 2016 qui souhaitaient pouvoir prendre en considération les spécificités de chaque territoire. Ainsi au sein des hôpitaux de proximité on constate que¹⁹:

- 64% sont des ex hôpitaux locaux
- 28% sont des centres hospitaliers ou « autres EPS »
- 7% sont des établissements privés à but non lucratif
- 1% sont des établissements privés à but lucratif

On peut remarquer que les hôpitaux de proximité se caractérisent par une certaine hétérogénéité. Il peut ainsi à la fois être un ancien centre hospitalier à la périphérie d'une agglomération et doté d'une population jeune et précaire ou un ex hôpital local en région rurale sur un territoire vieillissant. De même, si les ex hôpitaux locaux sont majoritaires, ils ne composent que 64% des établissements reconnus alors que leurs missions, avant 2009, étaient proches pour ne pas dire identiques à celle des hôpitaux de proximité d'aujourd'hui. Cela s'explique par la présence d'un autre critère nécessaire à l'éligibilité d'un établissement. Il s'agit du critère lié à l'activité qui impose la détention d'une autorisation de médecine. Parallèlement et par principe, les activités de chirurgie et d'obstétrique ne sont pas autorisées sauf exception liée à l'offre de soins du territoire.

Si l'AGHL et l'ANCHL se réjouissent de la reconnaissance des activités spécifiques des hôpitaux de proximité, ces derniers s'interrogent sur les effets du critère d'activité qui pourraient non pas accroître les moyens des zones fragiles mais au contraire les réduire. En effet, il ne s'agit pas, comme le terme labellisation l'indique, de création ou de

¹⁸ Support méthodologique pour les hôpitaux de proximité site du ministère https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf

¹⁹ Support méthodologique pour les hôpitaux de proximité site du ministère https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf

construction de nouveaux établissements mais bien de la reconnaissance d'une catégorie spécifique au sein même des établissements publics et privés. Les deux associations craignent que, « par glissement », des centres hospitaliers financés jusqu'alors en tarification à l'activité (T2A), deviennent des hôpitaux de proximité et ferment leurs plateaux de chirurgie et d'obstétrique et que, d'un autre côté, certains ex hôpitaux locaux se transforment en établissements médico sociaux. Interpellée sur ce risque, la DGOS dit comprendre les craintes des acteurs du secteur et assure que les ex hôpitaux locaux ne répondant pas au critère d'activité, pourront, au cas par cas, se voir aidés par les ARS par la délivrance d'autorisation d'activité de médecine²⁰. Cette possibilité apparaît crédible puisque l'objectif est de labelliser de 500 à 600 hôpitaux de proximité avant 2022.

1.2 Un financement qui prend en compte les activités de coordination

Lors de la suppression des hôpitaux locaux, les établissements ont été autorisés par dérogation à conserver leur dotation globale. La cour des comptes a par la suite justifié cette exception par le rôle spécifique des ex hôpitaux locaux dans les secteurs à faible densité médicale. Pour la cour, le système de tarification à l'activité n'apparaît pas adapté dans des territoires où la volumétrie des séjours est parfois très faible. Pour autant, ces structures n'en demeurent pas moins importantes pour répondre aux besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins.²¹

Les hôpitaux de proximité sont ainsi financés par un système mixte composé d'une dotation forfaitaire garantie (DFG) et d'un complément tarifaire. Tout d'abord, la DFG est composée d'une part fixe composée à 70% des recettes historiques de l'établissement et d'une part variable, la dotation populationnelle et organisationnelle (DOP). La DOP a pour objectif de prendre en compte les fragilités du territoire, tant du point de vue de la vulnérabilité de la patientèle accueillie que des caractéristiques de l'offre locale. Elle est fixée par l'ARS qui mesure l'engagement de l'établissement en matière de coopération et de coordination avec les acteurs de santé (hôpitaux, soins primaires, établissements médico sociaux).

Concernant le complément tarifaire, il n'est pas automatique et n'intervient que lorsque la DFG est inférieure à la valorisation théorique de l'activité transmise par l'établissement. Si l'activité réalisée produit des recettes théoriques supérieures aux recettes historiques, l'établissement reçoit un complément de financement. Le complément

²⁰ Position reprise dans un rapport d'activité de l'ANCHL au sujet de travaux menés avec la DGOS sur l'encadrement réglementaire des hôpitaux de proximité (Entretien ANCHL)

²¹ Cour des comptes, l'avenir des hôpitaux locaux, septembre 2013.

tarifaire peut apparaitre surprenant puisque le modèle T2A n'a pas été considéré comme adapté aux établissements de proximité. Cette disposition témoigne sans doute de la disparité des hôpitaux de proximité.

On pourra constater par la suite, que ce mode de financement est un atout dans la prise en charge des populations âgées et précaires.

2 Partie 2 : Atouts et difficultés des établissements de proximité dans l'exercice de leurs missions

Les hôpitaux locaux avaient pour mission de dispenser des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide à domicile, ils accueillaient dans des services médico sociaux une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité. Les hôpitaux de proximité conservent ce rôle de soutien de l'offre en santé mais ne font pas figure de simples répliques des ex hôpitaux locaux. Ils se caractérisent par des activités de coordination beaucoup plus présentes et s'envisagent plus directement dans des partenariats territoriaux notamment avec les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).

2.1 Un modèle d'articulation entre la ville et l'hôpital pertinent

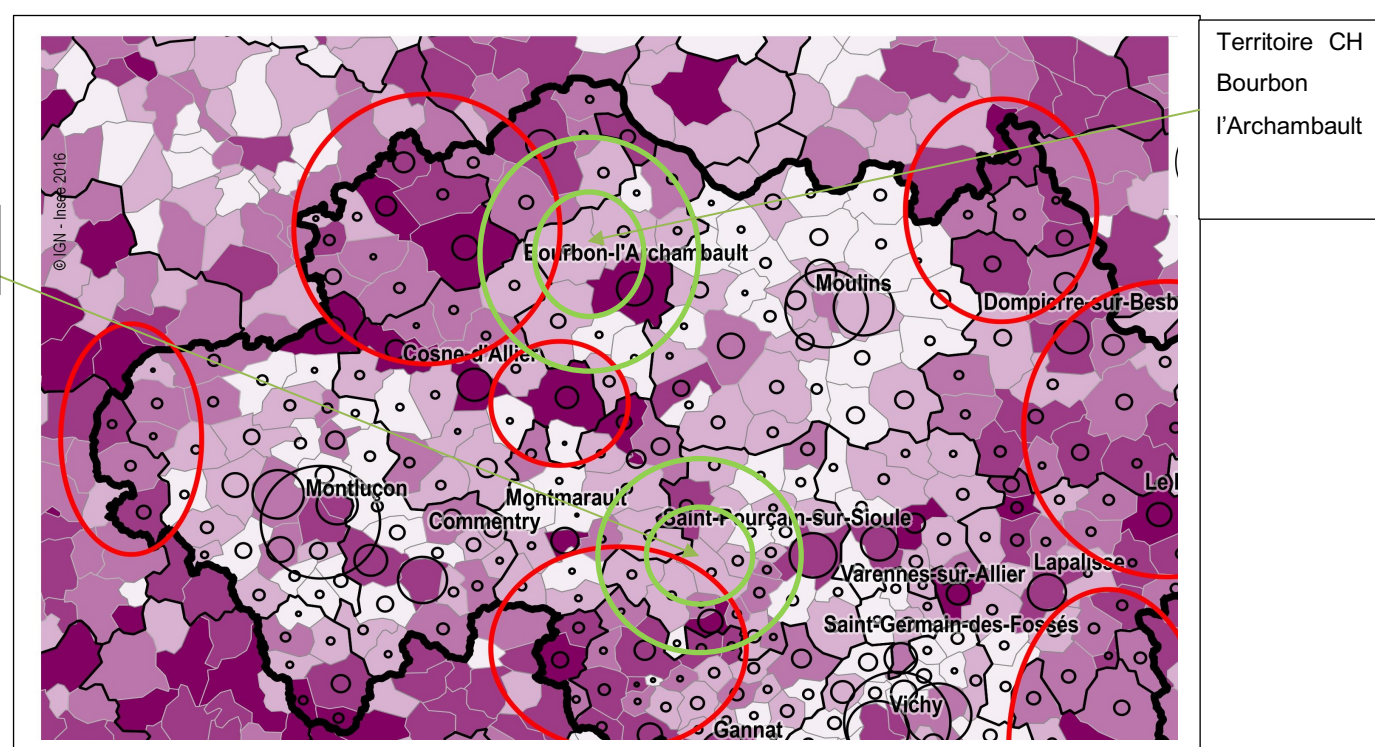
Les hôpitaux de proximité ainsi que les ex hôpitaux locaux ont développé des liens de coordination étroits avec les soins de ville notamment en recrutant des médecins libéraux pour la prise en charge de patients hospitalisés dans le cadre d'exercices mixtes. Ce mode organisationnel permet de recruter des médecins libéraux soit en temps partagé entre leur cabinet de ville et l'hôpital, soit de manière indifférenciée dans le temps avec un mode de rémunération à la consultation en ville comme à l'hôpital. Ce type de contrat particulièrement souple permet d'effacer de manière concrète les frontières entre l'organisation hospitalière et la prise en charge en ambulatoire. Dans le cas où ces médecins travaillent au sein d'une même MSP, comme c'est le cas au CHCB, il en résulte un véritable système de santé coordonné correspondant aux attendus de la réforme au parcours particulièrement performant pour prendre en charge des populations dont l'état de santé appelle un suivi régulier dans la durée.

2.1.1 Les hôpitaux de proximité soutiennent les professionnels du premier recours pour la prise en charge de populations particulièrement vulnérables

Les hôpitaux de proximité interviennent dans des territoires où la population est, soit particulièrement âgée, soit présente un taux de pauvreté élevé. C'est le cas au CHCB puisque les services de SSR indifférenciés prennent en charge avant tout des personnes âgées dépendantes suite à une hospitalisation et le pôle « comportements pathogènes » intervient pour des patients souffrants de pathologies chroniques notamment causées par des comportements à risque. Ces populations vulnérables requièrent l'intervention de plusieurs professionnels pour subvenir à leurs nombreux besoins en santé et surtout, la constitution de réseau de coordination intégrés que les hôpitaux de proximité doivent contribuer à garantir.

A) Les spécificités de la prise en charge des patients âgés :

Avec un tiers de sa population âgée de plus de 60 ans, l'Allier est un des départements abritant le plus de seniors (Annexe 3). Comme nous le voyons sur la carte, certaines zones ont plus de 20% de leur population d'un âge égal ou supérieur à 75 ans dont certaines sont particulièrement éloignées des principaux centres. Considérant les problèmes d'autonomie et de mobilité liées à l'avancée dans l'âge, certaines populations rurales se trouvent exposées un risque de non accès aux soins.



²² L'Allier : un département déjà très âgé Marylène Gauvin, Claude Waszak, Insee INSEE Analyses Auvergne Rhône Alpes N° 32 Paru le : 19/01/2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559288>

L'augmentation des personnes âgées de plus de 90 ans va s'accroître dans les prochaines années et leur demande en soins également alors que la densité médicale dans le centre de l'Allier est très faible (carte annexe 3). Pour les populations les plus isolées du centre du département, un épisode aigu suppose une hospitalisation dans un établissement de santé éloigné soit à Montluçon, soit à Vichy, soit à Moulins, ce qui signifie, une prise en charge en dehors du territoire de santé de proximité. La gestion des entrées et des sorties d'hospitalisation est ainsi considérée comme une transition particulièrement sensible pour les patients âgés : « Il arrive que personne dans un service hospitalier ne soit en capacité de donner les informations nécessaires pour préparer la sortie de patients qui ne sont pas autonomes ou pour lesquels nous devons préparer des soins dès la sortie, nous perdons beaucoup de temps pour ça »²³ ... » Il est parfois difficile de véritablement identifier les problèmes de liaison entre les professionnels de ville et de l'hôpital hors territoire. Ces appréhensions diffèrent d'un acteur à l'autre et sont, pour les personnes interrogées, parfois très dépendantes de leur réseau professionnel : « Je suis confrontée à des situations difficiles lors du retour de mes patients du centre hospitalier de Montluçon »²⁴ L'éloignement géographique n'est pas favorable à la coordination d'acteurs de santé peu habitués à travailler ensemble. Cela contribue à allonger les durées d'hospitalisation alors que les hôpitaux ne peuvent souvent pas répondre à toutes les dimensions relevant de la prise en charge de ces patients : « ...ils ont moins besoin de prises en charge scientifique-techniques telles qu'elles sont effectuées au sein des grands centres hospitaliers, et davantage de prise en charge en proximité. »²⁵

Les patients âgés constituent une catégorie hétérogène, plus ou moins délimitée par l'âge pouvant présenter une ou plusieurs pathologies et en moyenne moins mobiles que le reste de la population. De même, l'âge avançant, l'évolution des leurs capacités physique et/ou cognitive doit être régulièrement confirmée ou infirmée lors de temps d'auscultation en moyenne plus long afin de déterminer leur degré d'autonomie. La dimension médico-sociale est également très présente et nécessite de disposer d'une offre de soins étoffée sur le territoire pour couvrir leurs besoins en santé (annexe 3).

²³ Infirmière libérale de Saint Pourçain lors de la réunion CPTS « Sud Allier »

²⁴ Entretien avec un médecin de la MSP de Montmarault

²⁵ Rapport sur La place des ex hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées. Analyse qualitative autour de trois études de cas en Franche-Comté Hélène CLEAU-ANDRE ASEPT Franche-Comté/Bourgogne Septembre 2015

B) Spécificité des patients précaires dans le département de l'Allier

Avec 15,5 % de ses habitants vivant sous le seuil de pauvreté fin 2011, l'Allier fait partie des départements dans lesquels la pauvreté est la plus marquée (carte annexe 4). Si les parcours des patients âgés présentent des complexités multiples pour le système de santé, c'est aussi le cas des personnes en situation de précarité dont les déterminants de santé ; mauvaise hygiène de vie, malnutrition, sédentarité, alimentation trop riche, pénibilité du travail, mauvaise couverture assurantielle, mauvaise observance thérapeutique ou encore souffrance psychique exposent à des risques en santé plus importants que le reste de la population.²⁶ La réflexion médicale se trouve contrainte par des facteurs auxquels les solutions classiques ne sont pas adaptées. Ils exigent, comme pour les patients âgés, des durées de consultations importantes mal adaptées à la prise en charge en cabinet libéral. Ces risques dépassent le champ du domaine médical et appellent des démarches interdisciplinaires coordonnées avec des acteurs de soins mais plus largement avec les acteurs sociaux. En milieu rural, l'absence de permanences d'accès aux soins en santé (PASS) confrontent les professionnels de santé de ville à des populations qui présentent des problématiques sociales, psychiques et comportementales dont les spécificités requièrent l'intervention de personnels souvent spécialisés.

Pour les personnes toxicomanes ou alcooliques par exemple, les hôpitaux de proximité se révèlent des points d'appui importants pour les professionnels de ville : « j'ai beaucoup de personnes souffrant de problème d'alcool, je n'ai pas le temps ni la ressource pour m'en occuper il faut vraiment se faire aider par d'autres professionnels et développer le service d'addictologie de l'hôpital »²⁷. Les personnes souffrant d'addiction nécessitent des encadrements psychologiques et/ou psychiatriques, la présence de professionnels sociaux, d'éducateurs pour les plus jeunes ou encore d'assistantes sociales. Ils doivent pouvoir bénéficier de sevrages que l'environnement hospitalier apparait le plus apte à proposer. Pour autant, le retour en milieu ordinaire présente un risque de rechute avéré, le patient se retrouvant de nouveau seul confronté à son addiction. Ainsi, pour les éviter, le retour au domicile doit être progressif et adapté et permettre un suivi en proximité. L'hôpital peut ainsi proposer des prises en charge séquentielles, des hospitalisations de jour ou des suivis par consultation cependant, le dialogue avec les CSAPA, les associations et les médecins traitants sera un élément clef pour prévenir les rechutes et permettre un rétablissement optimum pour le patient. Ne pas le faire revient, comme dans le cas des patients âgés, à favoriser la survenance de séjours hospitaliers causés par des incidents

²⁶ Bouchaud, Olivier, et Olivier Cha. « 9. Médecine générale et précarité », Pierre-Henri Bréchat éd., *Innover contre les inégalités de santé*. Presses de l'EHESP, 2012, pp. 117-134.

²⁷ Entretien médecin MSP de Saint Pourçain

liés à la consommation de produits psychoactifs (over dose, accident de la route, violences) et à engorger les services de psychiatrie. « Pour ces patients chez qui la relation au corps et à la santé est altérée, assurer des soins de qualité nécessite d'aller au-delà de leur demande de soins. Ces constats vont dans le sens de l'étude JAMA²⁸ qui a montré qu'une bonne connaissance de l'environnement des patients, et sa prise en compte dans les projets thérapeutiques, améliorerait leur état de santé »²⁹

2.1.2 Les hôpitaux de proximité favorisent les activités de coordination indispensables pour la qualité des soins.

Les professionnels libéraux voient dans la présence d'hôpitaux de proximité, un appui pour la prise en charge de leur patientèle notamment la plus vulnérable et ceux à plusieurs titres ; tout d'abord, le regroupement de personnels soignant est, nous le verrons, un facteur d'attractivité et de coordination pour les professionnels de santé. Ensuite, l'organisation de consultations spécialisées avancées est un facteur effectif d'amélioration de l'accès aux soins de la population et propose aux médecins libéraux une expertise dont ils disposent fréquemment et sans laquelle ils ne seraient pas en mesure d'assurer des consultations aussi qualitatives. Enfin, nous verrons que les populations vulnérables, ont des besoins de santé très divers auxquels un médecin libéral peut difficilement répondre seul. L'exemple de patients d'addictologie nous permettra de constater en quoi la coordination ville hôpital est un accompagnement recommandé pour mieux soigner ces pathologies et mieux prémunir les épisodes de rechute.

A) Le regroupement des ressources médicale est un facteur d'attractivité pour les soignants.

L'exercice libéral s'est fondé sur le principe d'indépendance en privilégiant pendant très longtemps l'exercice individuel en cabinet. La constitution de maisons de santé pluridisciplinaires, incitée depuis les années 2000, a permis de diffuser un nouveau mode d'exercice regroupé particulièrement intéressant pour améliorer la coordination des professionnels de santé de ville. Nous verrons en quoi celle-ci bénéficie à l'attractivité des professionnels de santé en zone sous dense et comment réciproquement, l'attractivité

²⁸ Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. JAMA. 2010;304(11): 1191

²⁹ Flye Sainte Marie, Cécile, et al. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », *Santé Publique*, vol. 27, no. 5, 2015, pp. 679-690.

permet d'assurer une meilleure coordination par la diversité des professionnels de santé qu'elle permet d'attirer sur le territoire.

Les hôpitaux de proximité sont tous confrontés à des territoires faiblement dotés en ressources médicales, c'est pour cela qu'ils sont chargés d'aider la coordination et de participer à rendre l'environnement attractif pour les médecins dont la présence permettra seule de répondre à la demande en santé « Il n'y a que moi pour faire tout ça, je n'ai pas le temps de travailler sur des projets mes consultations me prennent vraiment tout mon temps »³⁰ L'objectif est aussi d'attirer différents professionnels de santé pour disposer d'un panel d'offre de soins suffisant afin de soigner la population en proximité. Pour y parvenir, il semble que la concentration des professionnels de santé soit un atout pour favoriser l'installation de médecins en secteur rural³¹ : « Je suis originaire de la région et je voulais revenir exercer après mes études sur le territoire. Je pense que je ne l'aurais fait si je n'avais pas pu exercer dans une MSP. C'est très important pour moi d'être entourée de ressources soignantes »³².

L'exercice regroupé présente en effet plusieurs avantages³³:

1. L'aide et le support logistique et administratif : La mise en commun de moyens et la possibilité de recevoir des aides financières dans le cadre des accords conventionnels interprofessionnels (ACI) qui permettent de couvrir des charges de structures considérées comme lourdes pour les médecins libéraux. On constate d'ailleurs que 76 % des médecins généralistes qui exercent en groupe disposent d'un secrétariat, contre 1/3 de pour ceux qui exercent seuls.
2. La liberté dans l'organisation de travail : L'exercice libéral permet d'articuler de manière plus souple la sphère privée et professionnelle des médecins et de mieux organiser les remplacements en cas de congés ou de formation ; « L'exercice en libéral est le mode d'exercice le plus souple pour moi. Je peux organiser mes consultations en fonction de mes disponibilités. Pour autant l'exercice seule en cabinet ne me plaisait pas, j'ai ainsi choisi de m'installer en MSP.»³⁴

³⁰ Médecin libéral lors de la réunion du 11 avril 2019 organisée par la FEMAS AURA à Saint Pourçain sur Sioule

³¹ Clément, Marie-Caroline, et al. « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », *Santé Publique*, vol. 21, no. 1, 2009, pp. 79-90.

³² Entretien à la MSP Montmarault

³³ IRDES Questions économiques en santé n° 157 « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux », septembre 2010

³⁴ Entretien médecin MSP Saint Pourçain

3. L'accès à la formation : Une place plus importante est réservée à la formation et l'encadrement des étudiants ce qui permet un meilleur maintien des compétences médicales.
4. L'utilisation des outils numériques : L'exercice en MSP permet une utilisation plus fréquente des outils numériques par l'utilisation de systèmes d'information communicants entre membres d'une même MSP.

La mise en place d'un partenariat entre une MSP et un hôpital de proximité participe à renforcer les effets bénéfiques identifiés dans le cadre de l'exercice regroupé :

1. Aide et support logistique et administratif : Le CHCB a mis en place au sein de l'EHPAD une fonction d'infirmière chargée de coordonner et d'accompagner l'action des médecins libéraux. Elle organise par exemple avec ces derniers des consultations longues une fois par an afin de faire un bilan complet de santé de chaque résident. Elle prépare les consultations, réunit les éléments d'information à la connaissance du médecin et prépare et informe le résident pour le rendez-vous de sorte que le médecin peut consacrer son temps pour la consultation. Cela participe à améliorer les conditions d'intervention des médecins libéraux
2. Liberté dans l'organisation de travail : Une plus grande souplesse en permettant aux médecins libéraux d'exercer à l'hôpital sans pour autant en être salarié afin de pouvoir conserver leur autonomie et leur liberté d'organisation dans le cadre d'un exercice mixte.
3. L'accès à la formation : Le CHCB et la MSP de Saint Pourçain attirent régulièrement des internes en médecine intéressés par la découverte de ce mode de fonctionnement. L'environnement permet de favoriser le processus de formation (faculté d'accueillir plusieurs internes en même temps, travail en équipe, disponibilité des médecins).
4. L'utilisation des outils numériques : la coordination entre la MSP et le CHCB a favorisé la mise en place d'un système d'information partagé qui permet aux médecins libéraux intervenant à l'hôpital de consulter les dossiers de leurs patients en cabinet ou à l'hôpital. Cela permet également par principe, de travailler sur les outils numériques développés au niveau régional qui pourront permettre à terme le développement de coordinations au niveau territorial et supra territorial d'autant plus utile dans les territoires les plus isolés.

Pour résumer, l'hôpital de proximité permet d'apporter un soutien logistique, organisationnel propice à l'attractivité médicale. Il permet de construire des pôles de santé non formalisés qui renforcent la coordination entre les acteurs et devient un facteur d'attractivité pour de nouveaux professionnels « Vous pouvez fonctionner de cette manière car votre hôpital vous donne les moyens de le faire moi je ne suis pas accompagné au sein de ma MSP »³⁵.

B) L'hôpital de proximité renforce l'accès aux soins de second recours notamment grâce aux consultations spécialisées avancées

Dans les territoires où la densité médicale est faible, il existe plus de difficulté pour un médecin libéral de faire le lien avec des médecins spécialistes éloignés. L'organisation des consultations spécialisées avancées permet :

- une meilleure répartition de la ressource médicale.
- un meilleur accès médical pour les personnes à mobilité réduite
- une amélioration des conditions de travail des médecins libéraux qui peuvent disposer d'expertises en proximité.
- la possibilité d'orienter les consultations spécialisées en fonction des besoins réels du territoire par l'intermédiaire des médecins libéraux.

Les consultations spécialisées permettent de proposer à la population et aux professionnels du premier recours un accès aux services de second recours qui, sans la présence d'un hôpital à proximité, seraient très difficile à réaliser. Au-delà de l'amélioration de l'accessibilité aux soins, elles favorisent la construction de véritables réseaux de santé entre le territoire et les services de second recours : « le fait que les spécialistes se déplacent au sein du pôle ville hôpital permet de les croiser de manière informelle et de discuter de certains patients quand cela est nécessaire »³⁶. Ce fonctionnement contribue à faire de l'hôpital de proximité une plateforme où se côtoient des médecins de différents établissements « Il peut arriver qu'un médecin effectuant sa consultation soit sollicité pour venir donner son avis à un médecin du service dans la chambre du patient »³⁷ Ainsi, autant que le renforcement de l'accès aux soins spécialisés, l'échange direct entre des médecins participe de manière concrète à la construction d'une communauté médicale. C'est un préalable nécessaire au développement de systèmes territoriaux de santé plus intégrés.

³⁵ Médecin libéral MSP lors de la réunion FEMAS AURA

³⁶ Médecin libéral réunion su pôle ville hôpital

³⁷ Médecin libéral pôle ville hôpital CHCB

Pour le CHCB il ne s'agit pas d'un choix visant des objectifs financiers bien au contraire « Les consultations avancées ne sont pas rentables financièrement, elles sont un choix stratégique pour faciliter l'accès aux soins de second recours »³⁸. En effet, la part que reçoit l'établissement pour chaque consultation n'est souvent pas suffisante pour absorber le coût de l'intervention des spécialistes. C'est pour autant un effort qui apparaît incontournable pour assurer l'intervention de spécialistes en proximité et construire des réseaux de soins. Cet effort s'inscrit dans une relation de partenariat notamment avec le centre hospitalier Moulins Yzeure (CHMY). La volonté des deux établissements de partager les ressources et travailler en filière appelle pour chaque structure la capacité à agir en coopération et au-delà des limites organisationnelles classiques.

L'utilisation du numérique pourrait permettre de développer les consultations et les expertises médicales spécialisées. L'absence de rémunération des actes de télémedecine, pendant les années d'expérimentation, ont été un frein pour les établissements hospitaliers financés en T2A.³⁹ Le principal obstacle reste aujourd'hui la coordination des personnels de santé : « nous avons tout le matériel, le problème est d'avoir quelqu'un au bout du fil »⁴⁰. A l'image du travail réalisé dans le cadre des consultations avancées, les hôpitaux de proximité doivent se présenter comme des plateformes capables d'interagir avec les ressources de santé extérieures, non pas pour en faire un substitut aux consultations physiques mais plutôt leur prolongement.

L'intervention des médecins libéraux du CHCB a été importante pour la réussite du projet. D'une part, ils ont pu faire remonter les besoins réels des patients et prioriser les consultations spécialisées les plus adaptées, d'autre part ils ont orienté leurs patients rapidement vers ces consultations de sorte que les médecins spécialistes ont pu trouver très vite une nouvelle patientèle hors de leur territoire. Fort de ce succès, la direction du CHCB travaille à présent au développement de ce dispositif avec d'autres établissements en capacité de fournir des ressources médicales tels que le centre hospitalier de Vichy ou le CHU de Clermont Ferrand.

³⁸ Directeur du centre hospitalier Cœur du Bourbonnais

³⁹ Développer la télémedecine pour favoriser l'égalité d'accès aux soins en Bretagne, Presses de l'EHESP, septembre 2018

⁴⁰ Président de CME du CHCB lors de la réponse à l'appel à projet télémedecine

C) L'exercice salarié à l'hôpital permet une prise en charge plus approfondie qu'en secteur de ville

Comme développé en introduction, les modes traditionnels de prise en charge ne sont pas adaptés à la transition épidémiologique que nous connaissons aujourd'hui. La médecine de premier recours est organisée à l'origine pour répondre ponctuellement à la demande des patients en majorité jeune à la suite de signes ressentis sur un épisode de soins ponctuel. La prise en charge des patients chroniques exige quant à elle une médecine beaucoup plus proactive. La capacité des médecins à rendre un patient acteur de sa prise en charge et s'assurer du suivi de son plan de soins s'avère déterminant pour le maintien ou l'amélioration de sa santé. Ces accompagnements ne semblent pas véritablement réalisables par les médecins traitants qui s'accordent à dire qu'ils ne peuvent pas effectuer cette éducation faute de temps et dans la mesure où cet acte n'est pas reconnu par les financeurs⁴¹.

La médecine de premier recours doit ainsi développer des actions de promotion de la santé et veiller activement à l'observance de parcours préventifs (vaccination, dépistage, etc.). Pour ce faire, elle doit se coordonner avec les autres composantes du système de soins et avec les structures médico-sociales qui accompagnent les patients dans leurs parcours de santé et de vie.⁴² Ces missions peuvent être perçues ne relevant pas des directement des médecins « Ils contribuent à l'organisation de la prise en charge socio-familiale des déficiences que l'approche strictement biomédicale s'avère impuissante à réduire »⁴³. Malgré cela, le médecin est un acteur incontournable pour aider le patient à se soigner, le mode de fonctionnement en équipe de santé primaire se présente ainsi comme le meilleur moyen de répondre aux besoins du patient. Le dispositif Asalée, observé à la MSP de Saint Pourçain, permet la mise en place d'un dispositif de coordination avec les infirmières libérales qui informent régulièrement le médecin l'évolution de l'état de son patient. Un protocole de délégation de tâche permet également aux infirmières de procéder et d'agir directement sur la prise en charge notamment par la réalisation d'actions d'éducation thérapeutique. Aujourd'hui, 60 % des médecins se déclarent favorables aux délégations de tâches à des infirmiers, dans l'hypothèse où celui-ci est financé par

41 Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A., « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », Sciences sociales et santé, 24, 2, juin 2006.

42 Bras, Pierre-Louis. « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », Les Tribunes de la santé, vol. 30, no. 1, 2011, pp. 113-126.

43 Fernandez G., Levasseur G., « Les médecins généralistes et les personnes âgées. Quelle recomposition de la relation de soins ? », in : Bloy G., Schwyer F.X. (dir.), Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010

l'Assurance maladie. Néanmoins il concerne un nombre de professionnels encore très modeste (583 ETP d'infirmiers en 2018)⁴⁴.

Les hôpitaux de proximité contribuent également à accompagner les médecins libéraux pour la prise en charge de patients vulnérables. Le service de nutrition du pôle comportements pathogènes apporte par exemple une aide pour la prise en charge des personnes souffrant d'obésité sévère. Il propose notamment :

- L'accès à un pôle d'expertise et des professionnels spécialisés (Médecin nutritionniste, médecin psychiatre, médecin libéral orienté sur la pédiatrie, diététicien psychologue, assistante sociale, animatrice cuisine) et des équipements adaptés (salle de sport cuisine thérapeutique).
- Un éventail de prise en charge varié permettant de s'adapter aux besoins des patients :
 - Réalisation de consultations externes par le praticien hospitalier responsable du service
 - Autorisation de 12 lits d'hospitalisation complète en SSR et de 3 lits d'hospitalisation de jour
 - Un projet d'hébergement d'une unité mobile financé par l'ARS ARA afin d'intervenir au domicile auprès des familles souffrant d'obésité sévère.
 - L'organisation avec les acteurs du territoire d'un dispositif d'aide à l'activité physique DAPAP qui vise à promouvoir l'activité physique notamment des personnes bénéficiant de la CMU
 - La réalisation d'un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS en 2015 avec pour objectif la mise en place d'ateliers thérapeutiques au sein de la MSP de Saint Pourçain.

Ainsi, pour certains patients chroniques, l'appui hospitalier en proximité contribue à rendre possible des prises en charge complexes par le recours à des compétences spécialisées. C'est un complément à l'intervention des acteurs locaux qui appelle la mise en place d'actions de coordination indispensables à la construction de parcours de soins cohérents susceptibles de diminuer le risque rechute.

⁴⁴ DREES, N° 873, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers » février 2014

2.2 Des coordinations souples peu encadrées juridiquement à l'épreuve des patients à trajectoire complexe

L'approche au parcours ne se conçoit pas uniquement par une trajectoire descendante allant d'un point A à un point B tout du moins pour la prise en charge des patients vulnérables. Un parcours de santé dans leur cas s'appréhende comme une prise en charge s'adaptant à leurs besoins au bon moment et au bon endroit. Cette trajectoire n'est pas conditionnée par l'offre mais par la demande en soins. Si dans le cadre de prises en charge spécialisées, des chemins cliniques peuvent être envisagés, les parcours des malades chroniques sont beaucoup plus aléatoires et complexes à préfigurer. Les effets de ces maladies interviennent sur un temps long et varient dans le temps en fonction de facteurs difficilement maîtrisables comme le comportement du patient ou la perte de facultés cognitives pour des patients âgés par exemple. C'est pour cela que la prise en charge proximité est un véritable enjeu dans de qualité des soins et participe à mieux s'adapter à l'état de santé du patient en temps réel. Pour répondre à ces évolutions, la présence d'une offre de soins suffisante et coordonnée permettra dans un second temps d'y répondre de manière tout aussi réactive. Cette approche s'apparente à un réseau routier, composé d'axes principaux, les autoroutes, et de réseaux secondaires permettant d'accéder à n'importe quel point sur le territoire. Plus ces réseaux sont fins et diversifiés plus la circulation sera fluide. Nous le comprenons, il ne s'agit alors pas de construire uniquement des axes rapides qui par principe, ne pourront pas desservir tout le territoire ou à des coûts exorbitants, il s'agit plutôt d'assurer une offre variée et proportionnée en fonction des flux de circulation dont l'utilisation différenciée permettra notamment d'absorber les épisodes plus intenses. Pour continuer l'analogie entre le réseau routier et le système de santé, la construction d'un réseau diversifié et complexe implique de pouvoir s'y orienter en utilisant une aide à la navigation, un « GPS », capable de présenter ces différents itinéraires. Le médecin généraliste va jouer ce même rôle dans le système de santé, et accompagner tout au long de son parcours les patients en les aidants à emprunter les voies qui leur conviennent le mieux par l'intermédiaire de réseaux suffisamment développés et structurés. Ainsi, si le réseau de santé paraît suffisant aujourd'hui pour nous indiquer les parcours les plus empruntés, il demeure insuffisant pour nous guider dans les campagnes ou dans les zones montagneuses peu renseignées. Le médecin de ville, en secteur à faible population, devra ainsi consacrer beaucoup plus de temps à rechercher des solutions et à défaut utilisera les services d'urgences.

Ces dernières années, la création de dispositifs de coordination a rendu plus transversal le système de santé et contribué à améliorer la fluidité des parcours. On remarque cependant que sans une modification organisationnelle des acteurs de santé eux

même, ces outils se confrontent à leurs limites. De même, l'activité de coordination implique de développer des interactions avec les autres acteurs de santé sans dispositifs juridiques et mode de gouvernance construit expressément dans ce but.

2.2.1 Les patients complexes instigateurs des parcours de demain mais sans solutions concrètes encore aujourd'hui.

Pour certaines pathologies la construction de parcours peut se concevoir de manière très standardisée par la construction de chemins cliniques. Ce n'est pas forcément le cas des soins de premiers recours. D'ailleurs l'hôpital de proximité de manière générale « contribue à la coordination du parcours de santé de ses patients afin, notamment, d'éviter les hospitalisations inutiles ou les ré-hospitalisations précoces, ainsi que les ruptures de parcours... »⁴⁵. On comprend ici que l'hôpital de proximité est perçu comme un recours utile à l'élaboration des filières et des acteurs susceptibles de trouver des accompagnements correspondant aux besoins des patients qui se retrouvent sans solutions. Il s'agit ainsi de construire des parcours pour les patients plus complexes et pour lesquels le système de santé se trouve aujourd'hui dans l'incapacité de proposer des soins adaptés. Pour répondre à ces besoins, le CHCB développe une filière spécifique dite FOCUS. Elle vise à fluidifier le parcours des patients qui présentent des troubles **F**onctionnels et/ou **C**ognitifs et/ou un caractère **d'U**rgence **S**ociale. Les personnes âgées et les populations précaires composent majoritairement ces groupes de patients pour lesquels la recherche de solutions ne peut être réalisée qu'en réalisant un « focus » pluridisciplinaire sur leur situation.

A) Les patients âgés « complexes » pris en charge dans le cadre de la filière FOCUS

Les patients à trajectoire complexe ne constituent qu'une minorité des patients entre 5 et 15% en fonction des interlocuteurs. Lorsqu'il s'agit d'aborder les dysfonctionnements de l'articulation ville hôpital, les personnes interrogées ciblent régulièrement les retours d'hospitalisation mal préparés pour les personnes âgées. Ces chiffres ne se fondent que sur des ressentis mais permettent de rendre compte d'une tendance qui est relevée tout de même par l'ensemble des acteurs de ville interrogés. Ils correspondent également au ressenti de certains hospitaliers eux même. Les personnels des services d'urgences, en proie à des tensions sociales, remettent ainsi en question les moyens dont ils disposent «

⁴⁵ Article 6111-26 du code de santé publique

aux urgences je ne fais pas de médecine je passe mon temps à rechercher des lits ou des places disponibles pour les patients ».⁴⁶ Ce sont en partie, des patients confrontés à une impossibilité d'accéder à des soins sur leur lieu de vie ou non présents au moment où se manifeste leur besoin.

Face à l'augmentation des patients bloqués dans leur parcours, le centre hospitalier de Moulins-Yzeure a constitué une unité post urgence (UPU) consacrée à la recherche active de solutions pour ces patients. Cette unité réalise, patient par patient, un bilan de santé et un bilan de situation médico-sociale afin de présenter aux établissements d'aval toutes les informations nécessaires à la bonne réalisation du transfert. Malgré ce dispositif, les parcours de certains patients sont encore trop souvent bloqués au centre hospitalier de Moulins Yzeure. Le docteur Hernandez, président de la commission médicale d'établissement (CME), responsable de l'unité post urgence, lors d'une intervention au congrès sur les nouveaux métiers des hôpitaux de proximité le 30 novembre 2018, expliquait, que suite à une étude interne, malgré l'UPU, il dénombrait dans son établissement en moyenne 20 à 25 patients par jour en attente d'une solution de sortie dont 80% d'entre elles ne relevaient plus de la mission hospitalière.

Ces ruptures de parcours ont des incidences financières sur les établissements financés en tarification à l'activité pour lesquels les durées moyennes de séjours sont déterminantes. L'enjeu des sorties d'hospitalisation dans un contexte économique contraint, est stratégique pour les centres hospitaliers. Ces problématiques résultent essentiellement de la déconnection entre les structures hospitalières elles-mêmes, les soins de villes et les établissements médico-sociaux. Elles le sont d'autant plus dans les zones où les professionnels de santé sont moins nombreux « les retours au domicile sont plus souvent complexes dans les zones rurales comme les nôtres éloignées des structures hospitalières »⁴⁷ et se constatent au-delà des soignants, chez les élus sans recours pour aider ces personnes « Pour un maire d'une commune rurale comme la mienne, il n'est pas rare de gérer des retours d'hospitalisation pour des personnes âgées isolées sans savoir comment gérer notamment des personnes âgées désorientées et nécessitant des soins ou une surveillance ».⁴⁸

Dans ce cadre, les hôpitaux de proximité se présentent comme des relais locaux utiles pour organiser les parcours des patients vivant sur ces territoires éloignés des structures hospitalières de référence « même si je ne connais pas véritablement le CHCB,

⁴⁶ Médecin urgentiste CH x

⁴⁷ Entretien médecin MSP

⁴⁸ Maire de la commune de Montmarault I

les sorties de mes patients sont très souvent bien organisées »⁴⁹ Nous avons vu en effet, que les hôpitaux de proximité, financés par une DFG ne subissent pas la même pression financière que les structures financées à l'activité. Cela permet de pouvoir mieux encadrer les sorties en coordination avec les acteurs de soins de proximité avec lesquels les relations sont fréquentes à une transition hôpital/ville bien encadrée. Cependant, les hôpitaux de proximité connaissent également des difficultés à coordonner le parcours des patients très complexes. Certaines de ces difficultés se sont manifestées lors de la mise en place de la filière FOCUS au CHCB.

Tout d'abord, le logiciel trajectoire utilisé pour réaliser les transferts de patient, ne peut retranscrire la complexité de certaines situations. Lors d'un entretien avec un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) du pôle autonomie du CHCB, le manque d'informations sur les caractéristiques du patient a été la première raison présentée pour un refus d'entrée : « vous voyez, je suis en train d'examiner la demande d'un patient.... Le logiciel trajectoire n'est pas complété correctement, comment puis-je savoir si je peux admettre ce patient sachant qu'il me manque la moitié des informations ? »⁵⁰. Dès lors, les patients dont la situation est la moins lisible se retrouvent bloqués dans leur parcours à cause d'un système d'information inadapté pour représenter l'intégralité des dimensions nécessaires à sa prise en charge.

Les critères d'admission sont par la suite également apparus bloquants. Si du point de vue de l'établissement d'aval ils apparaissent très cohérents (pathologies, domicile, urgence de la situation...), du point de vue des établissements d'amont ils le sont beaucoup moins. L'exemple du lieu de vie est intéressant ; le médecin responsable d'un service de SSR du pôle autonomie admet en priorité des patients résidant sur le territoire. En effet, ce critère d'admission pré suppose qu'un patient âgé, pris en charge dans un établissement qu'il connaît et à proximité de son lieu de vie et de ses proches a plus de chance de se rétablir rapidement. Il favorise également l'élaboration du projet de retour sur le lieu de vie du patient avec l'appui des acteurs de santé connus sur le territoire et avec qui les services du CHCB sont mieux coordonnés. Il s'agit bien ici de choisir des patients au regard de leur situation globale et d'évaluer la capacité du service à répondre au mieux aux besoins du patient. Si l'on se place du côté de l'établissement d'amont à présent, ce critère va apparaître beaucoup moins pertinent dans le cas d'une personne nécessitant d'une prise en charge en SSR et qui ne disposera pas de cette offre de santé sur son territoire. Ce patient restera bloqué à l'hôpital sans avoir la possibilité d'accéder à un service de SSR d'un autre territoire en capacité de l'accueillir.

⁴⁹ Entretien Médecin MSP

⁵⁰ Médecin MPR pôle autonomie

Ce même constat peut être réalisé pour d'autres situations. Nous l'avons vu, les parcours ne sont pas linéaires et peuvent conduire le patient à revenir dans l'établissement qui a débuté la prise en charge. C'est souvent le cas des patients âgés post AVC qui suscitent aussi deux approches différentes. D'un côté, l'établissement d'amont estime souvent qu'il est absolument nécessaire de procéder à de la rééducation active pour permettre au patient un retour de ses fonctions physiques et cognitives alors que de l'autre, l'établissement d'aval, peut ne pas vouloir procéder à un transfert anticipé pour des patients instables en l'absence de service de réanimation sur site.

Pour dépasser l'antinomie de ces deux approches, l'organisation en filière territoriale apparait comme la seule solution susceptible d'organiser de manière plus juste l'accès aux soins. C'est l'objectif de la filière FOCUS que de parvenir à concilier qualité de prise en charge et besoin des patients en temps réel. Les GHT sont des entités susceptibles d'aider à développer cette vision territoriale. Ce n'est pas le cas dans la moitié nord de la région ex Auvergne où le GHT « Territoire d'Auvergne », particulièrement étendu, n'a pas pu encore organiser de filières pour ces patients. C'est pourtant l'organisation la plus adaptée pour mettre en relation de manière coordonnée les acteurs de santé et permettre aux hospitaliers de pouvoir répondre aux afflux de patientèles cycliques en face desquels, les établissements disposant de service d'urgences, ne peuvent répondre seuls. Dès lors, la problématique des admissions ne doit plus seulement s'envisager au regard d'objectifs internes, mais bien en fonction des moments où les patients en ont besoin. Si cette organisation peut générer des tensions périodiques au sein des services des hôpitaux de proximité, c'est pourtant l'objectif vers lequel il faut tendre afin d'être en mesure de mettre en œuvre une organisation conçue autour du patient et non pas en fonction de l'offre disponible. Dans ce but, la coordination doit permettre de mieux disposer de la ressource en santé territoriale et créer des dispositifs capables, en temps réels, d'ajuster l'offre et demande indépendamment des entités juridiques qui segmentent les parcours patients.

B) La gestion des cas complexes également problématique pour les EHPAD autonome en proximité du CHCB

L'offre médico-sociale sur le département de l'Allier doit parvenir à couvrir correctement les besoins en santé actuels et à venir d'une population de plus en plus âgée et dont le taux de personnes de plus de 75 ans va s'accroître dans les prochaines années. Pour autant, on s'aperçoit que si les EHPAD tendent à prendre des personnes toujours plus

dépendantes, ils ne sont pas tous en capacité de le faire : « Je n'ai pas de médecin coordonnateur et je n'ai qu'un médecin libéral en pré retraite pour s'occuper de mes 96 résidents, je ne prends donc aucun nouveau résident avec de gros problèmes de santé je n'ai pas le choix »⁵¹ On constate que l'éloignement des principaux centre affaiblit d'autant l'attractivité des EHPAD et leur capacité à accueillir des résidents avec des soins importants. Cette sélection à l'entrée empêche de potentiels résidents d'être hébergés à proximité de leur lieu de vie et qui, par conséquent, restent hospitalisés.

Sur son territoire, le CHCB n'est pas perçu comme un acteur aidant pour les EHPAD autonomes car l'établissement est confronté également à la pénurie de médecins. Les ARS, tentent pour autant de compenser ce manque d'attractivité par des soutiens financiers aux hôpitaux de proximité. Mais force est de constater qu'il s'agit moins d'un problème de moyens que de la capacité à proposer des conditions d'exercice de qualité et un environnement de vie attractif pour les médecins. Si la gestion de la ressource médicale est très difficile, la mise en place de dispositifs de coordination plus aboutie permettrait de pallier en partie les effets de la faible densité médicale. Pour ce faire, il tient d'être en mesure par exemple, de procéder à des entrées directes dans les services de court séjour gériatrique ou de SSR. Cette action serait en effet, une mesure concrète pour améliorer de manière effective la prise en charge des résidents d'EHPAD en leur évitant les effets délétères d'un passage aux urgences. C'est ce qu'a réalisé le CHU de Clermont Ferrand en développant une coordination gériatrique territoriale. Cette organisation permet d'une part, de soutenir les professionnels de santé du territoire dans la recherche de solution pour un patient âgé en créant un accès direct à un médecin hospitalier gériatre via une « hotline » et d'autre part, le cas échéant, au médecin gériatre contacté, d'organiser des hospitalisations directes en service de gériatrie. Des organisations similaires sont en cours d'élaboration sur les centres hospitaliers proches du CHCB. Elles permettront, comme pour le CHU de Clermont Ferrand, d'ouvrir les services hospitaliers sur le territoire et de permettre des échanges téléphoniques directs entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux. Les structures médico-sociales sont en attente de pouvoir disposer de ce type d'appui : « Auparavant, les hôpitaux organisaient des séminaires afin que les acteurs de santé puissent se rencontrer et échanger sur leurs problématiques respectives. Cela permettait de se connaître et de mieux se coordonner »⁵² Il faut ainsi créer des liens entre les différents intervenants en santé d'un parcours sans quoi les ressources de santé seront nécessairement mal utilisées « Il n'est pas rare que des urgentistes nous renvoient en pleine nuit des patients nécessitant un encadrement infirmier croyant qu'il était assuré dans l'établissement alors que cela n'a jamais été le cas ».⁵³

⁵¹ Entretien directrice de l'EHPAD

⁵² Entretien directrice de l'EHPAD de Gayette

⁵³ Entretien directrice de l'EHPAD de Gayette

Il est certain que la faible densité médicale explique les difficultés de coordination, mais les EHPAD bien pourvus en la matière rencontrent également des difficultés : « ...le plus compliqué c'est pour ceux qui ne sont pas issus du territoire pour lesquels nous rencontrons des difficultés au niveau du recueil de données et du partage de l'information. Pour les résidents du territoire présentant une complexité, les appuis locaux, infirmières libérales, les élus, la famille les connaissances ou amis nous permettent de disposer d'appui pour accompagner les résidents de manière adaptée »⁵⁴.

De même, l'échange d'information entre les établissements médico sociaux et les hôpitaux est très perfectible : « le système d'information est encore très perfectible. Quand je travaillais en centre hospitalier, j'ai participé à des travaux pour les améliorer. Aujourd'hui encore des problèmes persistent pour organiser l'entrée ou l'accompagnement des résidents »⁵⁵ Les dispositifs de coordination conçus ces dernières années ont contribué malgré tout à améliorer la gestion de certaines situations « ...les tables tactiques sont une très bonne chose pour les personnes qui en bénéficient puisqu'elles aboutissent à trouver des solutions adaptées pour ce que j'ai pu en voir »⁵⁶ Pour autant, certains avouent ne plus y participer : « les tables tactiques sollicitent beaucoup de professionnels de santé alors qu'au final peut être 20% vont être véritablement être utiles; le temps passé à la résolution de cas je le retire aux résidents de l'EHPAD que je dirige ».⁵⁷

Le rapport IGAS sur la coordination des soins de 2014⁵⁸ décrit l'efficacité hétérogène des dispositifs de coordination qui se cantonnent souvent à une coordination soit strictement clinique soit strictement médico-sociale. La prise en charge des personnes âgées dépendantes appelle au contraire un double regard. Cela affecte leur capacité à résoudre les situations les plus complexes. Le dispositif PAERPA est un dispositif de coordination qui adopte cette approche bi dimensionnelle. Leur efficacité reste pourtant à évaluer car les effets n'apparaissent aujourd'hui pas suffisamment significatifs sur certains territoires ^{59 60}.

⁵⁴ Entretien directrice de l'EHPAD de Chantelle

⁵⁵ Entretien directrice de l'EHPAD de Chantelle

⁵⁶ Entretien directrice de l'EHPAD de Chantelle

⁵⁷ Entretien directrice de l'EHPAD de Chantelle

⁵⁸ Philippe Blanchard, Laurence Eslous, Isabelle Yeni « Evaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport IGAS n 2014-010R, décembre 2014

⁵⁹ « Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours de santé des aînés (PAERPA) » Questions d'économie de santé n 235/ Août 2018 et Bilan intermédiaire de PAERPA, ministère de la solidarité et de la santé, mars 2018

⁶⁰ Z, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Les rapports de l'IRDES Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats + Annexes, juin 2018

Les commentaires des directeurs d'établissements médico sociaux démontrent un certain manque d'efficience des dispositifs de coordination. Plus encore, ils sont confrontés à des relations de concurrences entre les dispositifs et leurs financeurs qui semblent altérer la capacité de ces systèmes à s'imposer véritablement. Cela n'incite pas les acteurs à s'engager dans leur fonctionnement et nuit à leur bonne intégration à l'organisation des soins du territoire sur lequel ils sont implantés. Les récentes plateformes territoriales d'appui cherchent à se construire avec les acteurs locaux référents en termes de coordination afin de s'implanter plus facilement dans l'organisation de soins. Elles se concentrent également sur les cas complexes mais disposent de la transversalité nécessaire pour agir avec plus d'efficacité sur les situations. Elles se présentent comme des dispositifs de recours et de soutien aux professionnels. Elles s'appuient sur des entités aux mains des professionnels comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les hôpitaux de proximité et contribuent via le répertoire opérationnel des ressources (ROR) à utiliser toutes les ressources d'un territoire pour optimiser les moyens disponibles. Les hôpitaux de proximité sont incités à se coordonner avec ces structures et pourraient, en théorie, devenir eux même de futurs porteurs de PTA eu égard au rôle de coordination actif qu'ils sont amenés à jouer. Le positionnement de l'établissement dans le champ sanitaire hospitalier de ville et dans le champ médico-social (EHPAD FAM) semble particulièrement adapté pour assurer ces missions ou tout du moins en être un soutien actif.

2.2.2 Une coordination multilatérale sans dispositif juridique spécifique impose la recherche d'équilibres fragiles.

La recherche d'interconnexions entre les acteurs de santé engendre inévitablement un processus de déconstruction des organisations existantes qui doivent s'ouvrir et gagner en souplesse afin de permettre la coordination avec des entités dont les cultures professionnelles et les modes de prise en charge sont vraiment très différentes. De plus, ces échanges se construisent souvent de manière très informelle de sorte que l'absence d'institutionnalisation impose aux directions la recherche permanente d'équilibres fragiles notamment dans les relations entre les médecins libéraux et les médecins salariés.

A) La logique de parcours manque de concret pour les professionnels de santé du premier recours

La réforme du système de santé en général et notamment la réforme plus ciblée sur les hôpitaux de proximité, fait surgir de nombreux questionnements de la part des

professionnels qui, sans remettre en cause le besoin de s'adapter aux besoins des patients ne voient pas toujours comment y parvenir et redoutent les conséquences organisationnelles. « Si je modifie l'organisation de mon service, mon activité risque d'être moins bonne »⁶¹. Pour amener les soignants à faire évoluer des organisations de soins trop standardisées notamment pour prendre en charge les patients plus complexes, les directeurs doivent parvenir à inclure les médecins dans la dynamique de changement et identifier avec eux des perspectives suffisamment claires à un moment où le contexte législatif et réglementaire des établissements de santé évolue. « Le parcours ça fait longtemps qu'on le fait ici, je ne vois pas ce que l'on peut faire de plus »⁶². Les services SSR proposent des prises en charge pluridisciplinaires qui répondent aux besoins de soins et à l'accompagnement médico-social des patients. Cette logique s'oppose à la structuration de parcours par pathologie non adaptée pour la prise en charge des personnes âgées. « La gériatrie est une discipline globale, si un patient âgé est victime d'un AVC, il est très probable que cela soit en plus d'autres pathologies qu'il faudra prendre en compte pour bien le soigner même si cette pathologie est dominante »⁶³.

Ainsi, la structuration au parcours interroge les professionnels de santé qui ne parviennent pas toujours à concrétiser les incidences de la mise en place de prises en charge avec des acteurs hors établissement. Nous l'avons vu, l'exercice mixte des médecins libéraux permet une articulation ville hôpital presque « naturelle ». Ce n'est pas forcément le cas des praticiens hospitaliers pour qui, l'amélioration de la coordination avec les établissements d'amont n'apparaît pas toujours comme un besoin prioritaire. « Que voulez-vous qu'on fasse de plus ? On soigne bien les patients, on organise bien leur sortie ... »⁶⁴. L'organisation des services hospitaliers s'est souvent construite autour de prise en charge pensées essentiellement lors du séjour hospitalier. La projection des équipes hospitalières hors établissement est parfois difficile. « Les HAD ou les équipes mobiles hospitalières ne sortent pas suffisamment, elles ont tendance à soit rester en proximité des centres hospitaliers soit à participer totalement au fonctionnement de services auxquels elles sont rattachées »⁶⁵. Le changement de culture de prise en charge est potentiellement plus perturbant pour les professionnels les plus habitués au fonctionnement hospitalier. Cela ne veut pas dire que ces services ne sont pas adaptables ni aussi utiles que les autres bien au contraire, c'est un mode d'exercice véritablement complémentaire de l'exercice libéral à plusieurs égards. La présence sur site en permanence est un point fort qui facilite l'organisation des soins des patients dans le service. Les ateliers, les temps d'éducation thérapeutique, les staffs pluridisciplinaires sont de véritable plus-values que les

⁶¹ Cadre de santé du service SSR du pôle autonomie

⁶² Entretien avec un médecin MPR dans le cadre des travaux sur le projet d'établissement du CHCB

⁶³ Praticien hospitalier lors d'une réunion sur la filière AVC

⁶⁴ Entretien médecin service SSR

⁶⁵ Réunion soins palliatifs avec ARS AURA

médecins libéraux investissent beaucoup moins. Il est ainsi nécessaire de construire avec les praticiens hospitaliers de nouveaux modes d'intervention plus ouverts et plus souples sans se départir des forces de ces prises en charge.

B) Des modèles organisationnels non formalisés très souple mais très fragiles également

La mise en place de la collaboration entre un hôpital et une MSP ne dispose pas de cadre juridique spécifique et se construit essentiellement sur la base de la relation contractuelle entre les médecins libéraux et l'hôpital. C'est en effet un mode de gestion très souple qui ne revêt pas de caractère véritablement institutionnel de sorte que les frontières entre la ville et l'hôpital sont d'autant moins visibles. Les médecins libéraux ne participent d'ailleurs que modérément aux commissions médicales d'établissement qui se tiennent, à leur décharge, à plus de 25 km de leur lieu d'exercice. C'est le président de CME, médecin libéral lui-même, qui assure la liaison entre le CHCB et ses collègues médecins de la MSP de Saint Pourçain. Il constitue une courroie de transmission en assurant par sa fonction, une représentation des intervenants de ville lors des instances du CHCB. La relation ville hôpital a ainsi pu s'affiner et aboutir à un système de coordination bien rodé et pragmatique. Ce mode de fonctionnement intégré est peut-être la véritable clé d'une articulation ville hôpital réussie sans formalisme excessif et avec des modes de gouvernance adaptés.

Elle n'est pour autant pas sans risques dans le cas du CHCB. En effet, le mandat de président de CME est un exercice qui requiert de la disponibilité alors que les médecins libéraux, occupés par leurs consultations, n'en disposent que très peu. De même, la capacité du président de CME à être représentatif de ses collègues est toujours variable d'autant que les médecins libéraux, même en MSP, restent attachés à conserver une certaine autonomie et que, une fois encore, ils ne sont pas juridiquement tenus de se coordonner avec l'hôpital. Il n'est ainsi pas certain que par la suite d'autres médecins libéraux prendront la succession de l'actuel président de CME. Ainsi, la question des effets sur la coordination ville hôpital dans le cadre d'une présidence de CME assurée par un praticien hospitalier interroge quant au maintien du même modèle organisationnel. En effet, dans ce cas de figure, la mise en place d'une organisation plus formalisée et plus tracée serait sans doute nécessaire pour assurer le même niveau de coordination. Pour autant, cette évolution normative pourrait apparaître beaucoup moins attractive pour les médecins libéraux qui souhaitent évoluer dans une organisation souple. « Franchement si j'avais la

possibilité je n'interviendrais qu'à la MSP. L'approche ville hôpital est très pertinente mais entre le cabinet, l'EHPAD et l'hôpital c'est dur ».⁶⁶

L'organisation médicale des hôpitaux de proximité se caractérise par la coordination des médecins de ville et des praticiens hospitaliers qui apportent au CHCB des compétences techniques et spécialisées reconnues par les médecins libéraux eux même. « La présence d'un service spécialisé en addictologie est très important pour répondre aux besoins de nos patients et pour lesquels nous n'avons pas les solutions »⁶⁷. De même, pour la prise en charge de patient après un épisode aigu, la présence de médecins gériatres ou MPR en temps complet dans le service disposant de plateaux techniques plus étoffés et d'équipes pluridisciplinaires en continu apportent une qualité de prise en charge plus difficile à réaliser pour les médecins libéraux dont la présence au sein de service est beaucoup moins importante. « ...les médecins sont très disponibles lorsqu'on les appelle pour autant il est vrai que leur temps de présence est moins important que ce que pourrait être le temps de médecins salariés. Pour l'organisation du service ce n'est pas toujours la solution la plus facile »⁶⁸.

Les échanges entre médecins disposant de statuts et de modalités d'intervention différentes est un exercice compliqué pour la direction qui doit parvenir à faire de cette hétérogénéité une force. Les échanges entre médecins de différents statuts et, dans le cadre du CHCB, exerçant sur des sites différents ne se réalisent pas forcément naturellement ce qui peut être identifié comme un problème dans la coordination au sein même de l'établissement. S'il faut ainsi conserver cette souplesse, il appartient également de trouver le moyen d'institutionnaliser ces rapports pour pérenniser les relations et assurer une coopération dans le temps. Ainsi, il s'agit très certainement de trouver un mode de gouvernance permettant une lisibilité des organisations tout en évitant de lourdeurs administratives qui peuvent nuire à l'activité médicale et à l'attractivité de l'exercice à l'hôpital.

⁶⁶ Entretien médecin en exercice mixte au CHCB

⁶⁷ Commentaire d'un médecin en exercice mixte lors d'une réunion médicale à la MSP de Saint Pourçain

⁶⁸ Entretien cadre pôle ville hôpital CHCB

3 Partie 3 : Préconisations pour adapter la réforme au parcours dans le cadre de la situation de stage, au centre hospitalier Cœur du Bourbonnais

Dans le cadre de mon stage au CHCB, j'ai été chargé de réaliser le nouveau projet médical de l'établissement pour les services sanitaires mais également pour les services médico sociaux dont la capacité à encadrer médicalement les patients est un préalable nécessaire pour recevoir les personnes âgées à proximité de leur lieu de vie malgré leurs problèmes de santé. La faible densité médicale en milieu rural impose la mise en œuvre de coopérations médicales afin de permettre aux résidents d'accéder aux soins en proximité. Les parcours ont été le fil rouge de ce projet médical et ont fondé les orientations stratégiques des services. Ce cadre est apparu indispensable pour guider les médecins qui, dans un deuxième temps, développeront leurs actions en fonction des patients qu'ils accueillent et des moyens dont ils disposent. Pour la mise en œuvre de ce projet, 3 axes ont émergé plus particulièrement ;

Le premier consiste à construire une stratégie d'accompagnement au changement afin d'engager une dynamique de coordination médicale incluant au premier titre les médecins dont l'adhésion est indispensable dans les mutations organisationnelles en devenir. Par la suite, la construction de liens avec les CPTS apparaissent prioritaires pour créer un cadre institutionnel suffisamment solide pour prolonger le fonctionnement développé entre la MSP de Saint Pourçain sur des territoires plus vastes et proposer à toute la population les bénéfices de cette coopération. Enfin, pour véritablement permettre d'entrer résolument dans la logique de parcours, nous verrons que la responsabilité populationnelle est certainement un concept sur lequel il faudra s'appuyer pour véritablement aboutir à un mode de fonctionnement attendu concernant les hôpitaux de proximité. Je n'ai pas pu développer ce dernier aspect lors de mon stage au CHCB, mais lors de la restitution du projet médical, l'aspect multidimensionnel de la démarche au parcours m'est apparue compliquée à présenter d'un bloc aux professionnels de l'établissement et manquait de fil conducteur. Les multiples projets pour assurer de meilleurs parcours aux patients et aux résidents du CHCB sont une richesse dont il ne faut pas se départir mais cela ne doit pas être au détriment de la clarté et de la cohérence globale des projets. Pour fixer un objectif synthétique aux professionnels de l'établissement et aux professionnels extérieurs, le concept de responsabilité populationnelle m'est apparu très intéressant et correspond finalement en grande partie aux missions des CPTS et des hôpitaux de proximité.

3.1 Mettre en place une stratégie d'accompagnement au changement.

Nous l'avons vu en introduction l'apparition de nouveaux besoins doit aboutir à une refonte des organisations hospitalières. Si cette réorganisation apparaît difficile à réaliser dans le contexte actuel, ne pas y travailler revient à exposer les organisations soignantes à des tensions organisationnelles fortes. Les directeurs d'hôpitaux ont la responsabilité d'accompagner les équipes et constituer un environnement favorable aux changements à venir. Pour les établissements financés à l'activité l'objectif est certainement plus difficile à réaliser sans porter atteinte à leurs ressources financières. La situation apparaît plus favorable pour les hôpitaux de proximité qui disposent de financements directement liés à leur activité de coordination (DOP).

A) Étape 1 : Implication des médecins pour identifier le besoin de changement

La démarche de parcours interroge parfois les professionnels de santé qui ne perçoivent pas les modifications organisationnelles nécessaires à sa mise en oeuvre. Les médecins ont pourtant un rôle important à jouer dans la mise en place des nouveaux parcours au regard des patients qu'ils accueillent dans leur service. La direction doit les accompagner et leur apporter le soutien technique et méthodologique pour y parvenir. Dans cette perspective, une première étape a consisté au CHCB, à identifier les forces et les faiblesses des activités médicales de l'établissement. Ce constat partagé a permis de construire un cadre de discussion utile pour établir, à partir de l'activité opérationnelle des médecins, des axes de travail partagés. A ce stade, l'objectif était d'assurer les médecins que les forces identifiées ne seraient pas remises en question mais au contraire réaffirmées. Pour construire un environnement de travail serein, il a été important de prendre le temps de rassurer sur la méthodologie et d'impliquer de manière proportionnée les équipes dans la décision de changer. L'identification de faiblesses a contribué à faire ressortir les problématiques auxquelles se confrontent le médecin dans leur quotidien ce qui n'a pas manqué de montrer les insuffisances en matière de coordination.

Ces faiblesses, qui pèsent sur le quotidien des médecins doivent faire comprendre que le but de ce changement est l'amélioration des conditions de prise en charge pour les patients et que l'évolution des organisations se conçoit essentiellement pour faciliter l'intervention des professionnels. La direction quant à elle, doit réaliser un travail d'analyse permettant d'expliquer en quoi les faiblesses constatées sur le terrain sont en fait les mêmes qui justifient la réforme de santé. Il ne s'agit pas ici de rechercher les solutions bien

au contraire, mais prendre le temps de communiquer, échanger sur les dysfonctionnements et d'expliquer le cadre méthodologique pour, dans un second temps, construire de bonnes réponses.

B) Étape 2 : Construction d'un nouveau projet médical pour travailler ensemble sur les faiblesses identifiées

Une fois ces constats établis, il tiendra de réaliser un travail préparatoire pour proposer aux médecins des solutions observées dans d'autres établissements dans le cas où les médecins eux même ne proposeraient pas des pistes d'action. Par la suite, l'élaboration d'objectifs clairs et gradués en fonction de leur degré de difficulté seront définis. Les quick wins seront particulièrement utiles pour encourager les acteurs dès le début de la démarche. Pour les plus difficiles, l'affichage clair des objectifs permettra une intériorisation des attendus et une recherche de solution sur le moyen et le long terme. Dans tous les cas, ces solutions doivent se caractériser par un certain pragmatisme permettant aux acteurs d'en percevoir l'efficacité et la manière d'y parvenir. Par exemple, il sera intéressant de favoriser les solutions déjà mise en place mais non exploitées à leur maximum ou encore, développer des solutions déjà esquissés sans aboutir à un caractère opérationnel faute d'accompagnement institutionnel. Ainsi, au-delà des solutions concrètes, l'objectif est d'inscrire une dynamique du changement plus que de changer de manière radicale les organisations afin de mieux inclure et de mieux responsabiliser les médecins dans les évolutions à venir Cette démarche doit être programmée dans le temps afin d'assurer une visibilité et un cadre pour l'accompagnement au changement. La direction dans cette entreprise devra assurer une liaison directe et continue avec le corps médical. Il s'agit d'intervenir aux moments de blocage en soutien pour aider les médecins à surmonter les barrières administratives et organisationnelles pour lesquels ils ne manqueront pas d'être confrontés. Ainsi, il faudra se garder d'afficher des objectifs trop difficiles à atteindre et plus se concentrer sur l'état d'esprit et la capacité à envisager des approches différentes. La mise en place de logiques plus orientées sur le parcours n'appelle pas l'évolution des pratiques mais bel et bien la coordination entre acteurs de santé. Concernant la mise en œuvre de moyens, quand cela sera nécessaire, l'appui de la direction sera indispensable pour affirmer la résolution de l'établissement à engager des évolutions. Dans ce contexte, les aspects organisationnels constitueront souvent les meilleurs leviers pour permettre une meilleure coordination. En effet, la mise en place d'organisations de soins plus flexibles ou encore la mutualisation de certains services (secrétariat médical, partage de temps de professionnels) permettront de répondre à des problématiques très souvent liées à des cloisonnements organisationnels très affirmés.

Exemple : Renforcer l'accompagnement des patients à la sortie d'hospitalisation

Actions :

1. Redévelopper les accompagnements à domicile par les assistantes sociales afin d'améliorer la transition ville hôpital pour les patients et s'assurer que l'ensemble des aides prévues sur le domicile sont bien présentes (Quick win)
2. Renforcer la coordination ; en amont pour les cas complexes (staff, partage de temps médical, système d'information) en aval avec les soins de ville pour les services sans médecins libéraux par l'organisation de rencontres avec les MSP du territoire (accroissement des temps de coordination)
3. Développer un projet d'équipe mobile : Engager une réflexion pour développer un projet d'équipe mobile en répondant à un appel à projet (Approche opportuniste)

C) Étape 3 : Modifier les organisations par un management par projet

Pour parvenir à atteindre les objectifs identifiés souvent avec les mêmes moyens à disposition, la modification des organisations constitue un réel levier. Le but est de décloisonner les services et créer de la transversalité pour favoriser les parcours en interne, mutualiser les ressources et permettre qu'elles soient disponibles pour les services qui en ont besoin en dépassant les frontières budgétaires et organisationnelles qui font obstacle à la structuration au parcours. Dans le cas du CHCB, la mise en place en pôle a été décidée afin de favoriser le décloisonnement inter service et inter site. Par exemple, l'organisation en pôle doit permettre, aux services du pôle autonomie, d'organiser les transitions entre l'hôpital et les EHPAD de l'établissement par l'intervention de personnels de SSR en EHPAD et par la participation de médecins SSR lors des commissions d'admission.

La taille des hôpitaux de proximité permet très souvent un accompagnement opérationnel auprès des équipes médicales. Cette proximité est très appréciée des médecins qui, dans les structures plus importantes peuvent se retrouver parfois isolés et gérer des problématiques administratives et organisationnelles très chronophages. Les hôpitaux de proximité doivent tirer profit de cet avantage et accompagner les professionnels de santé dans leurs projets car ce sont souvent ces projets qui contribuent le plus à faire

évoluer les organisations. La rédaction d'un projet médical doit permettre d'inciter la démarche projet et la capacité d'innovation des médecins. La définition d'un cadre stratégique permet de laisser les médecins libres de la façon d'y parvenir et de proposer le projet dans lequel ils se sentent le plus à l'aise. Ils seront ainsi plus en capacité de les porter et de les faire vivre de manière opérationnelle. Alors que les appels à projet sont des outils de plus en plus utilisés par les ARS, cette stratégie peut permettre de transformer progressivement les organisations et générer de l'attractivité médicale en favorisant les démarches innovantes.

Ainsi, l'hôpital de proximité par sa souplesse et la proximité des organes de direction et le corps médical, doit valoriser cet avantage en se présentant comme un incubateur d'organisations innovantes notamment en matière de coordination afin de permettre aux acteurs de terrain de choisir eux même comment ils souhaitent évoluer.

3.2 Les CPTS sont des entités adaptées pour améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital de proximité

La concentration des ressources médicales est un facteur d'attractivité pour les autres médecins car elle constitue une garantie contre l'isolement et la surcharge de travail qui est toujours une menace en zone sous dense. L'établissement de proximité à son échelle, et par les partenariats qu'il développe, devient un pôle de santé au niveau territorial, un espace d'échange, un établissement support au déploiement des organisations de santé. L'organisation des consultations avancées illustre les synergies que ces regroupements génèrent. La construction de ces réseaux est cependant confrontée à une limite qui pourtant jusqu'à présent constituaient une force. La possibilité de créer des organisations non formalisées a permis en effet de développer la coordination de manière rapide entre acteurs de santé convaincus de la nécessité de travailler ensemble. Pour autant, l'absence de cadre juridique et organisationnel identifié ne permet pas de déployer ce modèle sur le reste du territoire et constitue à une plus grande échelle une limite de ce modèle. Les communautés professionnelles territoriales de santé visent à permettre une extension de la coordination ville hôpital sur des espaces beaucoup plus importants dont les CPTS elles-mêmes délimitent les frontières. Elles conçoivent dans ce territoire des projets de prise en charge coordonnée de la population afin de couvrir les besoins en santé et surtout de développer au niveau du territoire les solutions adéquates.

C'est en ce sens que les médecins de la MSP de Saint Pourçain se sont engagés depuis 2016 à la constitution de la CPTS Sud Allier (36 000 habitants) afin de prévoir des accompagnements pour les personnes vulnérables et fragiles du territoire (annexe 6); Ils

fédèrent à ce jour plus de soixante professionnels avec trois MSP qui s'organisent pour assurer les soins non programmés en ambulatoire⁶⁹. Le CHCB participe aux réunions de la CPTS sud Allier et propose son aide à la mise en œuvre de synergies nécessaires pour améliorer l'accès et la prise en charge en santé pour les personnes vulnérables. À l'échelle d'un territoire la CPTS sud Allier organise :

- l'accès à un médecin traitant,
- une réponse aux demandes de soins non programmés,
- des actions de prévention,
- le maintien à domicile des personnes âgées
- la coopération pour la prise en charge des pathologies chroniques.

La CPTS Sud Allier organise au moins trois réunions générales annuelles. Les six équipes pluri-professionnelles ont défini un projet commun pour le territoire du sud Allier et pour organiser plus spécifiquement l'accompagnement des patients fragiles. Ce dispositif repose en grande partie sur la mise en place d'IDE de parcours dans le prolongement de leurs fonctions d'IDE. L'objectif est de :

1. Dépister les personnes "fragiles" "complexes" à risque ou en perte d'autonomie afin de contribuer à la prévention de l'aggravation de la fragilité
2. Faciliter le parcours santé des personnes fragiles notamment en améliorant l'articulation avec le secteur hospitalier par un meilleur partage de l'information :
 - Eviter les prescriptions inutiles
 - Améliorer le retour sur le lieu de vie après un épisode aigu à l'hôpital
3. Augmenter la capacité du patient et de son entourage à gérer des situations de santé, complexes : Empowerment
4. Partager un même système d'information : des protocoles existent et sont utilisés régulièrement par les professionnels. Les 4 MSP et les cabinets des professionnels de santé communiquent par messagerie

De même, l'hospitalisation des patients âgés est identifiée comme un risque important de rupture du parcours et d'aggravation de la fragilité des personnes âgées du territoire. Conscients des conséquences sur la santé et le bien être des patients, la CPTS

⁶⁹ « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé » Appui à la DGOS Rapport IGAS n 2018- 041 R . Emile Fauchier- Magnan, Véronique Wallon, Août 2018

sud Allier et le CHCB ont souhaité mettre en oeuvre un conventionnement afin d'affirmer leur volonté d'améliorer le parcours entre la ville et l'hôpital afin :

1. De favoriser une meilleure connaissance des patients par :
 - Une prise en charge au sein du pôle ville hôpital en coordination avec l'équipe de soins primaire qui suit le patient.
 - En utilisant des systèmes d'informations partagés et/ou communiquants:
 - Accès à distance au DPI
 - Echange par la messagerie sécurisée en santé
 - Utilisation remplissage du dossier médical partagé
 - Inscription sur l'espace sécurisé régional monSISRA
2. D'oeuvrer au bon fonctionnement de l'exercice mixte de médecins au sein du pôle ville hôpital pour favoriser un suivi des patients en continu entre les phases aiguës hospitalières et le suivi médical en milieu ordinaire. Les médecins assurent également le dialogue avec les établissements hospitaliers du territoire afin de faciliter les admissions de leurs patients et organiser le retour au domicile adapté.
3. A favoriser l'accès aux soins et orienter les patients dans leurs parcours de santé :
 - Le pôle ville hôpital développe les consultations de spécialistes, la télémedecine et un service de radiologie et améliore l'accès aux soins pour les patients des professionnels de santé de la CPTS sud Allier.
 - Les professionnels de santé de la CPTS développent des actions de prévention et d'éducation thérapeutique pour améliorer la santé du patient de manière autonome ou en commun avec le pôle ville hôpital
4. A assurer un accompagnement au retour à domicile individualisé grâce au savoir faire des ESP et si nécessaire appuyés par des équipes mobiles hospitalières.

L'institutionnalisation des CPTS on le voit, peut apporter le cadre d'un changement organisationnels profonds nécessaires pour parvenir à passer d'une vision établissement à une vision territoriale. Il existe actuellement des dynamiques pour développer ces structures. La fédération des maisons de santé et plus particulièrement dans l'Allier, la fédération des maisons de santé d'Auvergne (FEMAS AURA), apporte un appui pour la constitution de CPTS. Parallèlement, dans le cadre de la réforme des hôpitaux de proximité,

la participation de représentants de CPTS aux instances des hôpitaux de proximité devraient également intervenir très prochainement.

La mise en place des CPTS apparaît pour autant encore un véritable pari selon lequel les professionnels de villes parviendraient à se structurer sur tout le territoire. Elle mettrait en œuvre une logique territoriale et empirique au contraire des stratégies nationales plus formatées en matière de coordination ces dernières années. En 2016, le rapport Devictor ⁷⁰ préconisait ainsi la mise en place de coordination territoriales par la création d'un service public hospitalier territorial (SPTS). Si l'approche populationnelle est la même que celle engagées par les CPTS la structuration est opposée. Dans le premier cas c'est une démarche uniforme engagée à travers la notion de service public notion centrale utilisée pour l'organisation des établissements publics hospitaliers. Dans le cas des CPTS l'initiative est donnée aux acteurs de santé territoriaux plutôt privés avec les médecins libéraux et en fonction de dynamiques propres à chaque territoire. Les hôpitaux se positionnent en soutien de ces démarches. Dans le cadre de ce rapport, la démarche populationnelle est présentée comme un concept susceptible de déclencher des « chocs de coordination » indispensables pour basculer dans une logique de parcours à part entière. On retrouve ces logiques en toile de fond des missions données aux CPTS et aux hôpitaux de proximité : « c'est-à-dire dans la préoccupation que toute personne trouve a minima sur son territoire de proximité une orientation vers la réponse adaptée à ses besoins de santé, dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »⁷¹

3.3 Présenter un cadre de réorganisation dans le sens d'une prise en charge populationnelle

L'approche aux parcours peut apparaître un concept très théorique pour les professionnels de santé de terrain qui pressentent en même temps que cette logique entraîne des évolutions potentiellement disruptives dont on ne connaît pas encore véritablement les effets. La sortie de l'hospitalo-centrisme absolu, et la mise en place de logiques empiriques engendrent également un renversement des logiques de structuration du système de santé beaucoup moins centralisées et étatisées. En effet, même si l'Etat conserve une grande part de son rôle de pilote dans les orientations du système de santé, les organisations s'encrent de plus en plus dans les territoires dans lesquels elles sont

⁷¹ Le service public territorial de santé SPTS, le Service public hospitalier SPH« Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé » Rapporteure : Bernadette DEVICTOR, mars 2014,

construites et laissent une plus grande prise d'initiative aux acteurs chargés de trouver les bonnes solutions pour leur territoire. Les acteurs locaux se trouvent dans une position inédite et doivent construire ensemble les organisations futures. Pour ce faire, il faut parvenir à fédérer les professionnels de santé autour d'objectifs communs. Le principe de responsabilité populationnelle semble pouvoir proposer un principe partagé suffisamment signifiant pour modifier le regard sur les pratiques et la façon de fonctionner. Ce principe a été conceptualisé en 2003 au Québec : ⁷²

« ... La responsabilité populationnelle vise à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :

- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;
- en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- en agissant en amont sur les déterminants de la santé. »

Au Québec, les principes de responsabilités populationnelles sont mis en œuvre pas des réseaux locaux de services de santé et services sociaux dont les missions sont énumérées dans le tableau construit ci- dessous sur la partie gauche. A droite du tableau, en miroir les missions des hôpitaux de proximité ont été déclinées. ⁷³

Missions des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux	Missions des hôpitaux de proximité
Assurer à la population de son territoire l'accès à des services de première ligne	Mission de soutien et de renforcement des soins de premiers recours
Garantir à la population de son territoire l'accès à des services spécialisées et sur spécialisées	Mise en place et développement des consultations spécialisées avancées
Permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers	Améliorer la prise en charge en proximité avec les équipes de soins primaires et améliorer leur coordination avec l'hôpital

⁷² Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Cadre de référence sur la responsabilité populationnelle , <https://ciusssmcq.ca/telechargement/195/cadre-de-reference-regional-sur-la-responsabilite-populationnelle-2014/> Produit par la Direction de santé publique et responsabilité populationnelle 22-01-2015

⁷³ Articles 24-25 de la loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF>

Impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux et favoriser l'implication et la collaboration d'intervenants d'autre secteur d'activité	Mission de coordination avec les différents acteurs du territoire, élus, prof de santé, travailleurs sociaux, société civile pour l'inclusion des personnes en situation de handicap ou pour les malades chroniques
S'assurer de la participation des ressources humaines disponibles nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux	Les hôpitaux de proximités doivent collaborer avec les structures de coordination type MAIA, CPTS, PTA et se coordonner avec les établissements sanitaires et médico sociaux

La notion de responsabilité populationnelle permet aussi de communiquer différemment et d'introduire ce choc de coopération et de responsabilité nécessaire pour faire comprendre aux acteurs de manière plus opérationnelle ce que l'on attend d'eux. Plus que la construction de filières de prise en charge plus ou moins bien découpées, il s'agit de construire un environnement disposant d'une offre variée et résiliente et s'appuyant sur des ressources de soins en proximité. Cette notion permet ainsi pour les hospitaliers notamment de sortir de la logique d'autorisation d'activité quelque peu restrictive.

Les projets de santé et les activités médicales doivent aujourd'hui plus inter agir avec les acteurs locaux pour construire des réponses propres aux besoins de santé des populations à l'image du projet DAPAP mené par le service de nutrition du CHCB. Pour rappel le DAPAP est un dispositif mis en place pour accompagner à l'activité physique ; Si l'ARS reste l'entité qui finance et lance l'appel à projet c'est aux acteurs de terrain de définir la manière d'opérer. Dans le cas du DAPAP au CHCB, c'est l'association DAHLIR (dispositif d'accompagnement de l'humain vers les loisirs intégrés et réguliers) qui a été choisie pour le réaliser. Cette démarche ne concerne pas les patients ou les résidents du CHCB en particulier, c'est un dispositif qui vise à favoriser la pratique sportive et lutter contre l'accroissement des sédentarités pour la population entière. L'objectif de cette association est de trouver des ressources sur le territoire pour mettre en place des ateliers pour la découverte sportive et favoriser l'inscription des participants à une association sportive. Le CHCB, par l'intermédiaire du médecin du service de nutrition s'est proposé pour coordonner sur le territoire la mise en place de cette action et a sollicité les acteurs locaux pour l'y aider :

- La MSP participe au projet par l'intermédiaire d'un médecin libéral
- La commune met à disposition un gymnase pour réaliser les ateliers

- Le CHCB met à disposition un temps d'éducateur sportif pour l'animation des ateliers
- Et les associations sportives sont sollicités pour proposer des activités au quotidien

Le dispositif est ouvert à la population avec des critères sélectionnant les personnes les plus aptes à bénéficier du programme notamment les personnes détentrices de la couverture maladie universelle (CMU). Ce dispositif inclusif et ouvert sur le territoire illustre l'intérêt de réfléchir à la santé de manière décloisonnée. Ce projet illustre le besoin d'agir collectivement pour parvenir à trouver des réponses pour les patients et l'intérêt de mettre en commun les moyens pour y parvenir. L'approche par la responsabilité populationnelle peut permettre aux professionnels de santé de s'emparer de la structuration au parcours et dépasser les cloisonnements sectoriels.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons détaillé en quoi l'approche populationnelle peut se décliner également à l'échelle d'un service à travers le projet médical du service de nutrition comme nous l'avons fait ci-dessus pour l'établissement dans sa totalité (annexe 5):

Missions des réseaux de services de santé et de services sociaux	Projet du service de nutrition
Assurer à la population de son territoire l'accès à des services de première ligne	Le service de nutrition assure des missions de premiers recours (consultations) et de deuxième recours (hospitalisation) pour les populations du territoire
Garantir à la population de son territoire l'accès à des services spécialisées et sur spécialisées	Filières avec le 3 iem recours et CHU de Clermont Ferrand et le chef du service nutrition professeur Boirie
Permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers	Recrutement d'un médecin libéral en exercice mixte et projet de travaux en coordination avec CPTS sud Allier pour mieux organiser le suivi des patients après l'hospitalisation
Impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux et	Mise en œuvre du projet DAPAP

favoriser l'implication et la collaboration d'intervenants d'autre secteur d'activité	
S'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires à la prestation des services de santé et des services sociaux	Adhésion au réseau Calories fédérant sur la région ex Auvergne les professionnels acteurs de la prise en charge des personnes en obésité sévère.

Conclusion

Les hôpitaux de proximité sont une catégorie d'établissement qui a vocation à assurer, dans les zones les moins attractives, un accès aux soins à l'ensemble de la population. Ces établissements sont intéressants par la coordination originale qu'ils organisent avec les professionnels de ville. L'intervention de médecins libéraux en établissement est un mode de fonctionnement intéressant à observer et qui permet de faire disparaître concrètement les cloisonnements sectoriels. De même, concernant l'organisation de filière en amont, le partage de temps médical et la réalisation de staffs sont indispensables à la construction d'échanges directs entre praticiens, notamment pour la prise en charge de patients complexes. En effet, si les systèmes informatiques participent à entretenir des relations entre acteurs de santé éloignés, ils n'en restent pas moins seulement des outils aux mains des professionnels. La construction de système de coordination de qualité s'appuie avant tout sur les échanges directs et l'existence effective de communautés médicales et paramédicales soucieuses de développer des échanges réguliers entre eux. Dans cet objectif, la participation des hôpitaux de proximité aux groupements hospitaliers de territoire est préconisée pour parvenir à disposer de ressources médicales nécessaires pour l'organisation des consultations avancées ou de téléconsultations.

Les groupements hospitaliers de territoire sont les entités les plus en capacité d'organiser la répartition des ressources individuelles entre les structures hospitalières et de se proposer comme support des dispositifs de coordination territoriaux. L'ANCHL émet cependant un point de vigilance à ce sujet. La particularité des hôpitaux de proximité les engage à être des acteurs locaux au soutien des soins de premiers recours de sorte que l'appartenance et la participation aux GHT ne doit pas constituer une menace sur la spécificité des missions de ces établissements⁷⁴. Si l'ANCHL défend la mise en place d'un statut spécifique et protecteur pour les hôpitaux de proximité au sein des GHT, il faudra certainement veiller à ce que cette précaution ne crée pas un nouveau cloisonnement au sein des structures hospitalières. Bien au contraire, ces relations doivent apparaître complémentaires et favoriser la mise en relation avec les CHU qui disposent et organisent la répartition des ressources médicales dans le cadre des activités d'enseignement et de formation.

⁷⁴ L6134-1 du code de santé publique

Au niveau local à présent, les CPTS se présentent comme des entités capables de structurer les services de soins de proximité qui doivent activement soutenir leur déploiement pour bénéficier de leur appui afin de réaliser des coordinations intégrées et susceptibles de couvrir des périmètres beaucoup plus importants qu'aujourd'hui avec les maisons de santé pluridisciplinaire. La création de cadres organisationnels communs et de systèmes de gouvernance partagés doit pouvoir assurer la mise en place de coordinations pérennes. Elle renvoie au système de gouvernance mis en place au CHCB par l'intermédiaire de son président de CME qui, en sa qualité de médecin libéral, assure un lien solide entre les professionnels de ville et hospitaliers.

Enfin, les orientations aux parcours organisent la prise en charge coordonnée au niveau territorial et supra territorial. Elles permettent de faire éclore des logiques populationnelles qui encouragent l'émergence de nouvelles pratiques en dépassant les missions des acteurs de référence. Elles engendrent des logiques transversales qui, au-delà des frontières administratives territoriales ou professionnelles, assurent la mise en œuvre des logiques de parcours adaptées aux besoins des patients.

Les directeurs des nouveaux hôpitaux de proximité doivent ainsi imaginer les déclinaisons et les conséquences sur les modes de fonctionnement de leur structure pour accompagner les professionnels et notamment les médecins dans ce processus. Le modèle organisationnel très souple et la proximité entre le corps médical et la direction constituent certainement les plus grandes forces de ces établissements. Les hôpitaux de proximités sont ainsi particulièrement adaptés à leur environnement et se présentent comme des acteurs stratégiques pour la mise en œuvre des politiques d'accès aux soins effectives dans les territoires les plus fragiles.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Articles 24-25 de la loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services. Éditeur officiel du Québec 2003.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF>

Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261841.htm>

Site du ministère de la Solidarité et de la Santé : Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007 2011 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22/07/09

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Site du ministère de la Solidarité et de la Santé : stratégie nationale de santé 2018-2022, 20/12/2017, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000038821260&categorieLien=id>

Ouvrages :

Bouchaud, Olivier, et Olivier Cha. « 9. Médecine générale et précarité », Pierre-Henri Bréchat éd., Innover contre les inégalités de santé. Presses de l'EHESP, 2012, pp. 117-134.

<https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794.htm>

Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Les rapports de l'IRDES Évaluation 134-1 du code de santé publique

<https://www.irdes.fr/recherche/equipe/penneau-anne.html>

Clément, Marie-Caroline, et al. « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », Santé Publique, vol. vol. 21, no. hs1, 2009, pp. 79-90.

Fernandez G., Levasseur G., « Les médecins généralistes et les personnes âgées. Quelle recomposition de la relation de soins ? », in : Bloy G., Schweyer F.X. (dir.), Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010

Flye Sainte Marie, Cécile, et al. « Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires », Santé Publique, vol. vol. 27, no. 5, 2015, pp. 679-690.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-679.htm>

Hartmann, Laurence, Philippe Ulmann, et Lise Rochaix. « L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation », Revue française des affaires sociales, n°. 2, 2006, pp. 121-139.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-121.htm>

Lemaire, Natacha, et Franck von Lennep. « 22. Le disease management, une réponse au défi des maladies chroniques », Pierre-Louis Bras éd., Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po, 2009, pp. 225-230.

Pierru Frédéric, Rolland Christine, « Bringing the Health Care State Back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé », Revue française de science politique, 2016/3 (Vol. 66), p. 483-506. DOI :

10.3917/rfsp.663.0483. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2016-3-page-483.htm>

Rawaf S., Maeseneer J., Starfield B. (2008). From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. The Lancet, 2008/10/14 : 1-3. 5 Alma alta
http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/starfield/Star%E%20Article_FromAlmaAtatoAlmaty.pdf

Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. JAMA. 2010;304(11): 1191
<https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/19386>

Revues :

IRDES Questions économiques en santé n° 157 « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux », septembre 2010
<https://www.irdes.fr/recherche/2010/questions-d-economie-de-la-sante.html>

Noémie Vergier et Hélène Chaput les dossiers de la DREES N° 17 « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer » mai 2017
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

Drees études et résultats septembre 2018 numéro 1077 : vieillissement de la population entraine une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>

Guide Rapports

Philippe Blanchard, Laurence Eslous, Isabelle Yeni « Evaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport IGAS n 2014-010R, décembre 2014
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf

Rapport d'information du Sénat session ordinaire de 2012-2013 enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013 : fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des

travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Par M. Hervé MAUREY, Sénateur

<http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>

Cour des comptes, l'avenir des hôpitaux locaux, septembre 2013,

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_avenir_hopitaux_locaux.pdf

Rapport : Le service public territorial de santé SPTS, le Service public hospitalier SPH« Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé »

Rapporteuse : Bernadette DEVICTOR, mars 2014,

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec Cadre de référence sur la responsabilité populationnelle, produit par la

Direction de santé publique et responsabilité populationnelle 22-01-2015

<https://ciusssmcq.ca/telechargement/195/cadre-de-reference-regional-sur-la-responsabilite-populationnelle-2014/>

Rapport sur La place des ex hôpitaux locaux dans la prise en charge des personnes âgées.

Analyse qualitative autour de trois études de cas en Franche-Comté Hélène CLEAU-ANDRE ASEPT Franche-Comté/Bourgogne Septembre 2015

http://www.anchl.fr/images/Rapport_de_recherche_qualitative_ex_HL_MSA_Franche-Comte_-_synthese.pdf

Support méthodologique pour les hôpitaux de proximité site du ministère https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf

« Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours de santé des aînés (PAERPA) »

Questions d'économie de santé n 235/ Août 2018 et Bilan intermédiaire de PAERPA, ministère de la solidarité et de la santé, mars 2018

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Rapport IGAS n 2018- 041 R « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé » Appui à la DGOS Emile Fauchier- Magnan, Véronique Wallon, Août 2018.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

Mémoires

Médecine libérale et/ou médecine salariée dans les Centres hospitaliers « ex- hopitaux locaux » Etude prospective du fonctionnement médical de deux Centres hospitaliers locaux bretons, Elies Portier, Directeur d'Établissements Sanitaires, Sociaux et médico- sociaux

Sites internet

L'Allier : un département déjà très âgé Marylène Gauvin, Claude Waszak, Insee INSEE
Analyses Auvergne Rhône Alpes No 32 Paru le : 19/01/2017

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559288>

Site du ministère de la Solidarité et de la santé : Discours d'Agnès Buzyn au congrès de médecine générale le 4 avril 2019

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190404_-_discours_-_congres_de_la_medecine_generale.pdf

Site OMS :Site internet OMS : thème de santé « les maladies chroniques »

https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

Liste des annexes

Annexe 1 : Offre de soins des hôpitaux de proximité

Annexe 2 : Cartes de la répartition des médecins libéraux

Annexe 3 : Quantification et répartition de la population âgée du département de l'Allier (INSEE)

Annexe 4 : Carte sur le taux de pauvreté par département

Annexe 5 : Projet médical du service de nutrition

Annexe 6 : Carte pour la préfiguration de la CPTS sud Allier

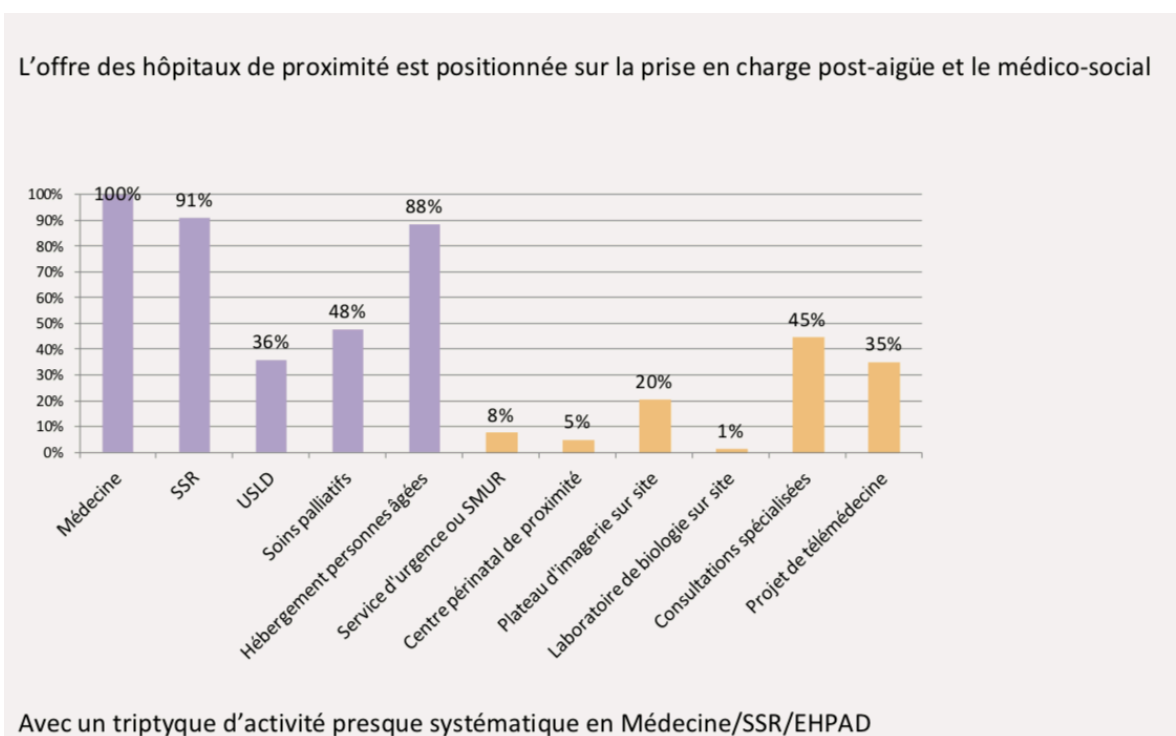
Annexe 7 : Organisation médicale au CHCB

Annexe 8 : Liste des entretiens

Annexe 9 : Réunions hors instances utilisées dans le cadre du mémoire

Annexe 10 : Exemple de grille d'entretien

Annexe 1 : Offre des hôpitaux de proximité extrait du support méthodologique pour la réforme des hôpitaux de proximité enquête DGOS 2014



Annexe 2 : Carte sur la répartition des médecins libéraux en France

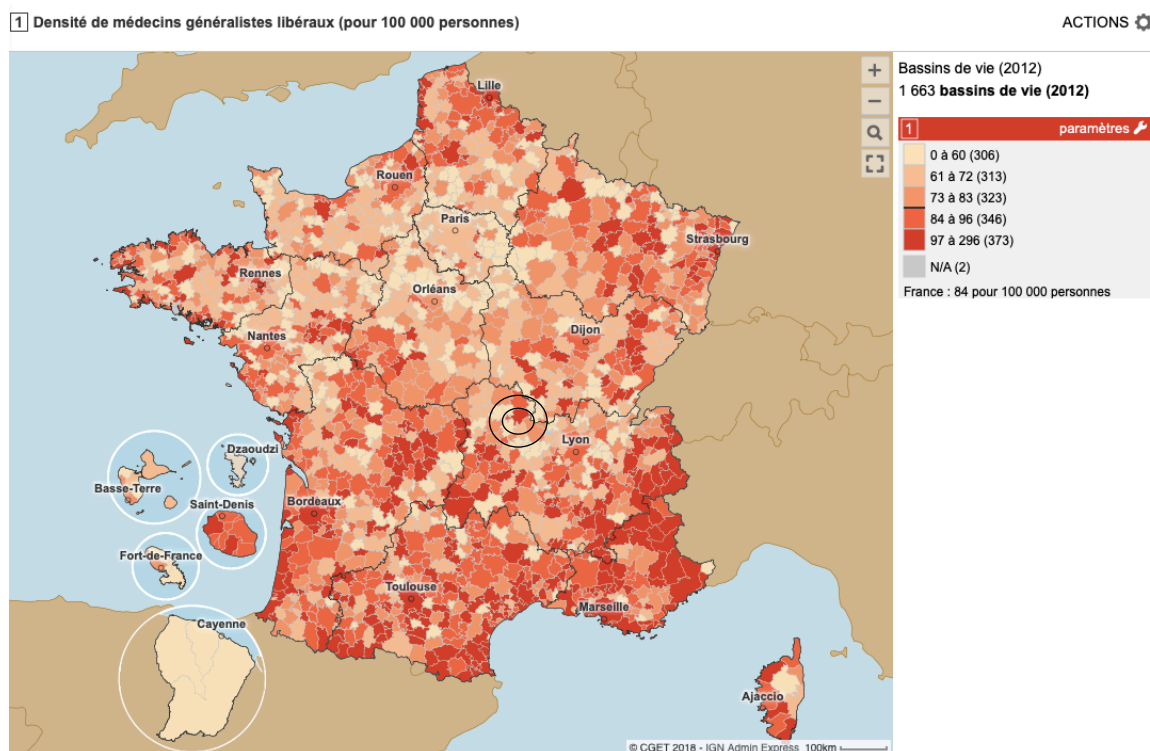
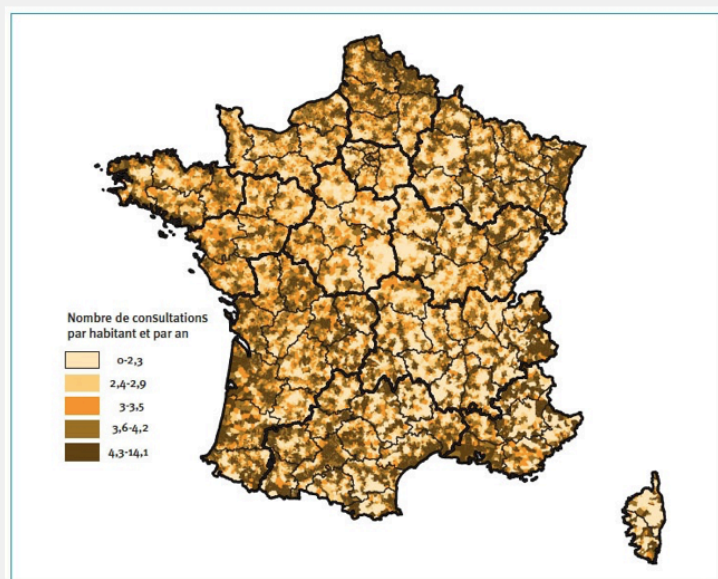


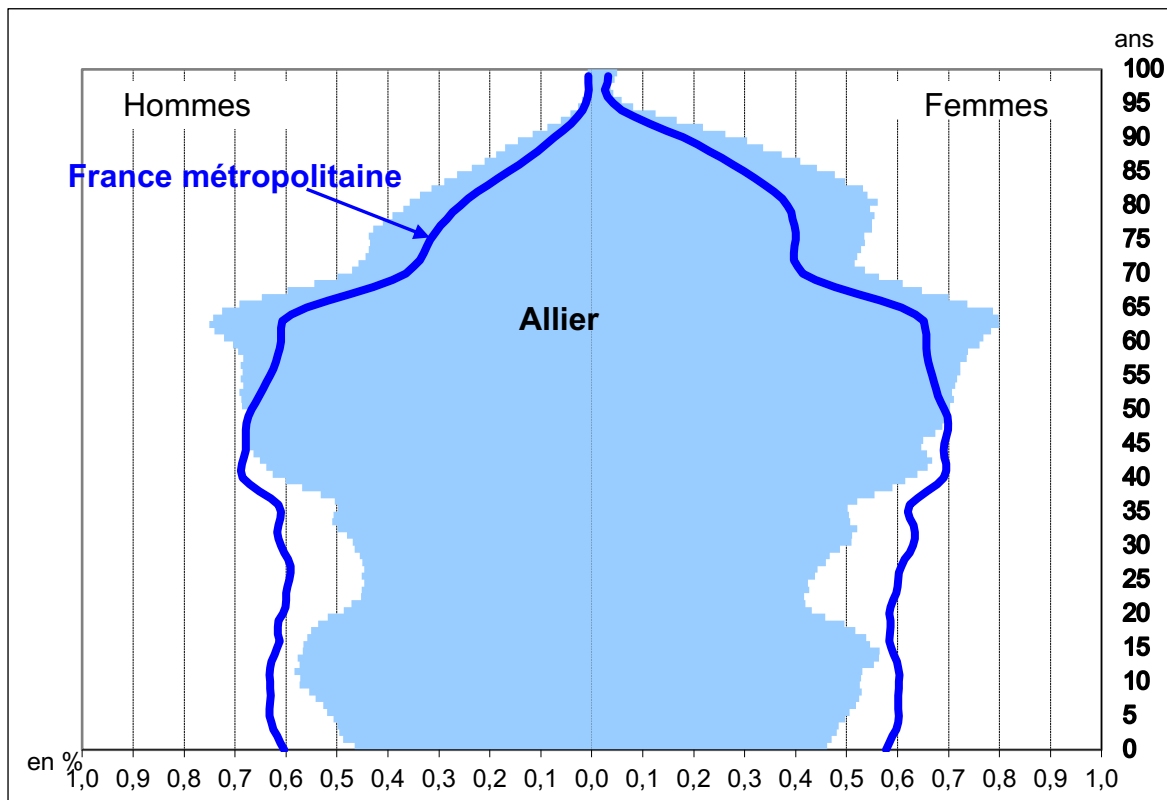
Fig.1
ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE PAR COMMUNE AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN 2015



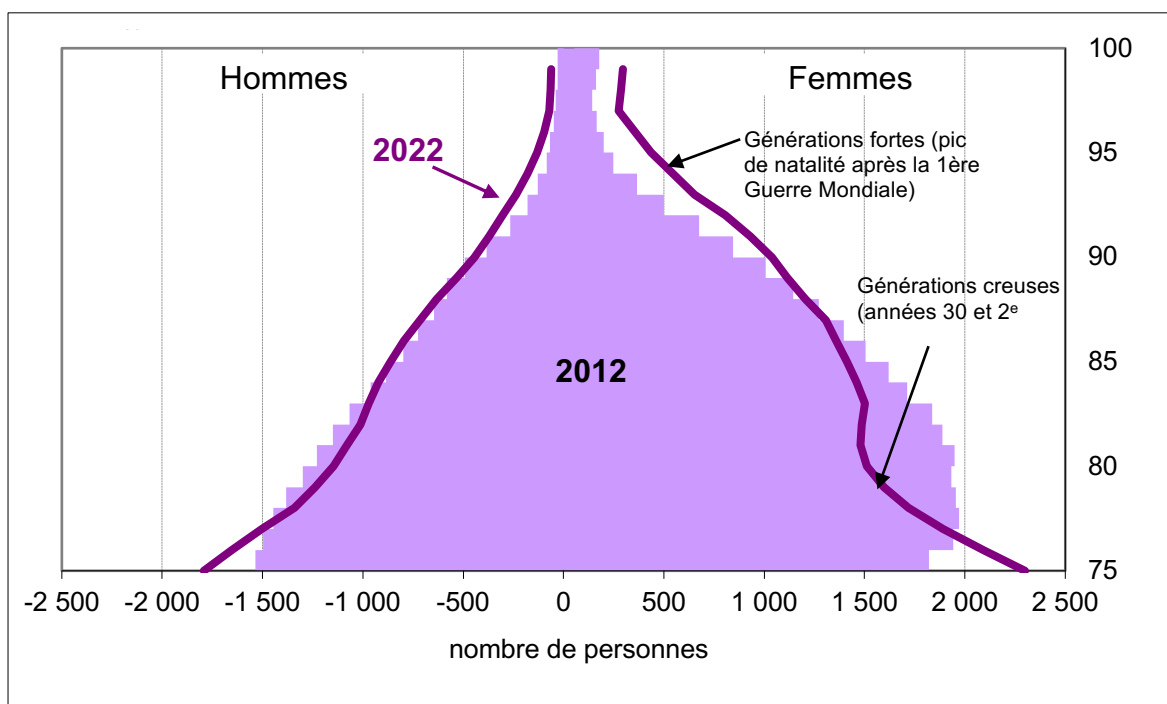
— Source : DREES, GEOFLA. Cartographie : Auteurs, 2017.

Annexe 3 : Cartes et tableaux sur le vieillissement de la population dans le département de l'Allier (source INSEE)

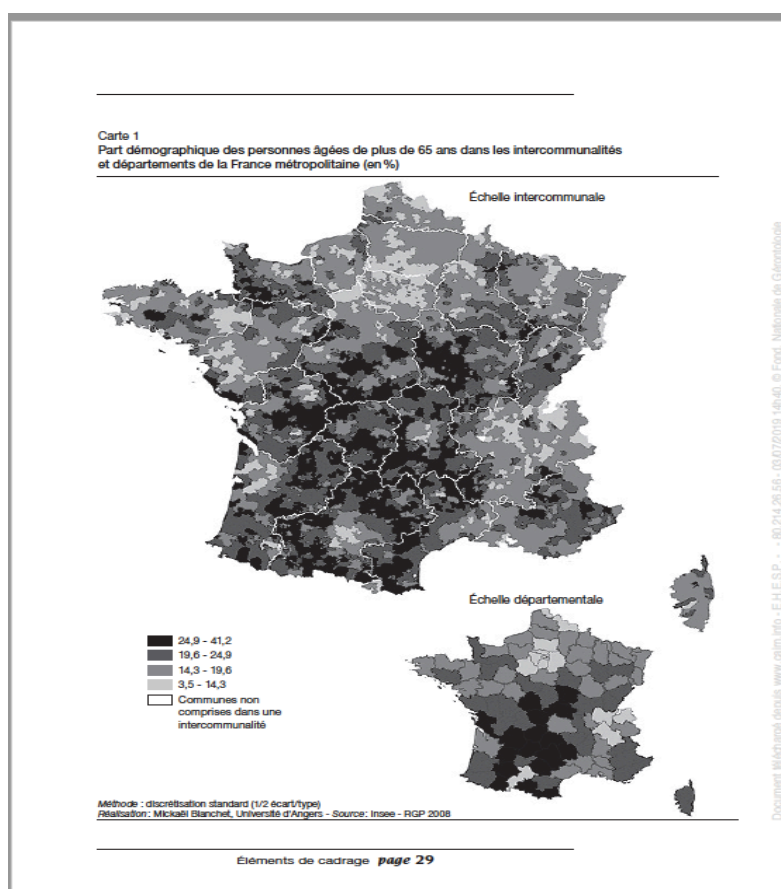
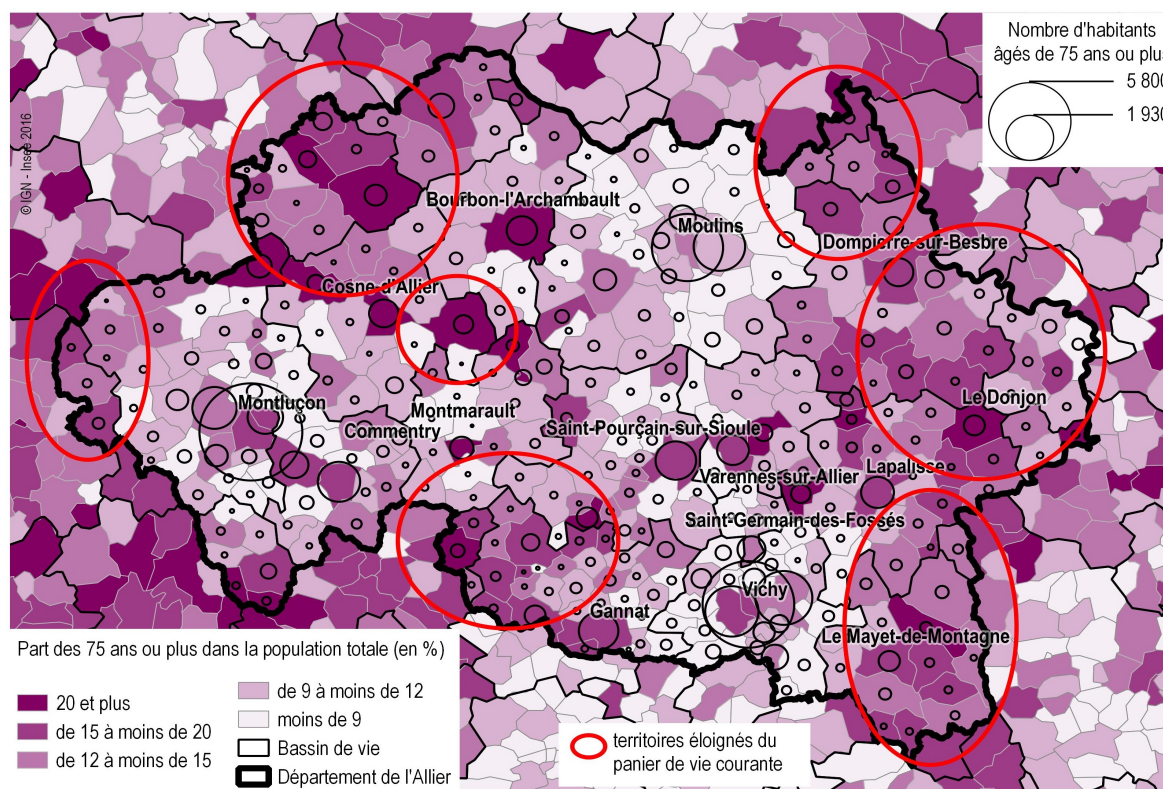
Pyramide des âges de la population française et de la population de l'Allier



Représentation de l'évolution du nombre de personne âgé de plus de 75 ans dans le département de l'Allier entre 2012 et 2022 (sources Insee)



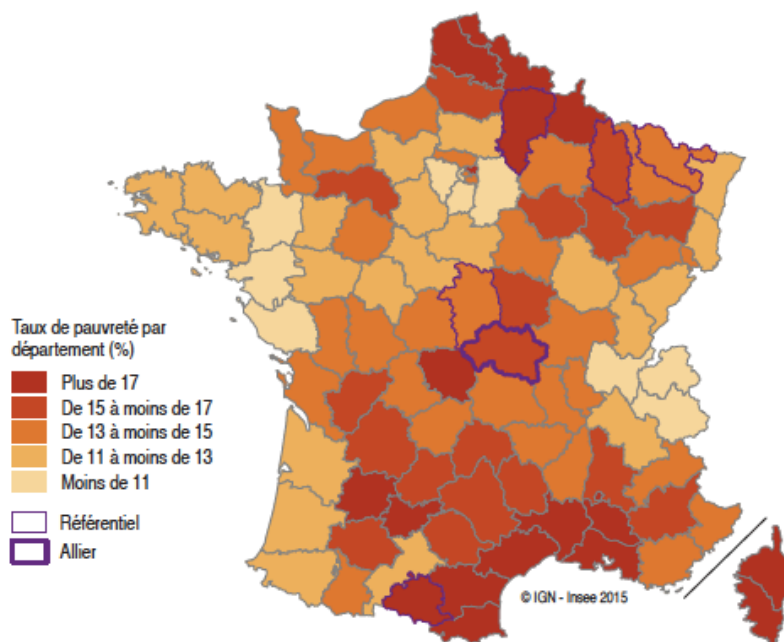
Carte représentant la répartition de la population âgée dans le département de l'Allier en pourcentage par rapport à la population totale



Annexe 4 : Carte sur le taux de pauvreté en pourcentage

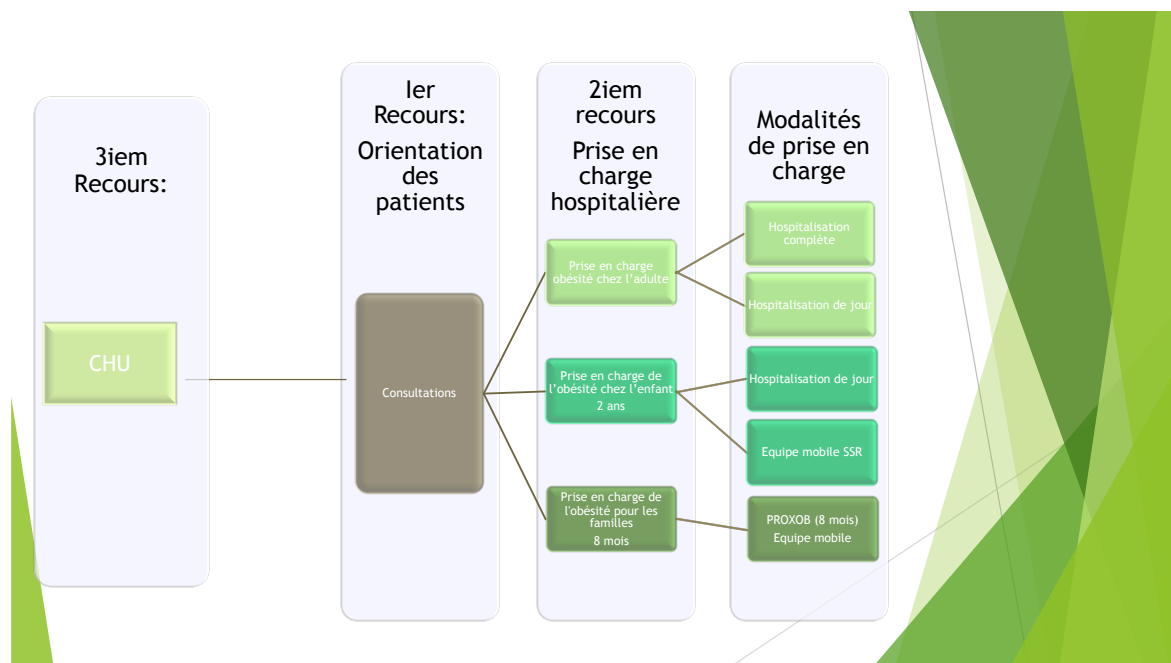
1 Plus de pauvreté au Nord et au Sud ainsi que dans les départements ruraux du Sud-Ouest

Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté* en 2011

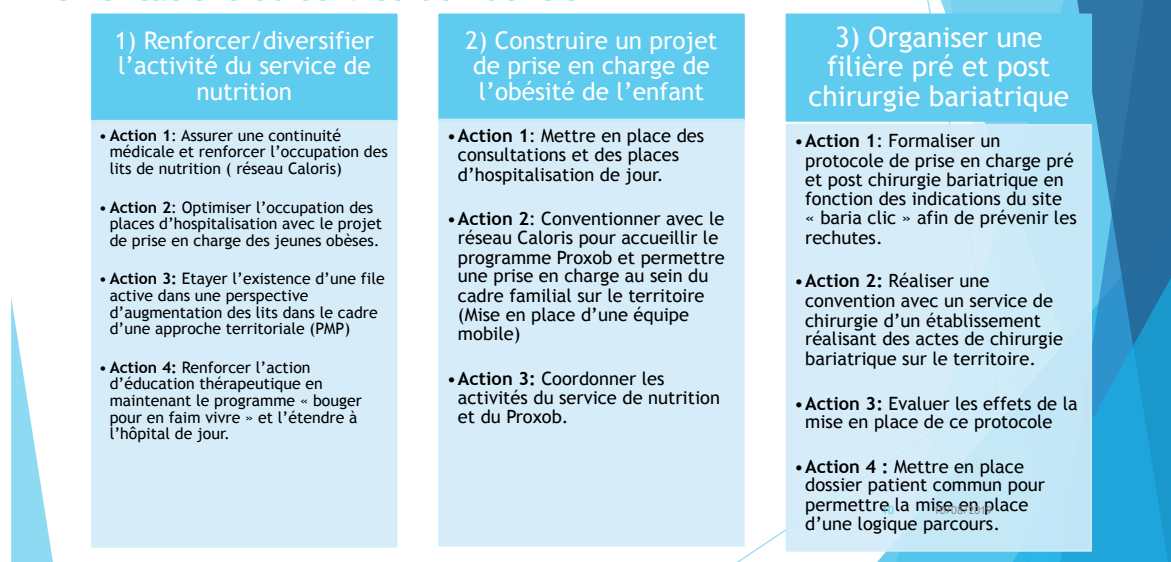


* le seuil de pauvreté monétaire est égal à 977 euros par mois et par unité de consommation en 2011.
Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2011.

Annexe 5 : Projet médical du service nutrition



Pôle comportements pathogènes: Orientations du service de nutrition



Annexe 6 : Préfiguration de la CPTS Sud Allier

Préfiguration CPTS Sud Allier



- St-Pourçain/Sioule : 12 064 hab – Densité : 41,1
- Chantelle : 3 497 hab – Densité : 23
- Broût-Vernet : 2 706 hab – Densité : 41,4
- Ebreuil : 6 404 hab – Densité : 23,4
- Gannat : 10 894 hab – Densité : 69,5

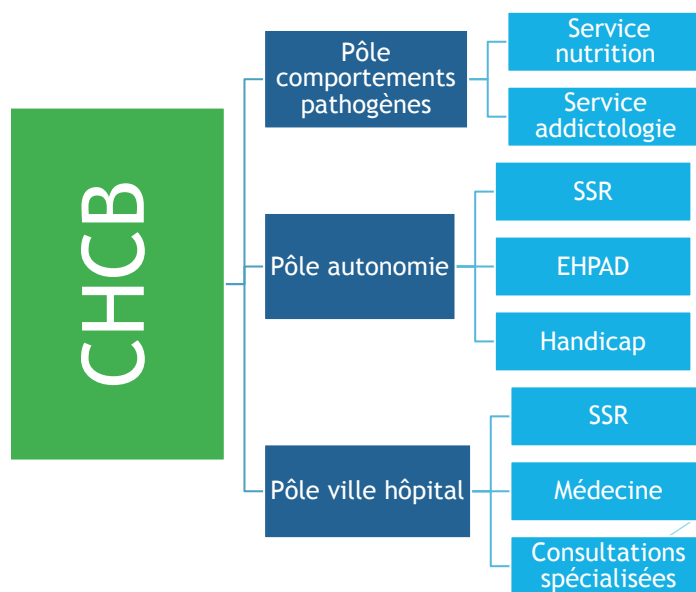
Population totale : 35 565 hab

Source : Animation Territoriale – DDCS
Révisé le 08/03/2017



Annexe 7 : organisation médicale au centre hospitalier Cœur du Bourbonnais

Nouvelle organisation médicale CHCB



Annexe 8 : Liste des entretiens

Nom	Fonction	Date	Lieu
1. Docteur Bouvier	Président de CME CHCB	Mercredi 2 janvier 2019	Salle de réunion MSP Saint Pourçain
2. Madame Walrawens	Chargée de mission ARS soins de premier recours	Mercredi 9 janvier 2019 14h00	Bureau DT ARS Allier Moulins Yzeure
3. Docteur Dimicoli	Médecin chef de service SSR, pôle autonomie.	Vendredi 21 décembre 2019 à 14h15	Bureau médecin site de François Mercier
4. Docteur Ritacco	Médecin responsable du service nutrition du pôle Comportements pathogènes	Mercredi 9 janvier 2019 à 9h30	Bureau médecin site de Saint François
5. Assistantes sociales	Service de SSR	Vendredi 11 janvier 2019 9h	Bureau assistante sociale site François Mercier
6. Docteur De Gardelle	Médecin libéral exercice mixte et représentant de la CPTS Sud Allier	Mercredi 16 janvier 2019 à 14h00	Bureau MSP de Saint Pourçain
7. Docteur Christian Porte	Médecin addictologue pôle comportements pathogènes	Mercredi 23 janvier 2019 à 15h00	Bureau médecin site de François Mercier
8. Docteur Farizon	Médecin MPR	Lundi 28 janvier 2019 à 11h00	Bureau médecin site de François Mercier
9. Docteur Bouvier	Médecin exercice mixte	Lundi 11 février 2019 à 9h00	Salle de réunion MSP Saint Pourçain
10. Madame Nadine Gouyon	Cadre de santé médecine / SSR	Mercredi 13 février 2019 14h00	Bureau cadre à Saint Pourçain

11. Madame Douniau	Directrice de l'EHPAD de Gayette	Jeudi 25 avril 2019 9h30	Bureau directrice à l'EHPAD de Gayette
12. Docteur Rosati	Médecin coordonnateur de l'EHPAD	Mardi 7 mai 2019 13h30	Cabinet libéral Chantelle
13. Madame Laprugne	Directrice de l'EHPAD de Chantelle	Lundi 20 mai 2019 à 9h30	Bureau Directrice EHPAD Chantelle
14. Madame Ramirez	Directrice de l'EHPAD du Montet	Mardi 28 mai 2019 9h30	Bureau directrice EHPAD Le Montet
15. Madame Burkeart	Infirmière libérale	Mardi 28 mai 2019 à 13H30	Bureau infirmière libérale
16. Docteur Jacquetin	Médecin en exercice mixte	Jeudi 6 juin 2019 à 14h30	Bureau MSP de Saint Pourçain
17. Docteur Renaud	Médecin MSP de Montmarault	Jeudi 20 juin 2019 à 14h30	Bureau MSP de Montmarault
18. Madame Tendron	Représentante ANCHL	28 juin 2019	Entretien téléphonique

Annexe 9 : Réunions hors instances CHCB utilisées dans le cadre du mémoire

Intitulé de la réunion	Date
Journée nationale des hôpitaux de proximité « les nouveaux métiers en hôpital de proximité	Vendredi 30 novembre 2018 à Clermont Ferrand
COFIL AVC projet FOCUS	Lundi 4 février 2019 à 14h30 site François Mercier
Réunion information MAIA	Mercredi 9 janvier 2019 15H00 site François Mercier
Réunion MSP/hôpital	Vendredi 11 janvier 2019 12H30
COFIL AVC projet FOCUS	Mardi 5 février 2019 14h30 Site François Mercier
Réunion pour l'appel à projet télémédecine en EHPAD	Vendredi 17 mai 2019 14h30 Salle EHPAD site de Chantemesse
Réunion CPTS Sud Allier	Mercredi 12 juin 2019 20h MSP Saint Pourçain
Réunion DALHIR projet DAPAP	Vendredi 28 juin 10h Pavillon Saint François Saint Pourçain

Annexe 10 : Exemple de grille d'entretien

Grille entretien EHPAD

1 Présentation du mémoire, présentation de l'interlocuteur (fonction, structure)

2 Comment définissez-vous la notion de parcours (de soins, de santé, de vie) et quels en sont les objectifs ?

- Si la logique de parcours vous concerne illustrez par des exemples comment elle intervient dans vos pratiques ?
- Quels sont les enjeux limites et forces réussites échecs (notamment des exemples proposés ci-dessus).

3 Comment définissez-vous la notion de coordination et quels en sont les objectifs ?

- Si la logique de coordination vous concerne illustrez par des exemples en quoi elle intervient dans vos pratiques ?
- Quels sont les enjeux limites et forces réussites échecs (notamment des exemples proposés ci-dessus).

4 Quelle place (forces et les faiblesses) de l'hôpital en matière de coordination/parcours ?

5 Connaissez-vous les hôpitaux de proximité (mission, rôle?)

6 Pensez-vous que la réforme sur les hôpitaux de proximité constitue une réponse aux faiblesses de la coordination/parcours? Si non quelles sont les conditions pour que l'hôpital de proximité devienne un acteur à part entière de la coordination ? (Quels freins ?)

7 Si non évoqué lors de l'entretien terminer sur la question de l'intégration des dispositifs de coordination.

<PETRYSZYN>	<Maxime>	<Date du jury>
<Directeur d'établissements sanitaires sociaux et médico sociaux>		
<Rôle et mission d'un hôpital de proximité dans son territoire>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
Résumé : Les hôpitaux de proximité ont été créés par le décret du 20 mai 2016 pour soutenir les soins de premiers recours dans les zones à faible densité médicale où les populations ont particulièrement besoin d'accompagnement en proximité. Il s'agit notamment des patients âgés ou précaires dont la qualité de prise en charge dépend d'une offre diversifiée et coordonnée. L'évolution des déserts médicaux ces dernières années inquiète les observateurs et questionne sur l'effectivité de l'accès aux soins sur certaines parties du territoire. Dans le prolongement de la réforme au parcours, les hôpitaux de proximité se présentent comme des structures utiles au soutien de l'offre de soins de premier recours. Le centre hospitalier du Cœur du Bourbonnais dans l'Allier fait partie des établissements labélisés « hôpital de proximité » et construit en ce sens des organisations originales et innovantes notamment avec les professionnels de santé de ville. Cette expérience, partagée avec la maison de santé pluridisciplinaire de Saint Pourçain sert aujourd'hui de base à la mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) « Sud Allier » dont l'objectif est d'assurer la prise en charge coordonnée des patients les plus fragiles. Le principe de responsabilité populationnelle émerge sensiblement des définitions et des orientations données aux hôpitaux de proximité et aux CPTS. Il donne une perspective commune aux acteurs de santé du territoire et les enjoint de dépasser leurs attributions historiques pour donner plus de liant au système de santé. Les hôpitaux de proximités doivent s'en saisir et engager sur leurs territoires des dynamiques propres à rassembler les acteurs de santé différents autour des patients les plus exposés au risque de rupture dans leur parcours.		
Mots clés : Hôpitaux de proximité, coordination, réseau ville/hôpital, parcours, hôpitaux locaux, médecine libérale, médecine salariée, maison de santé pluridisciplinaire, CPTS.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		