



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2004**

---

**LA CONCEPTION DES DYNAMIQUES DE DÉVELOPPEMENT EN  
HÔPITAL LOCAL**

**UNE APPROCHE DE MANAGEMENT STRATÉGIQUE A L'HÔPITAL LOCAL DE  
LA CHÂTAIGNERAIE**

**Christel MOURAS**

---

# Remerciements

---

Le parcours de formation, comme le travail de mémoire, sont aussi enrichissants que loin d'être un « long fleuve tranquille ». C'est pourquoi je tiens à remercier toutes les personnes croisées au grès de mes réflexions et qui ont partagé, un temps, mes interrogations.

J'ai une pensée particulière pour :

- Jean Louis ALUZE, directeur de l'hôpital local de La Châtaigneraie. Plus qu'un tuteur de stage, il s'est montré, pour moi, un guide tout au long de mon stage de formation : dans son institution dont il m'a ouvert les portes et permis de participer à la vie, dans ses « pensées » de manager en m'ayant donné la possibilité de partager ses réflexions, d'être au cœur de ses interrogations quant au développement de son établissement. Merci pour tous ces instants partagés, la richesse de nos échanges ainsi que l'accompagnement dans le travail du mémoire, critique mais toujours constructif et encourageant. Merci encore pour la richesse des dossiers confiés, l'autonomie et la confiance accordées dans ceux-ci. Au-delà de la grande compétence, ce sont les qualités humaines, la générosité et le soutien vigilant que je retiendrai. L'importance du rêve dans toute entreprise humaine aussi.

- Patricia BELAUD, cadre supérieur de santé à l'hôpital local de La Châtaigneraie, pour m'avoir accompagnée tout au long de mon stage de formation et avoir partagé mes interrogations de travail de mémoire. Tout autant que la compétence, la richesse de la réflexion et le professionnalisme, je tiens à la remercier pour sa disponibilité de tous les instants, son soutien et son enthousiasme porteurs. Merci de m'avoir accompagnée dans mes démarches et de m'avoir également fait confiance. De tous nos échanges, je retiendrai que la rigueur dans le travail s'enrichit du rire, de la générosité et de la chaleur humaine.

- Tous les professionnels de l'hôpital local, avec une pensée particulière pour Marie-Bernadette CLIQUENNOIS, Philippe GABALDA, Annie GABARD, Viviane HALET, Annie METAIS, Fabienne PROUST, les docteurs Didier PELOTEAU, Bruno COMYN et Yannick DANO, ainsi que Christelle BRIDONNEAU, Laure GAUTHIER et Sindy BARON. Merci pour leur accueil, leur disponibilité et le partage de leur quotidien comme de leurs interrogations quant à la vie de l'établissement. Tout autant que la qualité des réflexions

et l'ouverture d'esprit, c'est leur dynamisme, leur enthousiasme qui m'auront marquée tout au long de ce stage. Une marche en avant, un rythme soutenu mais qui n'oublie jamais le sourire, l'humour et les « fous-rires ». Merci pour leur humanité autant que leur professionnalisme.

- Les professionnels ayant accepté de participer aux groupes de travail menés lors de mon stage à l'hôpital local de La Châtaigneraie ainsi que toutes les personnes interrogées dans le cadre de mon enquête. Merci pour le temps précieux qu'ils m'ont accordé et la richesse de leurs réflexions. Par leur regard extérieur, critique mais la plupart du temps ouvert et constructif, ils m'ont permis de prendre du recul, de confronter mes idées et, finalement, de progresser dans mon travail.

- Joël CLEMENT, mon tuteur de mémoire à l'École Nationale de la Santé Publique, pour avoir accepté de me suivre dans ce travail en y consacrant du temps et de la réflexion. Merci pour la richesse des échanges qui, s'ils m'ont souvent « perturbée », m'ont toujours fait avancer et permis d'approfondir mes questionnements. Au-delà de la pertinence et de l'intérêt des remarques, je retiendrai un accompagnement rigoureux, incisif et toujours disponible.

- Roland GARNIER, mon tuteur de mémoire dans le cadre du DESS de Management des Organisations et Entreprises de Service Public suivi à l'Institut d'Études Politiques de Bordeaux. À l'image du DESS et de ses intervenants, il m'a permis d'avoir un regard critique sur mon lieu de stage et mon travail de mémoire. Les outils et méthodes qu'il m'a permis d'appréhender, aussi nouveaux pour nos institutions qu'« interpellants », ont été pour moi une source de questionnements particulièrement intéressante.

- Mes proches et tout particulièrement mes parents et ma sœur, pour avoir été présents à tous les instants. Merci pour leur soutien quotidien, leurs encouragements tout autant que leur écoute et leur patience. Merci d'avoir été toujours là, tout simplement.

---

# Sommaire

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	
<b>SOMMAIRE</b> .....	
<b>LISTE DES SIGLES UTILISES</b> .....	
<b>INTRODUCTION</b> .....	p. 1
<b>1 LA NOUVELLE RECONNAISSANCE DE L'HÔPITAL LOCAL</b> .....	p. 3
<b>1.1 L'hôpital local : généralités</b> .....	p. 3
1.1.1 L'hôpital local : une place à part dans le monde sanitaire.....	p. 3
1.1.2 Les réalités de l'hôpital local aujourd'hui : « portraits » .....	p. 5
1.1.3 La promotion juridique de l'hôpital local.....	p. 7
<b>1.2 Le contexte particulier de l'hôpital local de La Châtaigneraie</b> .....	p.11
<b>1.3 La nouvelle légitimité de l'hôpital local : définition et fondements théoriques</b> p.18	
1.3.1 La légitimité au cœur de la dynamique de développement de l'hôpital local.....	p.18
1.3.2 Les conditions de la nouvelle légitimité de l'hôpital local .....	p.19
1.3.3 Les fondements théoriques de l'approche du développement de l'hôpital local....	p.21
<b>2 QUELLE LEGITIMITE POUR L'HÔPITAL LOCAL ?</b> .....	p.26
<b>2.1 La légitimité de l'hôpital local vue par ses principaux interlocuteurs</b> .....	p.26
2.1.1 Les « alliés » de l'hôpital local.....	p.27

A) Les professionnels internes.....	p.27
B) Le CLIC Est-Vendée.....	p.28
C) Les EHPAD.....	p.29
D) Les institutionnels de santé.....	p.31
E) Les élus locaux.....	p.34
2.1.2 Entre « hésitation » et « passivité » : des acteurs à convaincre ?.....	p.36
A) La population locale.....	p.36
B) Les acteurs paramédicaux du domicile.....	p.37
a) Les kinésithérapeutes.....	p.37
b) Les pharmaciens.....	p.38
c) Les infirmiers libéraux et cabinets de soins infirmiers.....	p.39
2.1.3 Le corps médical libéral : « passif », « opposant » ou combinant les deux ? .....	p.41
<b>2.2 Les éléments consensuels de la légitimité de l'hôpital local.....</b>	<b>p.44</b>
2.2.1 Les activités pour lesquelles l'hôpital local est reconnu légitime.....	p.44
2.2.2 Demain, quel rôle pour l'hôpital local sur son territoire ? .....	p.45
<b>2.3 Les leviers d'action potentiels dans la stratégie de l'hôpital local.....</b>	<b>p.47</b>
2.3.1 Premiers éléments d'analyse : la grille de FAYOL et le PROCESSUS DE GESTION STRATEGIQUE .....	p.47
2.3.2 Le diagnostic de l'hôpital local suivant la grille de HARVARD.....	p.48
2.3.3 L'hôpital local à l'épreuve de la grille du BOSTON CONSULTING GROUP .....	p.52
<b>3 ASSEOIR L'HÔPITAL DANS SA NOUVELLE LEGITIMITE.....</b>	<b>p.53</b>
<b>3.1 Construire la stratégie de développement de l'hôpital local.....</b>	<b>p.54</b>
3.1.1 Le management stratégique comme démarche accompagnante.....	p.54
3.1.2 Les outils à explorer initialement pour faciliter le développement de l'hôpital local .	p.56

A) Renforcer et diversifier les performances de l'hôpital local.....	p. 56
a) Le renforcement des compétences internes .....	p. 56
b) L'amélioration du fonctionnement médical .....	p. 58
c) Le renforcement du pôle rééducation .....	p. 59
d) Le développement de nouvelles prises en charge ressources pour son territoire ..	p. 60
e) L'amélioration des prestations internes .....	p.61
B) Être un établissement ressource, au cœur des complémentarités locales.....	p. 61
a) Se construire comme pôle ressource du territoire.....	p. 61
b) Créer l' « Espace-Temps » pour rencontrer les acteurs du domicile.....	p. 63
c) Intéresser les professionnels du domicile. Les séduire ?.....	p. 64
d) Faciliter les échanges par la création de temps spécifiques de coordination.....	p. 65
C) La politique de communication : support des démarches de l'hôpital local .....	p.68
3.1.3 L'opportunité d'attendre pour développer certaines solutions .....	p.69
<b>3.2 Des décisions qui échappent à l'hôpital local, structurantes pour son action ...</b>	<b>p.70</b>
3.2.1 Des décisions politiques qui ont un impact direct sur l'hôpital local.....	p.70
A) Promouvoir l'hôpital local par une communication active.....	p.70
B) Les interrogations nées avec la réforme de la Tarification A l'Activité .....	p.72
3.2.2 Des décisions extérieures qui représentent un enjeu pour l'hôpital local .....	p.73
A) Des inquiétudes liées à la couverture médicale libérale.....	p.74
B) Reconnaître et encourager l'innovation.....	p.74
<b>3.3 La nécessité pour l'hôpital local d'évaluer la stratégie mise en œuvre .....</b>	<b>p.75</b>
3.3.1 Mesurer le rôle structurant de l'hôpital local dans les complémentarités locales .....	p.75
3.3.2 Evaluer l'utilité de l'hôpital local sur son territoire .....	p.76
3.3.3 Apprécier régulièrement la notoriété et l'image de l'hôpital local .....	p.78
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>p.79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>p.81</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AHLCID** : Antenne Hospitalière de Liaison, de Coordination et d'Intervention au Domicile

**AIDHL** : Association Informatique des Hôpitaux Locaux

**ANHL** : Association Nationale des Hôpitaux Locaux

**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation

**ARTT** : Aménagement et Réduction du Temps de Travail

**AS** : Aide-Soignant

**ASH** : Agent des Services Hospitaliers

**BCG** : Boston Consulting Group

**CAAH** : Centre d'Accueil pour Adultes Handicapés

**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination

**COM** : Contrat d'Objectifs et de Moyens

**CRIQUE** : Coordination de la prévention et de la gestion des Risques et de la Qualité des Etablissements de santé vendéens

**DARH** : Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation

**DESS** : Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**EHPAD** : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire

**GES** : Groupement des Etablissements du Sud Vendée

**ONCOPAL** : Réseau Oncologie des Pays de Loire

**ORS** : Observatoire Régional de la Santé

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**T2A** : Tarification A l'Activité

## INTRODUCTION

*« Dans la vie, il n'y a pas de solution. Il y a des forces en marche. Il faut les créer et les solutions suivent ». Antoine de SAINT EXUPERY.*

Pourquoi cette citation de SAINT EXUPERY en préambule à la réflexion qui va suivre ? Tout simplement, parce qu'elle est au cœur de la problématique des hôpitaux locaux aujourd'hui. En effet, si la structure hôpital local existe en tant que telle dans le paysage sanitaire depuis la loi du 31 juillet 1991, l'hôpital local, après de longues années de stagnation et de remises en cause successives, est aujourd'hui à un carrefour de son existence et a des choix à faire.

Si les évolutions juridiques récentes semblent dessiner des contours assez précis et favorables à son devenir, la situation particulière de chaque hôpital local appellera sans doute en fonction de son histoire, de son contexte, de ses potentialités propres, des développements différents. En d'autres termes, et cette idée sera le fil conducteur de ce travail, au-delà du cadre juridique et selon les réalités locales, il appartient à chaque hôpital local de se saisir ou non des opportunités qui lui sont offertes et de choisir précisément les opportunités qu'il souhaite saisir. Or, cette capacité à se saisir des possibilités actuelles ne va pas de soi. Elle résulte, au contraire, d'une démarche stratégique de long terme, durant laquelle l'établissement se donne les moyens de pouvoir saisir à un moment donné telle ou telle occasion. Une sorte de veille stratégique permanente qui lui permet d'être réactif et de sentir l'évolution de son environnement.

Sans entrer dans les détails de cette démarche stratégique qui fera précisément l'objet de développements ultérieurs, ce bref aparté avait pour objectif d'éclairer la phrase de SAINT EXUPERY et de poser le cadre de ce travail. Pour résumer, il appartient à l'hôpital local, et notamment à son directeur-manager, de créer et pérenniser les « forces » c'est-à-dire les conditions qui lui permettront de devenir acteur de son développement. En étant « en capacité de », il sera à même de produire les « solutions » qui le positionneront comme un maillon sanitaire essentiel, tel que prôné par les textes. « Il y a des forces en marche. Il faut les créer et les solutions suivent »...

Que sera l'hôpital local de demain ? A quelles évolutions de l'organisation du système de santé assisteront les citoyens que nous sommes ? Comment articuler l'ensemble des acteurs du monde de la santé - sanitaire, social et médico-social – de manière à pouvoir proposer l'offre la mieux adaptée aux besoins de santé publique ? Car tout l'enjeu des débats actuels et des développements à venir est bien celui-là. En constante évolution, les besoins de la population appellent aujourd'hui des changements du système de santé : plus de complémentarités, une offre globale prenant en compte les dimensions

préventive, curative et palliative, sanitaire comme sociale, une égalité d'accès aux ressources sur l'ensemble du territoire, une graduation de l'offre, une réponse de proximité, une rationalisation des prestations etc... Autant de changements qui interpellent aujourd'hui l'hôpital local en tant qu'acteur sanitaire.

Ce sont précisément ces différentes interrogations qui ont motivé le choix de la thématique des dynamiques de changement et de développement en hôpital local aujourd'hui. Ce, d'autant plus qu'il bénéficie d'un positionnement très particulier au cœur des problématiques actuelles. A l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social, lieu naturel de complémentarités puisque interviennent en son sein des professionnels médicaux et paramédicaux, institutionnels et libéraux, il s'inscrit de surcroît dans une logique de proximité et a pour mission principale de répondre aux besoins locaux de son bassin de vie, son territoire.

Au-delà du positionnement spécifique de cet établissement, ce sont également ses possibilités de développement qui ont emporté mon intérêt pour l'acteur de santé qu'est aujourd'hui hôpital local. L'emploi du terme « acteur », ici, n'est pas neutre. En effet, qui dit acteur dit non seulement individu ou structure en capacité de jouer un rôle, de s'inscrire dans une histoire – l'évolution de l'offre de santé - mais également scène de théâtre et par conséquent jeux de rôles, de pouvoirs, liens avec d'autres acteurs. Or, l'hôpital local est précisément dans cette perspective aujourd'hui de construction et de développement de son rôle, au regard d'un contexte et en lien avec les autres professionnels de santé.

L'ensemble de la réflexion qui va suivre aura lieu dans le cadre de l'hôpital local de La Châtaigneraie, au sein duquel j'ai effectué mon stage de formation de DESS. Ce, précisément, parce que le contexte local et les spécificités de chaque structure me paraissent fondamentaux dans les possibilités de développement de l'hôpital local.

Cette étude, après avoir posé le cadre général de la réflexion et présenté le contexte particulier de La Châtaigneraie, s'attachera à mettre en évidence les principaux leviers stratégiques du développement de l'hôpital local, lesquels sont au cœur de la fonction de direction. Deux hypothèses ont été émises comme base de travail : l'idée que la chance de développement de l'hôpital local passe par la promotion et son rayonnement dans les complémentarités locales et celle que toute construction de sa légitimité est conditionnée par la reconnaissance par ses partenaires de trois dimensions essentielles : l'expertise, la confiance et la notoriété (1). Ces hypothèses ont été vérifiées sur le terrain (2) et, au vu des conclusions, ont donné lieu de ma part à proposition de solutions permettant d'aider l'hôpital local à se positionner dans son nouveau rôle de maillon sanitaire de première intention, promoteur des politiques de santé sur son territoire (3).

## **1 LA NOUVELLE RECONNAISSANCE DE L'HÔPITAL LOCAL.**

Après des années placées sous le signe d'un « déclin annoncé » des hôpitaux locaux, notamment via la fermeture de certains de ces établissements, la suppression de leurs lits de médecine etc..., les temps sont aujourd'hui à la revalorisation et la promotion de ces structures. De nombreuses opportunités, notamment juridiques, sont désormais offertes à l'hôpital local afin de lui permettre de devenir un acteur de santé à part entière, résolument ancré dans le domaine sanitaire. Pour autant, au-delà des textes, la question qui est posée aujourd'hui à l'hôpital local est celle de savoir et/ou de pouvoir se saisir de ces opportunités. En somme, entre un contexte général favorable et la situation locale dans laquelle il se situe, comment cette structure peut-elle passer d'une logique ressentie de survie à une dynamique souhaitée de développement ?

Afin de dresser le cadre de la réflexion, cette première partie aura pour but de présenter le contexte général intéressant aujourd'hui les hôpitaux locaux – statuts, évolution juridique actuelle et « portraits » sommaires de la structure hôpital local – avant de s'attacher plus particulièrement à la situation de l'hôpital local de La Châtaigneraie, au sein duquel j'ai évolué durant ma période de formation. Le contexte particulier de La Châtaigneraie permettra, en effet, de donner un éclairage situationnel à la problématique générale du management du développement en hôpital local.

Dans ce cadre, une présentation des hypothèses de travail sera faite ainsi que la méthodologie employée pour les vérifier sur le terrain.

### **1.1 L'hôpital local : généralités.**

Avant de s'intéresser au contexte juridique désormais promoteur de l'hôpital local, il convient de dresser un rapide « portrait » de la structure hôpital local. Qui est-il ? Quelle est son histoire ? Quels contours dessinent ses statuts ? Quelles réalités recouvre-t-il ?

#### **1.1.1 L'hôpital local : une place à part dans le monde sanitaire.**

Véritablement reconnu par la loi n° 80-284 du 31 juillet 1991, l'hôpital local est l'héritier de l'hôpital rural créé par l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958. Cet héritage doit être souligné car il n'est pas neutre. En effet, à l'époque, l'hôpital rural est présenté comme un « vestige des hospices qui n'ont pu ni évoluer ni disparaître », pour reprendre les propos du Dr COLOMBIER, auteur du rapport COLOMBIER en 1993. Et force est de constater que cette image d' « hôpital-hospice » perdure aujourd'hui dans le paysage sanitaire pour qualifier l'hôpital local.

Officialisé en 1991 et précisé par le décret n° 92-1910 du 13 novembre 1992 qui fixe ses modalités particulières de fonctionnement, l'hôpital local est reconnu comme appartenant aux établissements de santé, au même titre que les centres hospitaliers. Pour autant, il a une place à part.

En effet, son champ d'activité a d'entrée de jeu été restreint puisque, selon les termes de l'article R. 711-6-4 du Code de la Santé Publique portant application du décret de 1992, l'hôpital local n'est en droit d'assurer que des soins de courte durée en médecine, et ce, à la condition expresse de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements de santé privés « dont l'un au moins dispense des soins en médecine et chirurgie, et dispose d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs ». Dans le même temps, et cela n'a pas été sans impact sur le devenir de certains hôpitaux locaux et l'hétérogénéité qui les caractérise aujourd'hui, une circulaire du 26 mars 1993 souligne qu'un hôpital local ne doit pas comporter obligatoirement des lits de médecine pour demander son classement d'hôpital local mais qu'il suffit pour cela qu'il pratique au moins une des activités visées dans le décret de 1992.

Au titre de ces autres activités, on citera les soins de suite et de réadaptation – des soins administrés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des patients requérant des soins continus dans un but de réinsertion - et les soins de longue durée comportant un hébergement à l'attention de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des soins de « nursing ».

En vertu de l'article R. 711-6-4, l'hôpital local participe également « aux actions de santé publique et aux actions sociales coordonnées, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé, ainsi qu'aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux ».

Cet article est intéressant car il met en évidence une des autres spécificités de l'hôpital local dans le monde sanitaire, celle d'être une structure à l'articulation du sanitaire, du social et du médico-social, en relation avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant sur son territoire. C'est précisément ce positionnement original qui confère à l'hôpital local une place privilégiée dans le cadre des évolutions à venir et lui octroie de nombreuses potentialités.

Pour preuve encore de l'ancrage fort de l'hôpital local dans le monde médico-social, la circulaire n° 93-26 du 13 juillet 1993 lui confie la possibilité de coordonner l'action gérontologique. Enfin, la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 autorise les établissements de santé, donc les hôpitaux locaux, à créer et à gérer des établissements d'hébergement pour personnes âgées relevant de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, aujourd'hui modifiée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Dernière particularité, et non des moindres, l'intervention des médecins généralistes libéraux qui fait la spécificité de l'hôpital local et, on peut l'affirmer, son essence même. Aux termes du Code de la Santé Publique, il résulte que l'hôpital local ne peut assurer des soins de courte durée en médecine qu'avec des médecins généralistes autorisés. Ces médecins peuvent également assurer des soins de suite ou de longue durée, sauf si l'hôpital local a pris l'option de faire appel à des praticiens hospitaliers ou contractuels dont l'intervention exclut, de ce fait, les médecins généralistes. Ce fonctionnement médical, atypique au regard de l'organisation classique des établissements de santé, doit être souligné car il est au cœur des problématiques de l'hôpital local aujourd'hui. En effet, il constitue à la fois la richesse de l'hôpital local tout en étant source de complexité comme de difficultés pour celui-ci. Dans tous les cas, il renforce son positionnement comme établissement charnière entre le monde libéral et le milieu institutionnel et lieu naturel de complémentarités.

### **1.1.2 Les réalités de l'hôpital local aujourd'hui : « portraits ».**

Au-delà des missions statutaires, de l'histoire de ces hospices devenus hôpitaux ruraux puis hôpitaux locaux, quelles réalités recouvre le terme d'hôpital local ? Si l'on pose cette question, c'est parce que, tout comme les statuts des hôpitaux locaux, les évolutions juridiques actuelles interpellent, elles aussi, l'hôpital local en tant que structure sanitaire type. Or, les réalités de l'hôpital local sont bien différentes de l'un à l'autre.

Une analyse a été publiée en octobre 2002 par l'ORS de Bretagne sur la situation des hôpitaux locaux en France en 2000, notamment quant à leur équipement, leur répartition géographique et les personnels intervenant en leur sein. Aux termes de cette étude, force est de constater l'extrême hétérogénéité des hôpitaux locaux.

En effet, si les hôpitaux locaux, au nombre de 355, constituent le tiers de l'ensemble des hôpitaux, leur répartition est très inégale sur le territoire national. Ainsi, est relevée une sur-représentation des hôpitaux locaux dans six régions (Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Auvergne et Pays-de-Loire) avec plus de 40% de l'offre de santé en hôpitaux publics tandis qu'ils en représentent moins de 20% voire moins de 10% dans des régions comme le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France. Ces différences pourraient avoir des conséquences non négligeables quant aux capacités d'évolution du maillage territorial de l'offre de santé.

Les hôpitaux locaux comprennent environ 57 000 lits dont 24 000 lits d'hospitalisation et 33 000 lits d'hébergement. Sur les 24 000 lits d'hospitalisation, 14 500 sont constitués par

des lits de soins de longue durée et 9 000 environ par du court séjour ou des soins de suite et de réadaptation. Si l'on rapproche ces chiffres du fait que 3 hôpitaux locaux sur 10 environ ne disposent pas de lits de médecine, notamment du fait de fermetures décidées par certaines autorités de tarification régionales, il est d'ors et déjà à noter des différences notoires en termes de potentialités des hôpitaux locaux au regard des opportunités qui leur sont aujourd'hui offertes.

L'analyse de la structuration des personnels des hôpitaux locaux révèle, elle aussi, autant de particularités que de divergences selon les choix faits en terme de management de ces établissements. Ainsi, les libéraux représentent plus de 70% des effectifs médicaux dans la plupart des établissements. Pour autant, certains hôpitaux locaux ont préféré faire appel à des praticiens hospitaliers pour les soins de suite et les soins de longue durée. Dans ce domaine aussi, des inégalités en dotations de praticiens salariés comme libéraux peuvent être notées. Ainsi, quatre régions (Pays-de-Loire, Rhône-Alpes, Bretagne et Languedoc-Roussillon) emploient plus de 40% du personnel médical de l'ensemble des hôpitaux locaux.

Les hôpitaux locaux présentent également la caractéristique d'avoir un effectif relativement faible en personnels d'encadrement soignant et infirmier. A contrario, l'étude montre une forte proportion d'aides-soignants (AS) et d'agents des services hospitaliers (ASH), souvent peu qualifiés. Enfin, les personnels de rééducation sont relativement peu nombreux, tout comme les psychologues. En matière de rééducation/réadaptation, laquelle constitue pourtant une des missions centrales de l'hôpital local, les chiffres sont révélateurs d'un effort moindre porté sur cette activité : dans les 355 hôpitaux locaux interviennent 445 kinésithérapeutes dont 251 libéraux, 7 orthophonistes, 61 diététiciens dont 38 libéraux, 84 ergothérapeutes et 12 psychomotriciens.

L'étude de l'ORS Bretagne ne s'est pas portée sur les équipements et investissements effectués dans les différents hôpitaux locaux mais il y a fort à parier que des différences importantes existent entre les régions et au sein de chacun des 355 hôpitaux locaux. Des différences qui auront également un impact non négligeable sur la capacité de chaque établissement à se saisir des opportunités qui lui sont aujourd'hui offertes.

A ce stade de la réflexion et avant d'aborder précisément les opportunités juridiques récentes, un constat s'impose : au regard d'un statut unique et, a contrario, de l'extrême diversité des hôpitaux locaux observée sur le terrain, il règne un « flou » plus que certain quant aux missions réellement assurées par les hôpitaux locaux, quant à leur place dans le système de santé.

### 1.1.3 La promotion juridique de l'hôpital local.

Il existe, depuis deux années maintenant, un contexte extrêmement favorable, du point de vue juridique, à l'hôpital local.

Pour quelles raisons ? On peut s'essayer ici à émettre quelques hypothèses qui sont autant structurelles que conjoncturelles. De manière conjoncturelle, l'épisode de canicule de l'été 2003 a mis en évidence les limites d'accueil des centres hospitaliers et notamment des services d'urgence, tout autant que l'isolement des personnes âgées à leur domicile et des professionnels les prenant en charge. La nécessité d'une coordination de proximité et l'intérêt de structures sanitaires, également de proximité, pour assurer le relais des intervenants du domicile en épisode de crise et désengorger les services d'urgence et de court séjour ont été relevés. Ceci, tout en proposant une offre en continuité du domicile et plus en adéquation avec les besoins de la population notamment âgée. Ces propos permettent certainement d'éclairer la parution de la circulaire et du plan « urgences » en 2003, tout comme l'accent mis sur la structure hôpital local dans la circulaire de mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération, notamment en matière de filière gériatrique et de maintien des activités sanitaires et médico-sociales de proximité. Ils éclairent également la parution de la « Réforme de solidarité pour les personnes dépendantes » du gouvernement RAFFARIN en novembre 2003.

Des raisons plus structurelles peuvent également expliquer la redécouverte de l'hôpital local comme structure sanitaire de proximité, premier maillon de prise en charge. Au-delà du vieillissement de la population, deux d'entre elles peuvent être mises en avant pour comprendre les réflexions à venir.

En premier lieu, les problèmes de démographie médicale posent la question de la permanence des soins et de la couverture médicale de la population. Cette question est d'autant plus problématique lorsqu'elle concerne des zones rurales, celles précisément dans lesquelles sont implantés beaucoup d'hôpitaux locaux. Des solutions ont été essayées, ça et là, avec plus ou moins de succès, mais un constat inéluctable s'impose aujourd'hui : d'ici 5 ou 10 ans, certaines zones ne seront plus en mesure de bénéficier d'une couverture médicale suffisante pour garantir la sécurité sanitaire de leur population. C'est dans ce cadre qu'un certain regain d'intérêt est né pour l'hôpital local et que les autorités politiques ont admis qu'il pouvait participer à la régulation de la couverture médicale sur son territoire et à la permanence des soins en proposant une plate-forme sanitaire, médicale et paramédicale, de proximité.

Le contexte de rationalisation des dépenses de santé et les faveurs désormais accordées à l'idée de proximité expliquent également les évolutions récentes. Au-delà d'une demande sociale forte de services de proximité et d'égalité d'accès à l'offre de soins quel

que soit le lieu d'habitation, l'idée est celle d'organiser désormais une graduation de l'offre de soins, en fonction des besoins de la population. En d'autres termes, il s'agit, dans un souci d'adéquation de l'offre au besoin et de rationalisation des coûts, d'orienter le patient vers la structure la plus adaptée. Une telle organisation permettrait d'appliquer le principe de subsidiarité, c'est-à-dire de prendre en charge en proximité ce qui peut l'être en parfaite sécurité et de passer le relais et faire appel au plateau technique «lourd» du centre de référence lorsque le besoin de santé le justifie. Par «plateau technique lourd», je fais référence aux moyens spécifiques des centres hospitaliers, plus diversifiés et perfectionnés que les équipements de radiologie ou échographie présents dans certains hôpitaux locaux. Au-delà d'une logique d'adéquation offre/besoin, ce modèle aurait l'avantage de désengorger les urgences et courts séjours des centres disposant des plateaux techniques et serait donc économiquement plus intéressant. En outre, il présente un intérêt certain pour des pathologies pour lesquelles la prise en charge près du domicile est importante pour le patient. Il en va ainsi de l'accompagnement des personnes âgées, en fin de vie ou des malades chroniques pour lesquels la proximité permet de maintenir le lien social, élément essentiel de la prise en charge. Enfin, la logique de proximité et le maintien de structures proches du domicile permettent de garantir la continuité de la prise en charge du patient et sa qualité de vie.

Ces deux aspects sont au cœur des problématiques de santé publique aujourd'hui et trouvent écho dans l'hôpital local. En effet, il est précisément cette structure sanitaire de proximité travaillant en lien avec le domicile et notamment avec les médecins généralistes libéraux qui peuvent, aussi, être les médecins traitants du patient donc connaître son parcours de vie. Dès lors, quoi de plus logique que de le positionner comme maillon sanitaire de base proposant une plate-forme de premier recours lorsque les moyens du plateau technique du centre hospitalier le plus proche ne sont pas nécessaires ? Ce, d'autant plus que des études ont mis en évidence des coûts de prise en charge moindres en hôpital local qu'en centre hospitalier, donc une efficience économique particulièrement attractive.

Au-delà des motivations, il convient à présent de s'intéresser aux textes à proprement parler et de mesurer les opportunités qu'ils offrent aujourd'hui à l'hôpital local. Sans entrer dans les détails, je relèverai les principaux éléments en sa faveur.

Ces textes sont au nombre de six, à savoir et par ordre chronologique: la circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, la circulaire n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences et le plan «urgences» de septembre 2003, l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de

l'organisation et du fonctionnement du système de santé dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la « Réforme de solidarité pour les personnes dépendantes » du gouvernement RAFFARIN parue en novembre 2003 et enfin la circulaire n° 101-2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération.

Dans leur analyse, il est intéressant de commencer par les textes généraux qui s'attachent globalement à l'organisation de l'offre de santé. Pour la première fois, le terme « hôpital local » y est présent, tant dans les recommandations relatives à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération que dans l'organisation de la prise en charge de l'urgence sanitaire, ce qui montre déjà sa nouvelle reconnaissance.

Au-delà du symbole fort, il convient de se pencher sur la logique présidant à l'évolution de l'organisation de l'offre de santé et qui explique précisément le positionnement nouveau de l'hôpital local. Conformément à la philosophie du plan «Hôpital 2007 », la carte sanitaire, telle qu'elle existait jusque là, est supprimée et laisse la place à un schéma d'organisation sanitaire basé sur la notion de « territoire de santé » dans un but d'élaboration d'une offre de santé intégrée. Pour résumer l'idée générale, il s'agit désormais, sur un territoire donné - lequel reste à définir dans le cadre des SROS de 3<sup>ème</sup> génération et sera à géométrie variable selon les besoins de santé à prendre en charge – d'organiser les complémentarités entre les différents professionnels – sanitaires, sociaux et médico-sociaux, institutionnels ou libéraux – afin que ceux-ci proposent, ensemble, l'offre de santé la plus adéquate. Cette offre de santé devra intégrer l'ensemble des dimensions : préventive, curative, palliative mais également sanitaire, sociale et médico-sociale. De surcroît, le «territoire de santé » devra être organisé selon le principe de graduation des soins en fonction des différents niveaux de prise en charge requis.

Il est à noter, enfin, que l'ordonnance de 2003 envisage l'articulation de l'offre de santé du territoire avec celle des régions limitrophes et des territoires frontaliers ainsi qu'avec l'ensemble de la réglementation intéressant le champ social et médico-social. Les projets de territoire devront définir le «bon niveau de prise en charge pour chaque activité de soins », en lien avec les schémas départementaux gérontologiques et du handicap.

Si les « territoires de santé » restent à définir par les acteurs de santé au niveau local, les incitations juridiques et financières à leur élaboration sont fortes. En effet, la recherche des complémentarités locales bénéficie aujourd'hui de soutiens financiers importants et se trouve nettement facilitée avec l'assouplissement des modalités de coopération. Ainsi, l'ordonnance de septembre 2003 a-t-elle entériné la création d'un «Groupement de Coopération Sanitaire » (GCS) dont le décret est en cours d'élaboration. L'assouplissement est notoire, tant dans la définition du champ d'action que dans

l'utilisation de l'outil, puisque le GCS peut permettre des interventions communes entre professionnels médicaux et paramédicaux, institutionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et professionnels libéraux.

Pour compléter ce qui précède, il faut ajouter que l'organisation de l'offre de santé doit désormais s'articuler autour de la notion de « projet médical de territoire ». Associant l'ensemble des acteurs de santé à sa définition et sa mise en œuvre, il suppose le développement de coopérations permettant d'assurer la couverture des besoins de la population.

L'objectif affiché des SROS de 3<sup>ème</sup> génération, au-delà de la graduation de l'offre de santé, est, pour en reprendre les termes, la « construction d'une organisation territoriale de soins permettant le maintien et le développement d'activités de proximité (médecine, permanence des soins, prise en charge des personnes âgées, soins de suite...) ». C'est précisément dans ce cadre que la place de l'hôpital local prend tout son sens et se trouve soulignée. Dans le cadre des « territoires de premier recours ou proximité », il est considéré comme une structure pivot pour organiser une prise en charge globale faisant appel à l'ensemble des intervenants de proximité. En proximité, on lui reconnaît la capacité de connaître et de répondre aux besoins locaux de santé.

Sans entrer dans les détails de la circulaire et du plan « urgences », il est intéressant de noter que ces textes promeuvent également l'hôpital local et préconisent son développement. Celui-ci est envisagé soit via des créations ex-nihilo sur le territoire national, soit par transformation d'autres établissements de santé. Le développement et la création de courts séjours de médecine, notamment dans les établissements où ils ont été supprimés, sont également demandés. Ils sont d'ailleurs souvent associés à la mise en place d'une filière gériatrique incluant court séjour gériatrique, équipe mobile et réponses d'aval – hospitalisation à domicile, soins de suite, services de soins infirmiers à domicile.

C'est précisément dans le cadre des réflexions des SROS de 3<sup>ème</sup> génération que la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local prend toute sa dimension. Quoi de plus explicite, ici, que de reprendre les termes de la circulaire de mars 2004 qui pose « l'hôpital local constitue un premier niveau de prise en charge sanitaire et sociale et constitue un lieu où peut s'exercer une médecine polyvalente, d'orientation, de premier recours permettant d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements, de prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques, d'assurer des prises en charge spécifiques en participant à des réseaux, de réaliser des bilans avec l'aide des

consultations spécialisées avancées, de prendre en charge la douleur et dispenser des soins palliatifs ».

Je relèverai ici quelques éléments clés dans la circulaire du 28 mai 2003 sur les missions de l'hôpital local.

Au-delà de la confirmation des missions dites « classiques » des hôpitaux locaux, il est à noter que de nouveaux champs d'intervention s'ouvrent à lui et notamment la médecine polyvalente de premier recours et non uniquement gériatrique, l'accueil inopiné c'est-à-dire la petite urgence, la participation à la permanence des soins notamment via les maisons médicales et maisons de garde, le développement des alternatives à l'hospitalisation – accueil à temps partiel, de jour, de semaine et hospitalisation à domicile - la possibilité d'offrir des consultations avancées de spécialistes en réponse aux besoins locaux, la participation à des réseaux de santé spécifiques.

Il est d'ailleurs intéressant de relever que la plupart de ces opportunités sont reprises, pour la part concernant la prise en charge des personnes âgées, dans la « Réforme de solidarité pour les personnes dépendantes ». Le terme « hôpital local » y est expressément mentionné et son développement encouragé dans le cadre de l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Qu'en est-il, à présent, du contexte spécifique de l'hôpital local de La Châtaigneraie ? Comment se situe-t-il au regard des opportunités juridiques qui lui sont offertes ?

## **1.2 Le contexte particulier de l'hôpital local de La Châtaigneraie.**

L'hôpital local de La Châtaigneraie est situé au cœur du Bocage et de la Gâtine Vendéenne. Cette zone recouvre une partie du sud et de l'est Vendée et s'étend sur la partie frontalière du département des Deux-Sèvres. On constate que La Châtaigneraie exerce un effet d'attraction sur les populations de la frange Deux-Sévrienne, que ce soit en matière de santé comme pour d'autres activités et services.

La population qui réside dans la zone d'attraction de La Châtaigneraie (voir cartes en Annexe n°2 – cantons de La Châtaigneraie, Pouzauges et Chantonay) représente environ 55 000 habitants dont près de 20% ont plus de 60 ans et plus de 10% plus de 75 ans. Des études effectuées récemment dans le cadre de l'élaboration du schéma gérontologique départemental montrent que la zone d'attraction de l'hôpital local recouvre des cantons où les taux de vieillissement sont parmi les plus importants, si l'on excepte la côte Vendéenne, et dans tous les cas largement plus forts que les taux nationaux (environ 14% de 60-74 ans et 7,7% pour les plus de 75 ans). Aujourd'hui, la part des personnes

âgées est en pleine croissance et les plus de 60 ans sont désormais plus nombreux que les moins de 20 ans.

Sur le plan économique, la zone de référence de La Châtaigneraie est essentiellement semi-rurale. On note la présence de nombreuses petites entreprises et l'importance des emplois secondaires et tertiaires. Au niveau local, l'établissement, qui assure également l'administration du Centre d'Accueil pour Adultes Handicapés de La Châtaigneraie et de Saint Pierre du Chemin (CAAH), représente, avec ses 200 postes à temps plein, une entreprise de main d'œuvre importante et attractive pour sa zone de couverture.

Sur le plan géographique et du maillage routier, force est de constater un isolement certain de la structure. Non seulement le réseau routier est assez médiocre, notamment dans le nord de la zone d'attractivité de La Châtaigneraie, mais les distances entre La Châtaigneraie et les villes les plus importantes du département ou des départements limitrophes sont non négligeables. On relèvera ainsi que Nantes est à 100 kms, Cholet à 60 kms, La Roche-sur-Yon à 60 kms, Fontenay-le-Comte à 23 kms et, pour la partie Poitou Charentes, Poitiers à 95 kms, Bressuire à 35 kms, Niort à 55 kms, Partenay à 45 kms. Ces distances pourraient paraître anecdotiques. Elles sont essentielles et expliquent pour partie le développement et les potentialités de l'hôpital (voir carte en Annexe n°1).

En effet, l'hôpital local est implanté dans une zone peu structurée au niveau sanitaire, marquée par l'importance de structures hospitalières lourdes périphériques et, a contrario, par l'absence d'établissements relais entre celles-ci. Ainsi, entre les centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon à l'ouest, Fontenay-le-Comte au sud, Bressuire et Partenay à l'est et Cholet au nord, il n'existe pas d'autre structure sanitaire de proximité que celle de l'hôpital local de La Châtaigneraie. D'aucuns pourraient penser que c'est un handicap. Dans les faits, la situation a été utilisée comme un atout par l'hôpital local qui a ainsi pu développer des activités auxquelles il n'aurait peut-être pas eu accès s'il avait été plus proche d'une structure hospitalière plus importante. Certains observateurs ont relevé le fait que l'hôpital local s'était finalement structuré quasiment comme un centre hospitalier, le plateau technique en moins et dans les limites statutaires qui sont les siennes.

L'absence d'établissement relais sur la zone pré-citée explique aussi certainement le fait que l'hôpital local de La Châtaigneraie soit amené à accueillir de nombreux patients qui ne relèvent pas de son canton d'implantation. Sur l'année 2003, qui confirme des tendances lourdes, les patients relevant du canton de La Châtaigneraie et accueillis à l'hôpital local ne représentent que 34% environ en soins de suite et 26% en soins de longue durée. La situation est différente pour le service de médecine – 75% - mais logique compte tenu de la vocation de proximité de ce service. Parallèlement, on note une représentativité assez importante des populations des Deux-Sèvres – 17% environ en

soins de suite - et du canton de Pouzauges – près de 20% en soins de suite et 17% en soins de longue durée. On remarque également des adressages relativement importants de patients en soins de suite de la part des centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon et de Cholet.

Pour compléter ces données, je me référerai aux études menées dans le cadre de la constitution du Groupement des Etablissements du Sud Vendée (GES), sur lequel je reviendrai ultérieurement. Elles montrent que, lorsque les pathologies peuvent être prise en charge localement, et notamment par l'hôpital local, le taux de fuite est extrêmement réduit. Globalement, la population a confiance dans l'offre de soins locale. Des études menées parallèlement sur la Vendée ont révélé que sa population est relativement captive et fait avant tout appel au médecin généraliste avant de consulter un médecin spécialiste. Sur l'ensemble des lits, des manques sont constatés en lits de médecine générale et gériatrique – de l'ordre de 15 lits - ainsi qu'en lits de soins de suite – de 15 à 20 lits. En outre, il est noté que les activités transversales, hormis les soins palliatifs – douleur, addictologie - sont peu prises en charge et entraînent des fuites.

Enfin, l'accent est mis sur la nécessité de mieux couvrir les besoins du territoire en gériatrie, notamment par l'articulation des activités hospitalières avec la prise en charge à domicile.

Concernant l'offre gériatrique, si l'on reprend l'analyse faite dans le schéma gérontologique départemental, celle-ci est globalement suffisante à l'heure actuelle en matière d'établissements hébergeant des personnes âgées. Elle est, en revanche, déficitaire pour des prises en charge plus spécifiques de type accueil permanent ou temporaire de personnes dépendantes psychologiquement, hébergement temporaire, places de service de soins à domicile. Ce sont des axes de travail pour les années à venir.

Concernant le reste de l'offre de santé sur le territoire d'attractivité de La Châtaigneraie et en l'absence d'étude exhaustive, il convient de relever un maillage territorial relativement diffus en services de soins infirmiers et d'aides à domicile. Par ailleurs, la zone est caractérisée par l'absence quasi-totale de médecins spécialistes et l'intervention d'une cinquantaine de praticiens généralistes. Ce chiffre, ramené aux 55 000 habitants et à l'âge assez élevé de la plupart des médecins, pose le problème de la couverture médicale dans le sud et l'est Vendée dans un futur relativement proche.

Dans ce contexte, il convient à présent de s'intéresser à l'hôpital local de La Châtaigneraie.

Historiquement, et cela n'est pas neutre, l'hôpital local de La Châtaigneraie a pour origines une maison hospitalière connue sous le nom d' « hospice » dans les années 1851. Successivement « maison de cure », « centre de long et moyen séjour », l'établissement acquiert son statut d' « hôpital local » le 28 juin 1995.

Aujourd'hui, l'hôpital local propose différents services, en lien avec les missions statutaires qui sont les siennes. Ses 125 lits sont répartis comme suit :

- une unité de médecine polyvalente à orientation gériatrique de 5 lits, ouverte en 2002, qui s'adresse à toute personne présentant une affection aiguë ne nécessitant pas de recours à un plateau technique « lourd »,

- un service de soins de suite et réadaptation de 25 lits répondant à des demandes diverses : convalescence après hospitalisation, réadaptation fonctionnelle après accident vasculaire cérébral, rééducation post-orthopédique, pneumologie,

- un service de soins de longue durée de 90 lits, accueillant des patients pour des prises en charge prolongées de réadaptation fonctionnelle ou de pathologies respiratoires chroniques, d'atteintes neurologiques dégénératives ou invalidantes (maladie d'alzheimer, chorée de hungtinton, scléroses, parkinson), de la grande dépendance,

- une unité de soins palliatifs et d'accompagnement de 5 lits, point d'appui de l'équipe mobile de soins palliatifs du sud Vendée dont la mission principale est de porter soutien aux équipes dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Avant d'évoquer les activités plus innovantes au regard de ce qui se fait traditionnellement en hôpital local et qui montrent que l'hôpital local de La Châtaigneraie est déjà engagé, depuis plusieurs années, dans l'optique de proposer une offre de soins la plus large possible sur son territoire, j'ajouterai que l'établissement a été accrédité sans réserves en janvier 2002. Après avoir élaboré un projet d'établissement 2000-2004, prolongé jusqu'en 2005 dans l'attente de la parution des SROS de 3<sup>ème</sup> génération et ayant donné lieu à la signature d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) des Pays de la Loire, il est aujourd'hui dans l'élaboration de son projet d'établissement 2005-2009.

Parallèlement, l'hôpital local gère le CAAH de La Châtaigneraie et de Saint Pierre du Chemin, structure jumelle de 140 lits – 100 lits de foyer de vie et 40 lits de maison de retraite - et 20 places d'accueil de jour. Sans détailler cette activité en marge de la réflexion présente, je mentionnerai seulement l'apport de cette structure médico-sociale. Celle-ci permet non seulement un effet volume intéressant sur le plan de l'efficacité économique de l'ensemble hôpital local/CAAH mais offre, également, un ancrage de l'hôpital local dans le monde du Handicap.

La philosophie du soin et de l'accompagnement des patients de l'hôpital local est un élément essentiel de la prise en charge. Elle privilégie le respect de la personne dans sa globalité, l'accueil et la prise en considération de son entourage, la notion de service public et la recherche permanente d'amélioration de la qualité des soins. L'autonomisation de la personne, l'accompagnement jusqu'au terme de la vie, la préservation de la vie sociale de l'individu accueilli, le souci de collaboration entre acteurs de santé et le travail en réseau sont les maître-mots de la prise en charge.

Depuis de nombreuses années, et par anticipation de la circulaire du 28 mai 2003, l'hôpital local de La Châtaigneraie a entendu résolument s'inscrire sur son territoire comme un premier maillon essentiel dans l'offre de santé du sud et de l'est Vendée. Ceci, en complémentarité des structures sanitaires disposant d'un plateau technique de référence et dans une logique de construction d'une filière de santé sur le territoire sud et est Vendée. Ceci, également, avec les limites de ses compétences statutaires et en l'absence d'un plateau technique conséquent.

Cette visée s'explique pleinement par l'approche stratégique de sa direction, en place depuis 1990. A son arrivée, le directeur fait le constat d'un établissement qui vit en-dessous de ses capacités et pour lequel une dynamique peut être relancée. Les moyens, notamment en rééducation, sont sous-utilisés, l'équipement d'imagerie médicale inoccupé et le personnel globalement qualifié et en nombre relativement important au regard de l'activité. Fort du contexte local décrit plus haut et après s'être attaché à recréer une cohérence et une motivation internes, la direction porte alors ses efforts sur l'évolution progressive des missions et de l'image de son établissement.

Cette stratégie de développement est à mettre en parallèle direct avec l'« idée » de l'hôpital local telle qu'elle est prônée par l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux (ANHL), dont le directeur de l'hôpital local de La Châtaigneraie est un membre actif. Cette « idée » consiste à faire sortir l'hôpital local de ses missions uniquement gériatriques en le promouvant comme un établissement de soins, technique. Certes selon ses compétences statutaires et ses moyens, l'hôpital local doit s'imposer comme un hôpital, avec toutes les missions qui peuvent être les siennes. En d'autres termes, et sans autres exclusions de catégories de population et de prises en charge que celles imposées par les textes, l'hôpital local doit pouvoir tout proposer en matière de soins. Au-delà de la dimension technique, c'est une dimension politique qui est défendue : celle du rôle de l'hôpital local dans l'aménagement de son territoire, notamment en matière de couverture de soins et de rôle économique et social.

Cette visée stratégique a été développée selon différents axes, tant internes qu'externes.

En interne, au-delà de la cohérence de ses professionnels et de leur motivation à l'égard de la stratégie développée par la direction, il s'est agi de donner à l'établissement les moyens de ses ambitions stratégiques. Dans ce cadre, une politique de formation active est menée depuis plusieurs années afin d'introduire une dynamique de qualification à tous les niveaux. Pour exemple, la composition du personnel soignant est passée de 2/3 d'ASH à 2/3 d'AS. De plus, des compétences spécifiques ont été développées voire créées afin de « donner à l'établissement les moyens d'être dans le même monde que les collègues du milieu hospitalier », pour reprendre les propos de son directeur.

Pour illustrer ces propos je relèverai, dans les équipes soignantes comme logistiques, la présence de : 2,5 Equivalents Temps Pleins (ETP) praticiens hospitaliers et contractuels attachés aux services de soins de suite, soins palliatifs et soins de longue durée, 3 ETP kinésithérapeutes, 1,5 ergothérapeutes, psychomotricien, psychologues, manipulateur radiologiste, diététicien, pharmacien, préparateur en pharmacie hygiéniste, informaticien, chargée de communication, responsables sécurité. Au-delà des qualifications initiales, de nombreux professionnels se sont formés dans des domaines spécifiques : soins palliatifs et douleur, hygiène, manutention. Le personnel de l'hôpital local s'élève à 127,50 ETP budgétisés au tableau des emplois. Interviennent, enfin, 11 praticiens généralistes agréés dans le service de médecine.

L'encadrement a également fait l'objet d'une attention particulière afin de permettre au directeur d'avoir des relais internes. Je mentionnerai ici la présence de 2 attachés d'administration hospitalière, un cadre supérieur de santé, 3 cadres de santé et une reconnaissance institutionnelle forte des responsables de services et de pôles – soin, affaires générales, économique et financier. Dans son organisation, l'hôpital local de La Châtaigneraie est caractérisé par l'importance accordée par la direction à la délégation des compétences et le management participatif, ceci notamment afin de motiver le personnel et de créer une dynamique interne.

La performance des équipements hospitaliers a par ailleurs été favorisée, toujours dans une optique stratégique de plate-forme sanitaire de proximité. En plus des équipements techniques traditionnels, l'hôpital local de La Châtaigneraie propose des matériels et locaux destinés spécifiquement à la rééducation, dont une piscine de balnéothérapie, un cabinet d'imagerie médicale - radiologie. C'est un radiologue libéral qui interprète les clichés. L'établissement dispose également d'une pharmacie interne qui délivre au public les spécialités hospitalières non disponibles en officine de ville. Enfin, l'hôpital local est pourvu d'un parc informatique relativement important pour une structure de ce type. L'ensemble de l'hôpital local est connecté à un réseau intranet et en relation avec un réseau extérieur global mis en place dans le cadre de l'adhésion de l'établissement à l'Association Informatique des Hôpitaux Locaux (AIDHL). A ce jour, l'hôpital local est en

réseau avec les autres membres de l'AIDHL, le Centre Local d'Information et de Coordination à La Châtaigneraie (CLIC Est-Vendée) et il permet désormais la connexion avec les cabinets des médecins libéraux. Pour conclure, j'ajouterai que le dossier patient est entièrement informatisé et l'ensemble des professionnels formé à son utilisation, désormais quotidienne.

Enfin, je ne peux terminer cette présentation sans évoquer le volet «coopérations », fondamental dans l'activité de l'hôpital local.

C'est notamment via les réseaux et collaborations en place que l'hôpital local a pu s'affirmer comme une plate-forme sanitaire de proximité. Pour exemple, je mentionnerai ici les consultations avancées hebdomadaires proposées à l'hôpital local : orthopédie en lien avec la radiologie, neurologie, pneumologie, diététique, soins palliatifs et douleurs, consultation gériatrique avancée faisant appel à une équipe pluridisciplinaire (praticien gériatre, psychologue, ergothérapeute, cadre de santé du service de soins de longue durée). Il participe également au Dispositif d'Adaptation au Logement Vendéen (DALV) pour lequel il met à disposition ses ergothérapeutes.

Par ailleurs, l'hôpital local est le promoteur du CLIC Est-Vendée qui couvre un territoire d'environ 55 000 personnes et 11 000 personnes âgées de plus de 60 ans (voir cartes en Annexe n°2). Actuellement de label 2, un dossier de demande de label 3 est en cours de préparation. Le CLIC permet à l'hôpital local d'avoir un ancrage fort dans le monde social et médico-social, auprès des intervenants du domicile comme auprès des structures hébergeant des personnes âgées. Assurant la présidence du CLIC, l'hôpital local met à disposition de ce dernier de nombreux moyens et compétences.

Enfin, je terminerai par les principales coopérations institutionnelles dans lesquelles l'hôpital local est partie prenante et dont il a parfois également été le promoteur :

- Le réseau vendéen de soins palliatifs et d'accompagnement du sud Vendée, pour lequel il est centre ressource,
- Le GES, avec le centre hospitalier et la clinique sud Vendée de Fontenay-le-Comte dont il assure la présidence, lequel a pour finalité première de créer une filière de santé intégrée sur le sud et l'est Vendée et est en cours d'élaboration d'un projet médical de territoire. C'est dans le cadre du GES que sont nées à l'hôpital local la médecine, les consultations avancées et qu'a véritablement démarré l'activité de radiologie.
- Le réseau ONCOPAL d'accompagnement des patients atteints de cancer,
- Les réseaux « Hygiène », qualité dans le cadre de la « CRIQUE » vendéenne, dont le point d'ancrage est le centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon,
- Le réseau AIDHL évoqué plus haut.

### **1.3 La nouvelle légitimité de l'hôpital local : définition et fondements théoriques.**

Au regard d'un contexte général aujourd'hui favorable aux hôpitaux locaux, sous l'éclairage de la situation spécifique qui est la sienne, de quelles opportunités l'hôpital local de La Châtaigneraie doit-il se saisir ? Pourquoi et comment ? Peut-il se saisir de toutes ou certaines sont-elles non justifiées dans son contexte ou prématurées ?

#### **1.3.1 La légitimité au cœur de la dynamique de développement de l'hôpital local.**

L'idée générale présidant à ces développements est la volonté et la capacité pour l'hôpital local de se positionner comme un acteur de santé, premier maillon sanitaire dans le système de santé et pôle ressource sur son territoire. Ce positionnement ne va pas de soi, on le verra ultérieurement dans l'étude.

Dès lors, dans la continuité de la dynamique de développement qui est la sienne depuis plusieurs années, la question est de savoir quelles stratégies l'hôpital local de La Châtaigneraie doit aujourd'hui mettre en œuvre pour devenir enfin légitime sur son territoire. En effet, les constats, que nous présenterons plus loin, montrent que cette légitimité n'est pas encore acquise et que l'hôpital local doit au contraire la construire et l'asseoir. Par légitimité, j'entends ici la légitimité en tant qu'acteur sanitaire de première intention. En d'autres termes, une légitimité à développer de nouveaux rôles, notamment à l'égard de ce qui se fait de manière traditionnelle en hôpital local et qui relève principalement – et uniquement ? – de la prise en charge gériatrique. Les défis qui interpellent aujourd'hui l'hôpital local dans le cadre des SROS de 3<sup>ème</sup> génération et des projets médicaux de territoire sont bien là.

Au-delà des textes, il va de soi que cette légitimité ne s'entend que si l'hôpital local propose une offre en adéquation avec les besoins des usagers du système de santé évoluant dans son bassin de vie. La mission de l'hôpital local étant avant tout de proximité, il doit s'assurer de couvrir de manière quantitative et qualitative les besoins recensés sur son territoire.

Mais les besoins locaux ne sont pas que ceux des usagers et cette remarque est à relier avec le rôle que l'hôpital local est susceptible de jouer dans la construction des complémentarités locales. En effet, peut-il faire autrement que s'intéresser et répondre également aux attentes des professionnels de santé évoluant sur son territoire, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, institutionnels ou libéraux ? Ceci est devenu d'autant plus important que, pour les citer encore, les SROS de 3<sup>ème</sup> génération appellent

désormais à une articulation des uns et des autres dans le cadre d'un projet médical de territoire.

Ce point est important à souligner. En effet, si les missions de l'hôpital local, comme tout établissement de santé, sont de répondre aux besoins de santé publique donc aux besoins de l'usager du système de santé, il s'inscrit aussi, parce qu'il est un établissement de santé, dans un contexte légal et réglementaire auquel il doit répondre. En d'autres termes, au-delà des besoins locaux, l'hôpital local doit également se conformer aux préconisations des autorités sanitaires et sociales, telles qu'elles sont inscrites dans les lois de santé publique, la réglementation régissant les établissements de santé, les SROS et autres schémas départementaux sociaux et médico-sociaux. Sa spécificité d'établissement sanitaire à la frontière du sanitaire et du médico-social lui impose même une double contrainte réglementaire.

Une autre question se pose quant à l'expression des besoins de santé et qui influe également sur les stratégies que l'hôpital local doit développer. S'agit-il des besoins réels ? Reconnus ? Exprimés ? Pressentis ? Une partie des difficultés, tout autant que la richesse de la réflexion, résident là. En plus de répondre aux besoins reconnus par les textes, les usagers, un des aspects de la stratégie de l'établissement n'est-il pas d'anticiper voire de susciter ceux qui ne sont pas encore reconnus ?

Dans le même ordre d'idée, la légitimité qu'on reconnaît et reconnaîtra à l'hôpital local n'est-elle pas liée autant à l'utilité et au rôle que lui confèrent aujourd'hui les usagers, les professionnels, les élus et les autorités sanitaires et sociales qu'à la dynamique et aux solutions innovantes qu'il saura impulser ? Ceci, naturellement, dans le souci d'améliorer la prise en charge des usagers du système de santé en termes de continuité, de qualité et d'efficience des prestations proposées. Entre réponse au contexte présent et anticipation, il semble que l'on soit là au cœur du management stratégique de l'hôpital local.

Dans cette dynamique où l'hôpital local entend être acteur de son développement, quelles hypothèses peut-on faire quant aux solutions qui l'aideraient dans ses démarches ?

### **1.3.2 Les conditions de la nouvelle légitimité de l'hôpital local.**

Dans le cadre des réflexions préalables, deux hypothèses m'ont paru incontournables dans la stratégie de développement de l'hôpital local et j'ai souhaité les vérifier.

Avant toute chose, il me paraît important de préciser que ces hypothèses ne sont valables que compte tenu du management développé préalablement à l'hôpital local de La Châtaigneraie, à savoir une cohérence interne de ses professionnels quant aux missions et objectifs stratégiques de l'établissement. En effet, comment penser développer une

structure, quelle qu'elle soit, si ses professionnels internes n'en sont pas les premiers convaincus donc porteurs et promoteurs ?

La première idée est que la chance de développement de l'hôpital local, donc la condition de la reconnaissance de sa légitimité par le monde de la santé, est dans son intégration et son rôle moteur dans les complémentarités locales.

La relation à ces complémentarités locales est double. Si l'hôpital local apparaît comme un lieu naturel de liens et de partenariats, notamment du fait de l'intervention en son sein des professionnels libéraux et son positionnement à l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social, à l'interface entre le domicile et l'institutionnel, il est aussi évident que ces liens de partenariat qu'il développe sont la condition de son existence et de son développement. Par ailleurs, via les complémentarités qu'il impulse et manage, l'hôpital local ne tient-il pas dans ses mains la possibilité de structurer son territoire et de s'affirmer en son sein ? En d'autres termes, l'idée ici est que le rôle et la légitimité nouvelle de l'hôpital local s'entendent plus, désormais, dans son rayonnement sur un territoire de santé, dans l'influence et les liens qu'il développe à l'égard de ses partenaires de santé.

La deuxième hypothèse qui conditionne l'ensemble de la réflexion sur le développement de l'hôpital local, réside dans le fait que, pour pouvoir construire et affirmer sa légitimité, celui-ci doit se voir reconnaître trois dimensions essentielles : l'EXPERTISE, la CONFIANCE et la NOTORIÉTÉ. Reconnues comme les atouts clés du manager, du promoteur de changement, elles sont un pré-requis pour l'hôpital local.

Avant de vérifier, sur le terrain, le positionnement de l'hôpital local de La Châtaigneraie au regard de ces trois dimensions, il convient d'en préciser les contours.

- L'EXPERTISE renvoie à la dimension de la compétence, à la qualité des prises en charge que les acteurs du système de santé, professionnels comme usagers, reconnaissent à l'hôpital local. Ce niveau de compétence est essentiel dans le fait qu'ils accepteront de travailler avec lui, de lui confier des patients. Au-delà de l'expertise en tant que telle, il y a lieu également de mesurer les domaines dans lesquels elle s'exprime. Autrement dit, quel est le champ de compétences que l'on reconnaît à l'hôpital local, les activités où son expertise est admise, les filières dans lesquelles on le reconnaît légitime ? A contrario, dans quels domaines a-t-on des doutes quant à ses capacités ?

Enfin, l'expertise implique que l'hôpital local se donne les moyens de l'acquérir et l'enrichir. Au travers de cet enrichissement, c'est la capacité de réactivité de l'hôpital local devant les évolutions de l'environnement qui est en question.

- La CONFIANCE. La notion de confiance est intimement liée à la reconnaissance des compétences de l'hôpital local et à la dimension de qualité et de sécurité de sa prise en charge. Elle met en valeur le fait que la personne fait la démarche d'aller vers l'hôpital local, qu'elle accepte de travailler avec lui, de se confier à lui. De fait, la confiance va au-delà de la compétence. Il y a une notion de lien interpersonnel, une relation qui se crée. La confiance implique du temps et des preuves, elle s'acquiert et se mérite. Enfin, elle se capitalise et c'est en ce sens que l'hôpital local devra jouer pleinement la carte de ses « alliés » et des atouts qu'il possède et qu'on lui reconnaît.

- La NOTORIETE. La notoriété a deux dimensions : cognitive - de connaissance - et d'ordre plus qualitative, c'est-à-dire de reconnaissance.

La dimension cognitive est essentielle car elle est un préalable à toute forme de reconnaissance. Combien d'images, souvent contraignantes, sont simplement liées au manque de connaissance ? Si l'on ne connaît pas, comment imaginer aller vers ce qui n'existe pas pour soi ? D'un certain côté, la notoriété semble donc première par rapport à la reconnaissance de l'expertise et la confiance qui peut l'accompagner.

La notoriété a également une dimension qualitative et rejoint, là, la dimension de l'expertise. Enfin, il est à noter une dimension d'adhésion, de motivation envers quelqu'un ou quelque chose dans la notoriété. Ce qui permet de penser que la séduction peut être un élément stratégique dans la démarche d'acquisition de la notoriété.

### **1.3.3 Les fondements théoriques de l'approche du développement de l'hôpital local.**

La vérification des hypothèses de travail s'est faite via une double démarche : une approche théorique du diagnostic interne et externe en management public et des concepts de l'analyse stratégique proposée par la « Sociologie des Organisations » d'une part, une approche de terrain au travers des missions effectuées dans le cadre de mon stage de formation de DESS et d'une enquête effectuée auprès des principaux interlocuteurs de l'hôpital local d'autre part.

La dimension conceptuelle de ce travail a reposé sur l'utilisation de grilles de management appliquées au secteur public, lesquelles m'ont permis de poser un diagnostic interne et externe de l'hôpital local de La Châtaigneraie. L'idée était de mesurer les atouts et les faiblesses de cet établissement, de manière à cerner les décisions à prendre afin de lui permettre de répondre aux défis qui sont aujourd'hui les siens. Dans ce cadre, deux dimensions étaient essentielles : d'une part le constat, à un instant donné, des forces et des faiblesses de la structure pour agir sur elles, d'autre part la conception des objectifs de développement de l'hôpital local pour les temps à venir,

c'est-à-dire la stratégie de l'établissement à moyen et long terme. Cette double orientation a motivé le choix des grilles utilisées pour l'analyse et abordées lors de séminaires de management suivis à l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux et cités en bibliographie.

En premier lieu, j'ai établi le « Processus de Gestion Stratégique » de l'hôpital local. Dans le cadre de la « Segmentation stratégique » sur laquelle il se situe – les politiques publiques de santé et sociales et médico-sociales - j'ai analysé ses « missions », ses « buts et objectifs » stratégiques en tant qu'organisation de santé, ses « vecteurs de croissance », c'est-à-dire les leviers d'action lui permettant de répondre aux objectifs fixés, enfin son « plan de gestion de portefeuille », à savoir les moyens, services et prestations à mettre en œuvre dans le cadre de la stratégie qu'il s'est fixée.

J'ai opté pour cet outil dans la mesure où il allie l'aspect stratégique du management d'une organisation – ses orientations, ce vers quoi elle souhaite tendre – mais également l'aspect opérationnel de son pilotage, c'est-à-dire les moyens dont elle dispose, ceux qu'elle doit améliorer et acquérir. La finalité de ce type de grille permet de se positionner dans l'action et de déterminer les leviers de croissance et d'amélioration de l'organisation.

Parallèlement au Processus de Gestion Stratégique fixant le cadre général de la réflexion, c'est une « approche inductive » qui a été privilégiée. Au contraire de la méthode déductive, elle part du constat ou problème/questionnement pour aller vers la détermination des objectifs stratégiques. Aujourd'hui, l'hôpital local est précisément dans cette phase de détermination de ses objectifs stratégiques, au regard d'un contexte général mais aussi d'une situation particulière - les atouts et contraintes de son organisation, les attentes de ses interlocuteurs porteuses de développement ou au contraire contraignantes - dont il doit tenir compte et sur laquelle il doit agir.

Concernant le diagnostic interne et externe à proprement parler, celui-ci a été effectué au moyen des grilles de « FAYOL » et « HARVARD » appliquées au management du secteur public. Elles permettent de positionner l'organisation « hôpital local » sur différents domaines en diagnostiquant si ceux-ci sont pour lui des atouts/forces ou, au contraire, des contraintes/faiblesses et déterminer de ce fait les actions à mener.

Si la grille de FAYOL (1856-1915) est essentiellement portée sur le management interne de l'organisation et permet, de ce fait, de mesurer les atouts et contraintes internes notamment en termes de ressources humaines, la grille de HARVARD, Ecole américaine, est intéressante à double titre. Inspirée du modèle de FAYOL qu'elle a adapté à l'évolution et la complexification récentes des organisations, elle prend en compte non seulement la dimension interne de la structure – système d'information, finances, ressources humaines, mode de management, organisation générale – mais également

ses relations avec son environnement – situation au regard des partenaires, publics concernés, liens avec les financeurs, relations avec l'extérieur, communication...

Enfin, la réflexion sur le développement de l'hôpital local se situant résolument dans un cadre évolutif et de choix stratégiques pour le futur, il m'a semblé intéressant de m'inspirer de la grille du «BOSTON CONSULTING GROUP» (BCG) pour montrer le positionnement actuel de l'établissement, son évolution et son devenir potentiels.

Je dis inspiration car il n'est pas question d'aborder les activités de l'hôpital local en termes de taux de croissance sur un marché et de rentabilité. En matière de santé publique, si l'efficacité est importante, elle est à prendre au sens de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins dans un contexte de maîtrise et de rationalisation des dépenses de soins mais en aucun cas de rentabilité.

A contrario, la grille du BCG était attractive dans la mesure où elle raisonne en termes de marchés actuels et de marchés nouveaux, autrement dit, appliquée à l'hôpital local, en termes de services actuellement proposés et d'activités innovantes. Elle pouvait, de ce fait, constituer un outil d'analyse et d'aide à la décision. Au-delà d'un objectif général d'amélioration de l'ensemble des prestations qu'il propose, l'hôpital local est en effet en phase de développement et de choix d'ancrage sur des activités nouvelles. Lesquelles créer et développer ? Lesquelles « laisser de côté », du moins pour l'instant ? Lesquelles piloter, sachant que si aucune activité statutaire ne peut être abandonnée, elle doit pour le moins être améliorée ?

La grille du BCG permettra ainsi de mesurer :

- les services « vaches à lait », c'est-à-dire les activités traditionnelles et statutaires de l'hôpital local,
- les activités « poids morts » qui, si elles ne peuvent être abandonnées parce que statutaires, n'en sont pas moins une contrainte potentielle, notamment en termes d'image et de notoriété pour l'établissement, et qu'il doit de ce fait améliorer,
- les activités « stars », attractives au regard de leur potentiel de développement et de notoriété, l'idée étant de les faire devenir des « vaches à lait »,
- les solutions « dilemmes », susceptibles de devenir autant des activités « stars » que des « poids morts » et pour lesquelles un choix et un pilotage sont à faire sur le plan stratégique.

La grille du BCG met par ailleurs en évidence le contexte évolutif dans lequel se situe aujourd'hui l'hôpital local. Les activités positionnées aujourd'hui sur telle ou telle partie de la grille auront évolué demain et imposeront de nouveaux choix.

Enfin, l'approche stratégique de la «Sociologie des Organisations» telle que posée par M.CROZIER et E.FRIEDBERG, a été utilisée comme cadre théorique pour analyser les

comportements des différents acteurs de santé intervenant sur le territoire de l'hôpital local, notamment quant à leurs intérêts, les stratégies et jeux de pouvoir qu'ils développent.

Cette approche me permettait de mieux cerner le contexte dans lequel se situe l'hôpital local et les marges de manœuvres, alliances, oppositions avec lesquelles il doit compter. La Sociologie des Organisations fait ici écho aux théories sur la mesure de la « Socio-dynamique des acteurs », en termes d'acteurs « engagés », « hésitants », « opposants » etc... Comprendre les données qui conditionnent le champ d'action de l'hôpital local me permettait ainsi de dégager les atouts et, a contrario, les faiblesses qui sont les siennes dans son environnement, donc les actions à envisager.

Sans entrer dans les détails de la Sociologie des Organisations, je mettrai ici en valeur les éléments utilisés dans mon analyse. Les concepts proposés par M.CROZIER et E.FRIEDBERG seront ensuite repris tout au long de l'étude.

L'idée générale de cette théorie est que chaque individu ou organisation bénéficie d'une certaine « autonomie », qu'il entend conserver et accroître. Pour cela, il développe des stratégies dont la « rationalité » demeure toutefois « limitée », compte tenu des contraintes qui pèsent sur lui - poids de l'organisation, présence et jeux d'autres acteurs etc... Les relations entre les acteurs sont de ce fait placées sous le signe de la recherche du « pouvoir », laquelle détermine des « jeux de pouvoir » entre les uns et les autres. Pour M.CROZIER et E.FRIEDBERG, les attitudes et les comportements des différents acteurs sont ainsi expliqués par les différents jeux de pouvoir qui s'installent entre eux et qui créent des « relations d'échange et de négociation permanentes ».

Le « pouvoir » s'entend essentiellement au regard de quatre notions - le « savoir rare et pertinent », la « maîtrise de l'information pertinente », la capacité à « maîtriser les moyens » et les « relations de l'organisation avec le système », enfin la « maîtrise des règles organisationnelles ». Ces notions s'expriment d'autant plus qu'elles se situent dans des « zones d'incertitude ». Or, le système de santé actuel montre de nombreuses « zones d'incertitude » : l'organisation de l'offre de santé au regard des évolutions juridiques actuelles, les questions de démographie médicale, la prise en charge des personnes âgées etc...

Dans un contexte d'incertitudes qui favorise la stratégie, l'éclairage théorique de la Sociologie des Organisations permettra de positionner l'hôpital local, comme l'ensemble de ses partenaires, au regard des quatre dimensions du pouvoir et de mesurer ainsi les atouts qui sont en sa possession, les alliances ou neutralités dont il peut bénéficier et, a contrario, les hésitations et les oppositions qu'il doit gérer.

L'apport théorique a été alimenté par une méthodologie de terrain développée tout au long de mon stage de formation de DESS. Celle-ci a été double : d'une part une analyse de l'établissement via l'étude de ses différents documents stratégiques – bilans d'activité, projet d'établissement, COM etc... – et l'analyse du déroulement et des résultats des missions qui m'ont été confiées dans le cadre du stage de formation, d'autre part une enquête menée en interne et en externe sur la conception par les acteurs de santé évoluant sur le territoire de l'hôpital local quant à son rôle, sa place dans le système de santé et son image.

Avant de développer cette méthode, je tiens à en souligner certaines limites inévitables. En premier lieu, le temps du stage de formation a constitué une contrainte importante. Au regard de la problématique du développement de l'hôpital local, ces quelques mois sont souvent apparus insuffisants pour en mesurer tous les enjeux et voir aboutir les propositions d'action perçues comme des solutions potentielles. Ceci d'autant plus que, n'étant pas originaire du département, je n'avais pas la culture des lieux, la connaissance de son histoire. De surcroît, la position du « directeur stagiaire » a peut-être induit certaines réponses donc introduit quelques biais. Enfin, des limites inhérentes à la méthode du questionnaire et de l'entretien (échantillon, taux de réponse etc...) existent.

Concernant les missions effectuées dans le cadre de mon stage de formation, elles consistaient à proposer aux acteurs de santé – médecins libéraux, paramédicaux libéraux, Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) - du territoire de La Châtaigneraie, globalement le secteur du CLIC, de réfléchir ensemble sur la possibilité de construire des complémentarités avec l'hôpital local et ce, à l'occasion de l'élaboration de son nouveau projet d'établissement. Le cadre de référence initialement posé était celui de l'ordonnance du 4 septembre 2003 et de la circulaire du 28 mai 2003 sur les missions de l'hôpital local, l'objectif étant de pouvoir, à terme, élaborer un « projet de santé de territoire ». Sans présenter les résultats de cette démarche qui seront proposés dans le cadre de l'analyse à suivre, je soulignerai ici l'intérêt des différentes rencontres qui ont eu lieu. Non seulement elles m'ont permis de mesurer les attentes et stratégies de chacun à l'égard de ce que pouvait être un hôpital local mais elles ont également été l'occasion de mesurer l'importance pour l'hôpital local de poser, le premier, le cadre de la réflexion afin de pouvoir structurer son environnement.

Pour ce qui est de l'enquête, elle a été menée par questionnaires auprès des professionnels internes de l'hôpital local, des EHPAD et par entretiens auprès des autres professionnels - médicaux, paramédicaux, institutionnels et libéraux - et des élus locaux évoluant au sein de la zone d'attractivité de l'hôpital local. Pour des raisons évidentes de

cohérence, les questions posées lors des entretiens ont été les mêmes que celles posées dans le cadre des questionnaires. Le questionnaire ainsi que les personnes interviewées figurent en Annexe n°3.

L'objectif principal de cette enquête qui portait sur le RÔLE, l'UTILITE et l'IMAGE de l'hôpital local était de mesurer la notoriété actuelle de l'établissement et ses possibilités de développement, notamment au regard de la conception qu'ont ses différents interlocuteurs de son rôle et sa place dans le système de santé. Dans ce cadre, les thèmes retenus faisaient écho aux hypothèses initialement posées : rôle et rayonnement possible de l'hôpital local dans les complémentarités, dimensions d'expertise, de confiance et de notoriété.

Je précise que cette enquête a été complétée par une enquête de notoriété de l'hôpital local effectuée par la chargée de communication de l'établissement. Celle-ci a permis de mesurer l'image et la réputation de l'hôpital local auprès des usagers, les questionnaires ayant été dispensés auprès d'un échantillon de population vivant sur le territoire du CLIC Est-Vendée (Annexe n°3).

## **2 QUELLE LEGITIMITE POUR L'HÔPITAL LOCAL ?**

L'analyse qui suit a pour objectif de questionner les hypothèses posées dans la première partie de cette réflexion. Celles-ci ont été vérifiées au regard d'indicateurs spécifiques, lesquels figurent en Annexe n°4 du présent travail.

Dans le cadre de cette vérification, je développerai une synthèse des données les plus parlantes recueillies au cours de mon stage de formation de DESS et à l'occasion de l'enquête menée sur le rôle, l'utilité et l'image de l'hôpital local de La Châtaigneraie. Enfin, je proposerai un diagnostic de l'établissement au moyen des grilles de management évoquées en première partie, sur la base duquel ont été élaborées les propositions d'actions stratégiques présentées en troisième partie.

### **2.1 La légitimité de l'hôpital local vue par ses principaux interlocuteurs.**

Compte tenu des différences d'intérêt et de positionnement mesurées sur le terrain, je présenterai ici les résultats obtenus par catégorie d'acteur de santé interrogée et selon son positionnement socio-dynamique. Au-delà des conceptions de chacun quant à la légitimité de l'hôpital local, il est important de mesurer s'ils peuvent être des « alliés »

donc des atouts pour l'hôpital local ou si, au contraire, « hésitants » ou « opposants », ils constituent une contrainte pour lui.

### **2.1.1 Les « ALLIÉS » de l'hôpital local.**

Ils sont principalement au nombre de 5 : les professionnels internes de l'établissement, le CLIC Est-Vendée dont l'hôpital local est le promoteur et qu'il a cherché à autonomiser dans son action, les institutionnels – EHPAD et professionnels sanitaires - les élus locaux.

#### A) Les professionnels internes.

Leur conception du développement de l'hôpital local est déterminante car ils en sont les premiers acteurs et promoteurs à l'extérieur. La notoriété de l'établissement et la confiance en son expertise passent, avant tout, par eux. Ils sont des vecteurs de communication essentiels.

En premier lieu, il est fondamental que les professionnels soient informés et en accord avec les lignes stratégiques fixées par la direction de l'établissement. Dans ce cadre, un constat s'impose : si la plupart des professionnels sont convaincus de l'intérêt des projets de développement de l'hôpital local donc porteurs de ses évolutions, certaines limites ont pu être mesurées dans la diffusion de l'information en interne. A mesure que l'on descend dans la hiérarchie, la stratégie se fait plus diffuse et trouve moins d'écho. Il faut, certes toutes proportions gardées, dans la mesure où l'on note globalement une grande cohérence interne, mais ce constat ne doit pas être négligé. Je relèverai également l'arrivée récente de nouveaux professionnels dans le cadre de la mise en œuvre du COM et de l'ARTT, dont certains n'ont peut-être pas encore pleinement intégré la stratégie de l'établissement, et qui peut expliquer cette relative faiblesse de la cohésion interne.

En cela, le rôle de l'encadrement et la communication interne sont fondamentaux. Pour être mûris, intégrés, les projets doivent être diffusés. C'est ici le mode de management qui est interpellé, en l'occurrence l'importance du management participatif qui développe en interne la culture du projet, la dynamique d'ouverture et la réactivité aux évolutions de l'environnement. En la matière, force est de constater une bonne cohérence interne et une implication forte des professionnels de l'hôpital local.

Pour autant, certains éléments du développement sont interrogés et toutes les innovations ne sont pas communément admises. Ce constat peut certainement expliquer que certaines opportunités n'aient pas encore été saisies ou qu'elles ne soient conçues que dans un second temps. Il s'agit notamment de l'accueil de populations jeunes – petite enfance principalement, pour beaucoup de professionnels l'hôpital local s'adresse avant tout aux adultes et aux personnes âgées – de la création d'une maison médicale et du

développement de l'accueil inopiné. Ceux-ci demeurent très vagues, voire sont considérés comme n'étant pas du ressort de l'hôpital local. Dans le même ordre d'idée, l'hypothèse d'un développement de l'hospitalisation à domicile laisse perplexe – avec quels moyens ? Quelle utilité ? – tout comme la spécialisation d'une partie des soins de suite en rééducation fonctionnelle plus performante. Autant la convalescence et la réadaptation sont admises, autant la rééducation demanderait des changements pour lesquels tous ne sont pas prêts.

Concernant la culture de l'établissement, l'hôpital local dispose là d'un atout important. Au-delà de la compétence de ses professionnels, l'accent a été mis, depuis plusieurs années déjà, sur la dynamique interne, la motivation de chacun et le questionnement des pratiques professionnelles. Cet état d'esprit ainsi que la tradition d'ouverture de l'établissement à l'extérieur – au travers des réseaux, des interventions des libéraux en interne etc... - ont permis une flexibilité de fonctionnement intéressante. Ajouté à la taille de l'établissement qui permet également une souplesse certaine, l'ensemble montre une réactivité importante. Or, cette réactivité et la culture d'innovation qui va de pair sont essentielles. Elles permettent à l'établissement de sentir les évolutions et de développer, par anticipation, une action structurante de son environnement. Si certains projets tardent aujourd'hui à se développer au sein de l'hôpital local et ne trouvent que peu d'échos à l'extérieur, il faut aussi interroger la réactivité interne de la structure.

#### B) Le CLIC Est-Vendée.

Le CLIC représente un enjeu important pour l'hôpital local. Il est, pour lui, un outil intéressant de coordination et de lien avec le domicile. Il est également un vecteur de changement essentiel dans la perception du rôle et de l'image de l'hôpital local.

C'est en ce sens que la stratégie de l'hôpital local d'autonomiser le CLIC et de lui permettre de mener ses actions indépendamment des siennes, du moins dans la perception qu'en ont les acteurs de santé, est particulièrement intéressante. « En dehors » de l'hôpital local, le CLIC peut ainsi développer ses propres règles et modalités de fonctionnement. Alors que l'hôpital local peut difficilement sortir d'une logique institutionnelle très différente de celle du domicile, le CLIC est à même de le faire. De ce fait, au travers de son action, il peut se rapprocher du système « domicile », mieux appréhender ses logiques de fonctionnement, ses « règles », son « système d'information » etc... Cela est d'autant plus important que, là où l'hôpital local est dans une dynamique de professionnalisation, de collectif, les acteurs du domicile sont plutôt caractérisés par un individualisme fort, une place importante prise par le bénévolat notamment dans les services d'aide à domicile. En évoluant « en dehors » de l'hôpital

local, le CLIC est un outil facilitant pour « pousser les portes de l'institution » et dialoguer avec les acteurs du domicile.

Enfin, parce qu'il est mieux à même de comprendre le domicile et d'échanger avec lui, le CLIC devient un outil de circulation des informations, notamment quant aux besoins de santé locaux et aux attentes des professionnels. Ceci, dans le sens domicile/hôpital – il véhicule les demandes et permet à l'hôpital local d'être informé en continu sur son territoire – mais également dans le sens hôpital/domicile. Au-delà de la connaissance par le terrain de l'offre de l'hôpital, il permet à l'hôpital de structurer la relation offre/demande sur son territoire.

### C) Les EHPAD.

La principale préoccupation des EHPAD étant la prise en charge des personnes âgées, force est de constater que, pour ces structures, le rôle de l'hôpital local est d'abord – et uniquement ? – gériatrique. S'il est principalement gériatrique, l'hôpital local est de surcroît, pour les EHPAD, un lieu avant tout sanitaire. Dans la perspective de la construction d'une filière gériatrique permettant une meilleure prise en charge de leurs résidents, les EHPAD sont des « alliés » convaincus de l'hôpital local. Ils attendent de lui qu'il développe un certain nombre d'activités pour lesquelles ils ressentent des manques. Dans ce cadre, les évolutions récentes de la réglementation et la parution du « Plan Bleu Canicule » ont été un levier important dans la formalisation des liens entre l'hôpital local et les EHPAD puisqu'il existe désormais une contrainte réglementaire à l'élaboration d'une filière gériatrique au niveau des territoires de proximité.

Les EHPAD sont des « alliés », donc des atouts pour l'hôpital local, d'autant plus intéressants qu'il y a culturellement et historiquement une bonne connaissance des uns et des autres. De manière générale et en particulier sur le territoire de l'hôpital local de La Châtaigneraie, il existe déjà une habitude de travailler ensemble. Qui dit habitude de travailler ensemble dit proximité de langage, similitudes des « règles ». Des règles qui ont d'ailleurs tendance à se rapprocher plus encore aujourd'hui depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui impose désormais certaines obligations au monde médico-social, somme toute assez proches de celles du sanitaire. Les EHPAD étant par ailleurs des institutionnels, au même titre que l'hôpital local, ils sont proches dans leurs logiques de fonctionnement, leurs règles, leur mode de pensée collectif.

Cette proximité est intéressante pour l'hôpital local car, au-delà du fait que les EHPAD aient des attentes envers lui, il les comprend facilement. A même de mesurer leurs besoins, il sait quelle est la meilleure démarche pour les aborder et quel contenu il peut donner à son offre.

Devançant les EHPAD en matière de connaissance des règles qui leur sont désormais appliquées, l'hôpital local a ainsi la possibilité de structurer en partie le champ des négociations. Cela a notamment été le cas lors des rencontres institutionnelles avec les EHPAD au cours desquelles l'hôpital local a présenté à ces derniers les évolutions de l'organisation de l'offre de santé et les nouvelles logiques réglementaires. En aidant les EHPAD à s'approprier les règles qui sont désormais les leurs, n'est-ce pas, pour lui, une manière de maîtriser l'information et de ce fait les règles et le système environnant ?

Quels sont donc ces atouts dont dispose l'hôpital local à l'égard des EHPAD et sur lesquels il doit certainement jouer ?

En premier lieu, il a une certaine marge de manœuvre, une souplesse d'action que n'ont pas les EHPAD. Il est en capacité de prendre des initiatives et cette capacité d'innovation est propre au champ sanitaire. Elle balbutie encore dans le monde médico-social, même si elle est désormais encouragée par la loi du 2 janvier 2002.

L'hôpital local dispose également du « savoir rare et pertinent » à l'égard des EHPAD puisque c'est lui qui dispose de l'expertise en gériatrie, gérontologie ainsi qu'en accompagnement de fin de vie. Ce point est unanimement reconnu par ces derniers. Pour autant, ce savoir est reconnu sur des créneaux très spécifiques, précisément en complémentarité avec les domaines où les EHPAD se reconnaissent leur propre « savoir ». Il s'ensuit que l'hôpital local doit porter son attention sur les activités où les EHPAD ne savent pas, ne savent plus ou ne peuvent pas faire. Il est intéressant pour eux en termes de formation, de conseil dans ses domaines d'expertise.

Enfin, c'est au niveau des moyens humains et matériels dont il dispose que l'hôpital local a des atouts évidents vis-à-vis des EHPAD. En effet, quel est l'EHPAD qui peut financièrement disposer de certaines spécialités pourtant nécessaires pour une prise en charge de qualité : lits de médecine gériatrique, consultations de gériatrie, douleur, soins palliatifs etc...?

« Allié » potentiel, les EHPAD sont donc un enjeu fort pour l'hôpital local. Ce, d'autant plus qu'ils ont leur propre marge de négociation et celui-ci doit en tenir compte. Autonomes dans leur fonctionnement et leur histoire, les EHPAD ont la capacité de dire oui ou non et de se tourner vers un autre établissement sanitaire. Certes, ils sont isolés, pour ce qui est du territoire de La Châtaigneraie, et c'est là encore un atout pour l'hôpital local.

Pour conclure, il est intéressant de noter que, si en matière de filière gériatrique les EHPAD sont potentiellement des alliés engagés et convaincus de l'hôpital local, certains doutes ont été émis. Notamment pour ce qui est de la permanence médicale sur le

territoire et à l'hôpital local, du fait du manque d'implication des médecins libéraux et de leur nombre décroissant. En outre, la confiance des EHPAD ne va pas jusqu'à reconnaître la légitimité de l'hôpital local en matière d'accueil inopiné et ce, même dans le cadre d'une maison médicale dont ils voient pourtant un intérêt certain.

Enfin, force est de constater que toutes les activités proposées par l'hôpital local ne sont pas toujours connues de ses interlocuteurs médico-sociaux, principalement pour ce qui est des activités récentes – consultations avancées, fonctionnement des lits de médecine. Un constat quelque peu préjudiciable à leur développement, alors que le besoin existe.

#### D) Les institutionnels de santé.

Comme les EHPAD, ce sont des institutionnels, appartenant de surcroît au même champ que l'hôpital local, celui du sanitaire. Ils ont, de ce fait, une approche similaire à la sienne, ce qui sous-entend des « règles » et un langage communs. Je ne reviendrai pas sur les avantages que cela représente, lesquels ont été évoqués plus haut. Il est en revanche important de mentionner que, relevant du champ sanitaire, ils ont également une bonne connaissance de ce qu'est un hôpital local - ses missions et son rôle - ainsi que des évolutions juridiques actuelles. De ce fait, ils ont une réflexion commune qui va plutôt dans le sens de la promotion de l'hôpital local et d'une vision globale et collective de l'organisation du système de santé. Ceci, ajouté à une tradition d'échanges sur le terrain avec l'hôpital local, fait qu'ils sont des « alliés » essentiels pour ce dernier. Ils le sont d'autant plus qu'une alliance avec l'hôpital local sert aussi leurs stratégies propres.

C'est ce constat qui a conduit à la création du GES, dans lequel l'hôpital local est partie prenante, et sur lequel il est intéressant de s'arrêter pour comprendre les intérêts des uns et des autres.

A l'origine de la constitution du GES, il y a le constat suivant : la neutralité des uns et des autres – en l'occurrence le centre hospitalier et la clinique sud Vendée de Fontenay le Comte, l'hôpital local – ne constitue pas un choix pertinent pour l'organisation de l'offre de santé sur le territoire du sud et de l'est Vendée. En effet, cette neutralité, c'est-à-dire le « chacun chez soi », risque d'affaiblir l'ensemble des établissements et de provoquer des fuites de populations vers d'autres structures de santé. A contrario, la coopération et la mutualisation des ressources présentent un intérêt certain. Transcendant certains domaines inévitables de concurrence qui occasionnent ça et là quelques tensions – le rôle auprès des EHPAD, le service de médecine pour sa partie médecine polyvalente notamment – la conclusion est de se regrouper pour être plus forts et attractifs sur le territoire.

En la matière, les atouts de l'hôpital local ne sont pas négligeables. Non seulement il apporte une expertise en matière de soins palliatifs dont ne disposent pas les deux autres

établissements, mais il est également intéressant du fait de son positionnement sur l'est Vendée et la frange Deux-Sévrienne. En l'occurrence, il permet, en y développant un accueil d'amont et d'aval – les consultations avancées - et des lits d'aval – lits de soins de suite et de soins de longue durée mais aussi de médecine après passage aux urgences – d'ancrer le pôle fontenaisien sur son territoire, de lui ouvrir de nouveaux débouchés et de désengorger ses services d'urgence et de court séjour. Le fait de maintenir un hôpital local fort est de surcroît d'autant plus important que, compte tenu de sa position d'unique structure sanitaire de proximité sur un territoire de 55 000 habitants, il permet d'apporter un soutien aux professionnels sur le terrain et d'être éventuellement attractif pour de nouveaux arrivants. L'ensemble est par conséquent garant d'une meilleure qualité de prise en charge pour le patient, dans la continuité et au plus proche de son domicile.

Pour l'hôpital local, l'intérêt est évident et double. En interne, l'ancrage dans une filière de soins lui garantit un bon fonctionnement général de ses services, en particulier en termes de taux d'activité ainsi que d'utilisation d'équipements comme la radiologie, jusque là sous-utilisés. Il lui permet également de disposer de ressources dont il n'aurait pu bénéficier s'il était resté seul. Je pense ici à l'intervention de spécialistes du pôle fontenaisien, lesquels ont permis d'améliorer sa qualité et sa sécurité de prise en charge et de diversifier ses compétences. Au-delà de l'enrichissement des pratiques professionnelles, c'est la dynamique interne de l'hôpital qui se trouve relancée.

A l'égard de l'extérieur, les retombées de cette collaboration sont déjà importantes. Au-travers des consultations avancées, c'est la possibilité pour l'hôpital local de s'ancrer au niveau local et de s'ouvrir à des activités nouvelles. Via l'intervention de spécialistes, l'hôpital local s'impose comme un lieu technique, plate-forme sanitaire de proximité et de première intention avec des moyens spécifiques et spécialisés. La diversification de ses activités inclut également, aujourd'hui, une diversification et un rajeunissement des populations qu'il accueille, ce qui participe au changement global de la structure.

L'inscription dans les différents réseaux locaux et départementaux relève du même ordre d'idée et d'une logique d'échanges, de part et d'autres. Si elle permet à l'hôpital local de disposer de compétences internes spécialisées, en l'occurrence de professionnels mis à disposition par le centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon dans les domaines de la qualité, des vigilances et de l'hygiène, elle donne à ce dernier la possibilité de pouvoir recruter de nouveaux professionnels sur des postes partagés, ce qui est intéressant pour son développement propre.

Dans le monde institutionnel, la logique est donc celle de l'échange et de la négociation. L'ensemble se fait sur un mode consensuel, ceci d'autant plus que le «savoir rare et

pertinent » est globalement partagé et que, lorsqu'il ne l'est pas, l'intérêt est dans son partage et la mutualisation des compétences sur le territoire. Dans ce cadre et alors qu'un certain déséquilibre aurait pu exister entre l'hôpital local et les autres structures, celui-ci a su se donner les moyens d'être un interlocuteur à part entière. La seule limite fixée par ses partenaires institutionnels est celle de « garder sa juste place », pour reprendre des propos entendus lors de mes entretiens. En d'autres termes, il peut faire tout ce qu'il est en capacité de faire, selon ses moyens et ses statuts, et doit passer le relais lorsqu'il ne peut plus. Ceci rejoint la réflexion générale du monde sanitaire, selon laquelle le système de santé doit être organisé sur la base des principes de subsidiarité et de complémentarité. « Faire appel au bon niveau de soin et rester en proximité autant que faire ce peut mais en toute sécurité », pour reprendre les propos d'un des acteurs de santé interrogés.

Je conclurai cette analyse avec leur conception globale du positionnement de l'hôpital local et des articulations à créer entre eux.

Au-delà des doutes qui persistent sur quelques activités et dont certains ne sont parfois pas dénués d'intérêts stratégiques propres de la part des acteurs – rééducation, court séjour et équipe mobile gériatriques, permanence des soins et problématique de la maison médicale et de l'accueil inopiné – le rôle sanitaire de proximité de l'hôpital local est reconnu comme essentiel. Ceci, d'autant plus que les structures sanitaires reconnaissent aujourd'hui ne plus pouvoir tout faire. Pour résumer, il doit se situer dans une logique de graduation des soins, entre la prise en charge en centre hospitalier lorsqu'il y a besoin d'un plateau technique « lourd » et en soutien du domicile.

Plus que les activités sanitaires de proximité - la médecine polyvalente, les alternatives à l'hospitalisation, les consultations avancées, l'accueil temporaire - c'est finalement un positionnement spécifique de l'hôpital local que les acteurs sanitaires attendent. Plateforme de compétences de proximité, on souhaite qu'il développe sa capacité à fédérer ces derniers. Compte tenu de ses relations privilégiées avec le monde libéral, il est attendu de lui qu'il crée du collectif sur le plan local et qu'il soit, ce faisant, un pôle de stabilité sur son territoire. Via le rayonnement de la structure sur son territoire, l'hôpital local devient promoteur des politiques de santé locales, sanitaires, sociales et médico-sociales.

Après analyse, il n'en demeure pas moins que ce positionnement est largement conditionné par l'attitude dynamique de l'hôpital local. Pour être reconnu par ses partenaires comme un pair, c'est à lui de prendre l'initiative, de créer son propre réseau de relations et de l'actionner lorsque nécessaire.

## E) Les élus locaux.

Leur conception de l'hôpital local est avant tout politique et c'est en cela qu'ils sont un « allié » intéressant pour lui. Ils sont, en effet, un vecteur important de promotion de la structure et de défense de ses projets auprès des instances politiques territoriales et des autorités de tarification.

Même si l'élu local possède une dimension évidente d'analyse globale – politique et historique – l'hôpital local doit savoir lui démontrer son utilité et les atouts qu'il peut mettre à la disposition de son territoire. A lui de « créer l'événement » et de solliciter la vision prospective de l'élu local. On mesure ici le double niveau de compréhension du système : si une partie du développement échappe à l'hôpital local, il peut tout de même participer à la maîtrise du « système » et des « règles » en se montrant force de propositions et en convaincant l'élu de la dynamique qu'il met en œuvre. Et l'élu est d'autant plus important qu'il est aussi un relais dans la population, en faisant remonter les informations à l'hôpital local mais également en promouvant celui-ci parmi la population.

Je ne m'étendrai pas sur les activités pour lesquelles les élus locaux considèrent l'hôpital local comme légitime. Elles correspondent à toute une « palette » de services de proximité que l'hôpital local devrait être à même d'offrir : médecine polyvalente, soins de suite, soins de longue durée, soins palliatifs, consultations avancées, imagerie médicale, accueil temporaire etc...

Une remarque doit être faite ici : l'importance accordée par l'élu local à la dimension hôtellerie et à la qualité sociale et médico-sociale de l'accueil et de la prise en charge en hôpital local. La dimension du confort de proximité, de la qualité de vie au niveau local est prégnante chez l'élu local. Et si cette dimension est reconnue à l'hôpital local, cela a un impact non négligeable sur l'image plus générale du territoire sur lequel il est implanté. C'est là que réside tout l'enjeu de l'hôpital local pour l'élu local et, de ce fait, sa dimension première.

L'hôpital local est, en premier lieu, un acteur essentiel sur le territoire de l'élu local en lui permettant de fournir des prestations médicales et sociales à la population du bassin de vie et ce, en continuité du domicile. En ce sens, l'hôpital local doit s'adresser à l'ensemble de la population, quel que soit son âge et avec pour seules limites ses statuts. Encore que ceux-ci ne soient pas toujours très bien connus de l'élu et que celui-ci confonde souvent hôpital local et centre hospitalier de proximité. Ici, c'est l'idée de l'accessibilité au soin et de l'égalité de tous au regard de l'accès aux services publics qui est en jeu et l'hôpital local y participe.

L'hôpital local représente, par ailleurs, un poids socio-économique important. Dans une zone où la désertification se fait sentir progressivement, l'hôpital local a un rôle fort dans l'économie sociale. Employeur - souvent l'un des plus importants - de salariés ayant un pouvoir d'achat assez élevé au regard d'une population essentiellement rurale, il permet un développement de nouveaux services, notamment dans le secteur tertiaire. « Tête de pont » des entreprises locales, pour reprendre les propos d'un élu local, l'hôpital local peut, de surcroît, être attractif pour de nouvelles entreprises.

L'élu local voit aussi en l'hôpital local un outil de développement du territoire. Pour résumer l'idée, son attractivité et son dynamisme rendent l'ensemble du bassin de vie local attractif et dynamique. C'est peut-être la dimension la plus importante de l'hôpital local pour l'élu et qui rejoint la notion d'aménagement du territoire.

L'hôpital local est perçu comme structurant pour son territoire, il régule et crée de la cohérence. Il est un pôle de stabilité, pour les usagers comme pour les professionnels, en quelque sorte garant du bon fonctionnement et du dynamisme de l'ensemble. Dans l'analyse faite par les élus, la présence de l'hôpital local a permis non seulement de garder en local des activités qui seraient parties ailleurs mais également, via un effet volume et une dynamique, de promouvoir des projets qui ne se seraient certainement pas développés autrement. L'hôpital est un « phare pour son territoire », pour reprendre des propos entendus.

L'hôpital local est également considéré comme une infrastructure support pour développer de nouvelles activités. Le CLIC ou le portage de repas organisé par l'hôpital local en sont des exemples. La prise en charge par l'hôpital local est d'autant plus intéressante pour l'élu local qu'elle exonère, de fait, une commune de s'en charger. L'opération est avantageuse sur le plan financier et de l'image.

Pour conclure cette analyse, la conception de la position de l'hôpital local au regard du « savoir rare et pertinent » est intéressante à relever. Pour l'élu, le savoir médical, notamment en gériatrie et soins palliatifs, appartient sans nul doute à l'hôpital local. Pour autant, il partage ce savoir avec les médecins libéraux et ce regard n'est pas négligeable. Compte tenu de la rareté de la ressource médicale, les médecins libéraux constituent aussi un enjeu important pour l'élu. Et même si celui-ci considère que l'hôpital local peut participer à la permanence des soins au niveau local et être attractif pour de nouveaux professionnels de santé, il est souvent mitigé quant aux questions de la maison médicale ou de l'hospitalisation à domicile. Sachant que ces notions sont susceptibles de contrarier les libéraux, l'élu local est souvent prudent dans leur maniement. Ceci, d'autant plus que d'autres éléments sont en jeu pour lui. Qui dit maison médicale ou hospitalisation à domicile au départ de l'hôpital local dit regroupement des activités médicales et

paramédicales au sein de ce dernier. Derrière ce regroupement, il y a la disparition progressive du médecin de campagne drainant avec lui un pharmacien, des professionnels de santé paramédicaux, des commerces de proximité dans les villages, par conséquent une vie locale à laquelle l'élu est sensible. C'est en ce sens que, s'il est une « tête de pont », l'hôpital local doit se développer sur son territoire en complémentarité avec les autres professionnels de santé et sans empiéter sur leurs domaines d'intervention. Encore que, pour certains, « il vaut mieux une maison médicale avec des praticiens que pas de praticiens du tout ».

### **2.1.2 Entre « HESITATION » et « PASSIVITE » : des acteurs à convaincre ?**

Ils concernent essentiellement les acteurs du domicile qui, traditionnellement, n'ont pas de relations formalisées avec l'hôpital local, seulement au « cas par cas ». Au regard des stratégies de développement qui sont les siennes, notamment en tant que pôle ressource pour son territoire, les acteurs du domicile représentent un enjeu important pour l'hôpital local. Il doit aujourd'hui séduire ces acteurs « hésitants » et tâcher d'en faire des « alliés ».

Par ailleurs, la population se révèle être à l'écart des développements potentiels de l'hôpital local et demeure à convaincre.

#### **A) La population locale.**

Les conceptions de la population à l'égard de l'hôpital local sont assez distinctes de celles des autres acteurs de santé, notamment des professionnels. Cela peut s'expliquer par une communication différente faite à son égard ainsi que par l'absence de rencontres, de groupes de travail, à l'image de ceux ayant eu lieu avec les professionnels de santé et qui participent à la connaissance de l'hôpital local. On rejoint, ici, la dimension de la notoriété dans l'appréciation d'un individu ou d'une structure. La frange de la population qui n'a pas eu recours à l'hôpital local ne le connaît pas et n'a pas véritablement d'idée de ce qu'il est et peut être. Pour celle qui a eu recours aux services de l'hôpital local, l'image est globalement bonne, notamment en termes de confiance et de reconnaissance d'une certaine forme d'expertise de ses professionnels.

La mission première de l'hôpital local étant de répondre aux besoins de l'utilisateur et de lui offrir des prestations de qualité, la réputation qu'il a aujourd'hui, à cet égard, est importante. Qui dit patient satisfait ou insatisfait dit une image qui se construit et qui, par la suite, est difficile à changer. C'est en cela aussi qu'il est important pour l'hôpital local de toucher la population. En étant le bénéficiaire du système, elle participe à ce titre à la capitalisation d'une certaine notoriété pour l'hôpital local.

Aujourd'hui les représentations semblent évoluer très lentement et les activités récemment développées par l'hôpital local ne sont pas encore visibles. Pour la population, il est avant tout un établissement de convalescence et d'accueil d'une population âgée ou en fin de vie. Si cette analyse n'est pas forcément satisfaisante au regard des projets de développement de l'hôpital local et de son souhait de toucher des publics plus jeunes et de s'imposer comme un établissement de soins technique, le fait qu'il ait à ce jour une bonne réputation constitue un atout non négligeable. Avec la confiance, du temps et une bonne communication, les représentations évolueront.

Pour conclure, il est intéressant de noter que, comme pour les élus locaux, la satisfaction s'exprime autant en termes de soins – compétence, qualité, suivi en sécurité - que d'hôtellerie – locaux, accueil et hébergement. Ces aspects devront être pris en compte dans la stratégie de développement de l'hôpital local.

#### B) Les acteurs paramédicaux du domicile.

Leurs enjeux sont assez différents. Pour autant, ils sont tous caractérisés par une attitude d'attente à l'égard de l'hôpital local. A première vue, ils ne sont ni convaincus ni opposés à ses projets de développement. On peut même sentir, ça et là, des besoins qui pourraient, à terme, les faire basculer dans le camp des « alliés ».

##### *a) Les kinésithérapeutes.*

Ils n'ont que très peu de relations avec l'hôpital local, en dehors des urgences de fin de semaine. Ils travaillent, en revanche, en binôme étroit avec les médecins libéraux qui sont les prescripteurs de leurs interventions. En conséquence, ils n'ont une vision que très parcellaire de l'hôpital local et pas de réel souhait de travailler avec lui.

Détenant le « savoir rare et pertinent » en matière de rééducation, indépendants de l'hôpital, ils n'ont pas besoin de lui et ne lui reconnaissent pas de technicité spécifique en matière de rééducation. J'ai entendu ça et là parler de « trotinothérapie » pour qualifier la prise en charge en hôpital local.

Force est de constater, par ailleurs, que beaucoup ne connaissent pas réellement le service de rééducation-réadaptation de l'hôpital local. Cette méconnaissance réside, notamment, dans le fait qu'il existe une coupure importante entre le monde institutionnel et le milieu libéral. Les fonctionnements sont très différents – collectif et réglementé d'un côté, très individuel de l'autre – la culture et l'histoire également. Dans la mesure où ces deux mondes n'ont pas véritablement d'occasion de se rencontrer, les représentations sont difficiles à faire évoluer.

Pour qu'elles évoluent il faudrait que les deux parties le souhaitent et une part du problème est là. Au-delà du fait que les kinésithérapeutes n'aient pas de réelle occasion professionnelle de rencontrer l'hôpital local, ils se situent sur un champ où il pourrait potentiellement y avoir concurrence. En effet, si l'hôpital local créait des activités d'hospitalisation à domicile ou d'hospitalisation de jour, comme cela est envisagé dans son projet de rééducation, ces activités pourraient venir directement concurrencer les kinésithérapeutes libéraux. Ces enjeux de clientèle expliquent certainement des attitudes observées sur le terrain et le refus de participer à des réflexions communes avec l'hôpital local sur les évolutions de l'organisation de santé. Le fait de n'accorder une crédibilité à l'hôpital local qu'en matière de gériatrie et de convalescence et, a contrario, de lui refuser la confiance en matière de rééducation n'est-il pas une manière de « contrecarrer » certains projets de développement au domicile de l'hôpital local ?

Dans les autres domaines, les kinésithérapeutes se montrent relativement neutres. Pour autant, dans la mesure où ils fonctionnent de manière très individuelle – y compris entre eux – on peut se poser la question de leur capacité à s'organiser en collectif, pour ou contre l'hôpital local. Des collaborations éventuelles, au « cas par cas », avec quelques-uns d'entre eux sont plus plausibles. Elles pourraient porter sur les améliorations des entrées-sorties d'hospitalisation pour lesquelles des attentes ont été exprimées. Pour l'heure, c'est principalement un travail de connaissance et reconnaissance mutuelles qui est à entamer avant de penser construction de complémentarités.

#### *b) Les pharmaciens.*

Les pharmaciens représentent un enjeu très important pour l'hôpital local, souvent peu mesuré. En effet, ils évoluent dans la proximité du patient et peuvent être un relais essentiel d'information et de connaissance pour celui-ci. Pivots du domicile même s'ils ne sont pas les prescripteurs, leur alliance peut permettre à l'hôpital local de maîtriser une partie des « règles », de l' « information » et finalement du « système » domicile. Via sa relation au patient, le pharmacien n'a-t-il pas en effet la possibilité de promouvoir certaines des activités nouvelles de l'hôpital local ?

Dans le même temps, les pharmaciens ont des intérêts quant aux activités développées dans le champ du domicile. Il en va ainsi de l'hospitalisation à domicile ou de la question de l'implantation d'une maison médicale. Sans revenir sur ces notions qui ont été développées plus haut, il faut souligner le fait que l'hôpital local doit procéder avec précaution à l'égard des pharmaciens, dans le respect des complémentarités.

Vis-à-vis des pharmaciens, l'hôpital local a un certain nombre d'atouts qu'il doit valoriser pour en faire un « allié ». Il a le « savoir rare et pertinent », concurrentiellement avec les

médecins libéraux et est également un prescripteur du domicile. Ce qui peut expliquer que les pharmaciens soient intéressés par les activités qu'il peut développer – les consultations avancées, la radiologie, l'accueil inopiné trouvent par exemple un écho très favorable auprès des pharmaciens. Pour autant, il ne bénéficie pas d'une totale hégémonie en matière de prescription, les pharmaciens dépendant aussi et pour une large part du médecin libéral.

A l'égard des pharmaciens, l'hôpital local pourrait avoir une stratégie de renforcement mutuel. En effet, force est de constater un sentiment de dévalorisation dans cette catégorie de professionnels, en particulier vis-à-vis du médecin généraliste. Dès lors, en valorisant le pharmacien dans son rôle pivot sur le domicile, en travaillant avec lui, l'hôpital local ne dispose-t-il pas d'un moyen de le gagner comme « allié » ?

Pôle socio-économique important pour le territoire, l'hôpital local dispose également de cet atout à l'égard du pharmacien. Pôle de stabilité pour la population et les activités alentours, il participe au maintien de la clientèle sur le territoire du pharmacien et contribue à garder les compétences à proximité.

La stratégie de séduction de l'hôpital local vis-à-vis des pharmaciens n'est pas forcément aisée. Comme les kinésithérapeutes, ils évoluent aussi dans le monde libéral donc dans un « système » différent. Pour autant, des attentes existent – en matière de formation, de coordination au domicile, d'amélioration des entrées et sorties d'hospitalisation – et ce sont là des créneaux qui peuvent être porteurs pour des échanges futurs.

### *c) Les infirmiers libéraux et cabinets de soins infirmiers.*

Ils ont des relations régulières avec l'hôpital, notamment à l'occasion des entrées et sorties d'hospitalisation. Une attente forte existe à ce niveau là, les infirmiers souhaitant améliorer les transmissions avec l'hôpital local.

Leur attitude est assez déroutante : entre attentes fortes à l'égard de l'hôpital local et neutralité où le « chacun chez soi » prime. En outre, force est de constater que ces professionnels peuvent tout aussi facilement être favorables à l'hôpital local – certes, sans pour autant s'engager - que devenir des « opposants ». Ces revirements résident souvent dans des questions très pratiques à l'égard desquelles l'hôpital local doit être vigilant : une mauvaise ou une absence de transmission pour un patient difficile par exemple. Tour à tour « neutres », « hésitants », « opposants », ils sont potentiellement mobilisables, au moins individuellement, et c'est ce qui est intéressant pour l'hôpital local. Ce sont des « pratiques » mais pas des « passifs ».

Pour autant, ils ne feront pas le premier pas et cette tâche incombe à l'hôpital local s'il veut travailler avec eux. Fonctionnant sur un mode très individuel, défenseurs « acharnés » de leur indépendance, ils sont difficiles à structurer en collectif. Mais est-ce

véritablement ce que doit rechercher l'hôpital ? Et s'il pouvait déjà compter sur quelques-uns, sachant qu'en règle générale ils s'engagent les premiers et amènent par la suite le ou les médecins avec lesquels ils travaillent à s'engager à leur tour dans les projets ?

Un des premiers constats les concernant est qu'ils ne connaissent que très peu l'hôpital local et ce qui se fait en son sein. Ils en ont une image très parcellaire, souvent empreinte de « vieilles représentations » et constituent de ce fait un enjeu de communication.

Ce constat est d'autant plus important que de nombreuses attentes sont décelables chez eux, qui permettraient notamment à l'hôpital local de se développer sur des activités plus innovantes telles que la formation, le conseil auprès du domicile. Même s'il n'est pas le seul détenteur du savoir médical, l'hôpital local détient pour les infirmiers une partie du « savoir rare et pertinent ». Au regard des besoins sous-jacents et en dépit des difficultés à mobiliser les acteurs du domicile – problèmes de temps, d'individualisme, de surcharge de travail, de rythmes différents – il y a là des actions à engager.

Une nuance est toutefois à faire concernant la question de la gériatrie. Elle est également le « fond de commerce » des infirmiers et, en cela, l'hôpital local doit se montrer vigilant à ne pas entrer en concurrence avec eux faute de quoi ils deviendraient des « opposants ». Là encore, c'est en termes de complémentarités, d'expertise que l'hôpital local doit se positionner. On attend de lui qu'il soit une aide à la décision, un relais temporaire, toutes les prises en charge n'étant pas possibles au domicile, faute de surveillance continue et de matériels adéquats.

A l'égard des infirmiers, l'hôpital local dispose d'un atout considérable : le CLIC. Compte tenu du travail qu'il a engagé, il est un vecteur d'échanges important entre les deux mondes, de connaissance et de relais.

En outre, si la démarche est délicate envers ces acteurs du domicile, ce sont des individus de partenariat et l'accroche de l'hôpital local réside certainement là.

Professionnels de proximité, c'est également par des réponses pratiques, facilitantes et de proximité que l'hôpital local les intéressera. C'est certainement une des raisons pour lesquelles il est reconnu légitime dans un certain nombre d'activités comme la médecine – dont le développement des entrées directes est demandé - l'accueil inopiné, la maison médicale, la radiologie, les consultations avancées etc... Parallèlement, sa « fibre » médico-sociale est un atout pour lui auprès de ces professionnels.

Pour autant - et les infirmiers sont en cela très révélateurs de la défiance du monde libéral à l'égard de l'hôpital local – on note chez eux un sentiment latent de suspicion vis-à-vis de celui-ci, principalement quant à d'éventuelles tentations hégémoniques.

Enfin, il est à noter que le manque d'implication des généralistes à l'hôpital local, aggravé par les problèmes de démographie médicale à venir, jettent quelque peu le voile sur la confiance accordée à ce dernier.

### **2.1.3 Le corps médical libéral : « PASSIF », « OPPOSANT » ou combinant les deux ?**

Compte tenu de la vocation sanitaire de l'hôpital local et du fonctionnement spécifique qui est le sien, les médecins libéraux sont des professionnels qui l'intéressent au premier chef. Ils sont, par ailleurs, un pivot du système de santé puisqu'ils possèdent le pouvoir de prescription. En milieu rural, le médecin généraliste libéral est celui par qui tout passe. Dès lors, c'est l'ensemble du système - l'utilisateur, les autres professionnels de santé, l'hôpital local - qui en dépend. Cette remarque est à nuancer en ce qui concerne le fonctionnement interne des services de l'hôpital local puisque celui-ci a recruté des praticiens titulaires et contractuels sur les lits de soins de suite, soins palliatifs et soins de longue durée.

La problématique de la médecine libérale est d'autant plus cruciale qu'on est aujourd'hui dans une situation de pénurie, laquelle devrait s'aggraver dans les années à venir avec le départ à la retraite de nombreux médecins et leur non remplacement. Cette remarque est encore plus prégnante dans le contexte du territoire de La Châtaigneraie puisque l'âge des généralistes est assez élevé et que la zone n'est pas attractive pour de jeunes professionnels. Avec la rareté, la ressource médicale n'en est donc que plus convoitée.

Elle pose, d'ailleurs, la question de la pérennité de l'hôpital local et la confiance qu'on a en lui compte tenu de sa dépendance à l'égard des médecins libéraux - service de médecine, gardes, remplacements des praticiens hospitaliers et contractuels, projets portés en Commission Médicale d'Etablissement dont certains médecins généralistes sont membres. Elle renforce, de ce fait, le poids du généraliste dans la discussion.

Le milieu médical libéral est un monde difficile à cerner et c'est là une des principales difficultés pour l'hôpital local. Les généralistes libéraux sont, avant tout, des individualistes et il semble aussi difficile de les structurer en collectif que de poser des conclusions générales quant à leurs intérêts et stratégies. Quelques caractéristiques peuvent toutefois être relevées qui permettent d'envisager une stratégie appropriée à leur égard.

La première remarque tient dans la coupure historique et culturelle existant entre le monde libéral des médecins généralistes et le monde institutionnel, plus encore avec le monde hospitalier. Traditionnellement, ces deux corps se sont plus souvent ignorés, voire affrontés, que rencontrés autour d'une table. Au-delà du manque d'habitude, il n'y a pas de réelle volonté de travailler ensemble. Du moins du côté des médecins libéraux, car les

tentatives se développent depuis quelques années du côté de l'hôpital public. Ces tentatives sont d'ailleurs suspicieuses au yeux des libéraux. Que veut l'hôpital public ? Est-ce pour résoudre ses propres problèmes internes qu'il se tourne vers la médecine libérale, ceci après l'avoir rejetée durant de nombreuses années ? Cette remarque très générale influence également les pensées locales et permet certainement de comprendre une partie de la méfiance des libéraux à l'égard de l'hôpital local. Ceci est d'autant plus important que la plupart des médecins, actuellement en activité sur le territoire de La Châtaigneraie, se qualifient de l' « ancienne génération » et sont de ce fait peu enclins aux collaborations avec l'hôpital. Ils le connaissent de surcroît peu.

Le contexte spécifique à l'hôpital local de La Châtaigneraie noircit quelque peu le tableau. Il révèle une coupure historique entre les médecins généralistes et l'hôpital local, au regard de laquelle deux années de tentatives de collaboration ne sont pas suffisantes. Cette coupure s'explique essentiellement par des relations difficiles, notamment de clientèle, entre l'hôpital local et les libéraux ainsi que par la présence de praticiens titulaires en interne. Si celle-ci est un avantage pour l'établissement en lui permettant d'avoir une continuité des soins en interne et un suivi des projets, elle induit inévitablement un désinvestissement de la structure de la part des généralistes libéraux. Ceux-ci ont le sentiment d'avoir été exclus de la construction de l'hôpital local et les démarches engagées vis-à-vis d'eux aujourd'hui sont, de ce fait, suspectes. Enfin, force est de constater que le fait qu'ils soient essentiellement appelés pour des problèmes de garde de week-end alors que les praticiens titulaires ne participent pas au tour de garde, crée un contexte de mécontentement peu propice au partenariat.

D'autres éléments participent à la complexité du contexte, dont la question de la possession du « savoir rare et pertinent ». Non seulement celui-ci appartient aussi au médecin généraliste – et essentiellement compte tenu de son rôle pivot ? – mais la gériatrie et les soins palliatifs ne sont pas forcément une expertise que les généralistes reconnaissent à l'hôpital local. Au-delà d'enjeux évidents de clientèle, c'est aussi une certaine conception de la médecine qui est en question, selon laquelle le généraliste est un gériatre parce que sa clientèle est essentiellement constituée de personnes âgées. Par ailleurs, les généralistes ont du mal à investir les soins palliatifs qui les confrontent aux limites de leur « savoir » et de leur « pouvoir ». Ceci s'ajoutant au fait que le généraliste tarde souvent à passer le relais et à faire appel au spécialiste, il résulte de l'ensemble que lorsqu'il accepte de passer la main, les cas ne relèvent plus de l'hôpital local mais d'un centre plus technique.

Enfin, le manque d'implication et de conviction des généralistes à l'égard de l'hôpital local s'explique aussi par le caractère contraignant du travail en institution, compte tenu de ses

règles, son fonctionnement propre. Ils n'ont pas envie de s'engager, de changer leur mode de fonctionnement résolument différent. Peut-être craignent-ils également le changement comme tout un chacun ?

Aujourd'hui, l'organisation du Centre 15 est confortable pour eux et leur permet de ne plus avoir à prendre en charge la petite urgence. Des projets comme la maison médicale, l'accueil inopiné, l'hospitalisation à domicile sont trop impliquants et structurants pour eux, d'autant qu'ils n'ont pas le temps de s'investir. C'est probablement ce qui explique que les propositions de l'hôpital local faites en ce sens n'aboutissent pas, en dépit d'une certaine rationalité au regard des besoins du territoire. A contrario, des activités comme les consultations avancées ou la radiologie, parce qu'elles sont facilitantes, sont attractives à leur yeux. Cette remarque est importante car elle implique que l'hôpital, pour les convaincre, sache imaginer des solutions pratiques et facilitantes et fasse preuve de réactivité face à leurs demandes. La réponse doit être dans le « tout de suite », pour reprendre leurs propos.

Compte tenu de l'individualisme des praticiens libéraux, la question se pose donc de repérer ceux qui auraient plutôt tendance à « hésiter », voire seraient des « alliés » potentiels, pour s'appuyer sur eux et développer les projets. Il semble qu'il y en ait quelques uns. Compte tenu de leur poids local et de leur rôle, notamment dans le fonctionnement du service de médecine, il serait difficile pour l'hôpital local de développer une quelconque stratégie en les ignorant. Ayant une marge de manœuvre assez réduite, il doit apprivoiser le généraliste et le convaincre. Pour autant, le nombre de ces « alliés » potentiels est crucial et la synergie à développer ne peut reposer uniquement sur deux ou trois, ce qui est le cas à l'heure actuelle.

Aujourd'hui, il semble qu'il y ait un « mauvais cap » à passer pour l'hôpital local, en attendant une évolution probable avec l'arrivée de médecins plus jeunes. De nombreuses études montrent, en effet, que ces derniers ont des attentes et des modes de fonctionnement différents de leurs aînés. Plus souvent féminins, les « nouveaux » libéraux seraient plus portés sur le salariat ou des modes de temps partagés libéral/hospitalier, du temps partiel. Compte tenu de leurs études, ils seraient également moins suspicieux à l'égard de l'hôpital et, au contraire, plus enclins à travailler avec lui. En attendant, l'idée est pour l'hôpital de s'appuyer sur les « engagés » et de tâcher de convaincre les « hésitants », en encerclant en quelque sorte les « opposants » pour limiter au maximum leur potentiel contraignant. En d'autres termes, commencer à travailler des projets qui se révéleront utiles à tous à moyen et plus long terme.

Dans sa stratégie de séduction, l'hôpital local a des atouts. Il a des « alliés », professionnels comme politiques. Il dispose également de moyens – ressources humaines, équipements, finances, bonne connaissance de son territoire – d'une infrastructure, de liens entretenus dans le cadre de réseaux formalisés reconnus comme experts et travaille en pluridisciplinarité. L'ensemble de ces éléments peut être attractif pour un praticien qui souhaiterait sortir de la routine de son exercice. Il est d'ailleurs à noter que certains expriment un sentiment fort de dévalorisation de leur profession, laquelle s'occupe essentiellement de « bobologie » selon leurs propos. Dans cette perspective, l'hôpital local n'a-t-il pas une stratégie de renforcement mutuel à proposer ?

Dans ses démarches, il est également important que l'hôpital pense « intérêt du généraliste » et intègre sa logique de fonctionnement.

Enfin, et peut-être plus que pour d'autres catégories professionnelles, le praticien libéral accorde une importance forte aux relations interpersonnelles. Il fait appel à tel ou tel spécialiste, professionnel, parce qu'il le connaît et l'apprécie. Il travaille « entre confrères ». Ceci ne doit pas échapper à l'hôpital local.

## **2.2 Les éléments consensuels de la légitimité de l'hôpital local.**

Au-delà de conceptions forcément différentes selon les acteurs de santé, une certaine légitimité semble toutefois se dessiner de manière assez consensuelle.

Plus que dans les activités de l'établissement en tant que telles, elle se situe plutôt dans un positionnement spécifique de l'hôpital local sur son territoire, sorte de pôle ressource et plate-forme de compétences. Aujourd'hui, l'hôpital local a comme principal défi d'être capable de développer des solutions innovantes en réponse aux attentes de ses interlocuteurs.

### **2.2.1 Les activités pour lesquelles l'hôpital local est reconnu légitime.**

Elles s'inscrivent globalement dans le cadre fixé par la circulaire du 28 mai 2003 et, en cela, la position des principaux interlocuteurs de l'hôpital local est intéressante.

C'est principalement son rôle de pôle sanitaire de proximité et de première intention qui est reconnu. Ce rôle est d'autant plus important que l'hôpital local se situe dans un contexte d'isolement géographique et sanitaire qui le rend incontournable. A ce titre, les acteurs lui reconnaissent le droit de développer toute une « palette » de services sanitaires de proximité, en réponse aux besoins du territoire. Loin d'enfermer ses missions, on considère qu'il peut tout proposer dès lors que cela ne nécessite pas de

recours à un plateau technique « lourd ». Ses missions sont sanitaires mais la dimension sociale de sa prise en charge ne doit, pour autant, pas être oubliée.

Pour ce qui est des activités à proprement parler, ont été le plus souvent citées la médecine – laquelle devrait être polyvalente et non uniquement gériatrique – les consultations avancées et l'imagerie médicale dont le développement et une plus grande ouverture à l'extérieur sont demandées, les soins de suite, les soins palliatifs et les soins de longue durée. On notera, ici, que l'hôpital local de La Châtaigneraie a déjà anticipé ces demandes. Cela n'est toutefois pas toujours connu.

Certaines activités qui ne sont pas encore proposées à l'hôpital local soulèvent également une adhésion certaine de la plupart des acteurs de santé. Il s'agit de la création d'une équipe mobile gériatrique en soutien du domicile et des EHPAD, du développement de la prévention et de l'éducation à la santé, de l'entrée de l'hôpital dans le monde des alternatives à l'hospitalisation et à l'hébergement complets. Dans ce cadre, différentes formules sont souhaitées : hospitalisation de jour, à temps partiel, accueil de jour, temporaire. Enfin, l'hôpital local est considéré comme devant investir le champ du Handicap, pour lequel il possède déjà une expertise certaine via l'administration du CAAH.

A contrario, certaines activités ne font pas l'unanimité : la maison médicale, l'accueil inopiné, l'hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle. Pour des raisons d'enjeux de pouvoir, d'intérêts stratégiques, de cultures différentes, d'insuffisante confiance accordée à l'hôpital local ? Quelles que soient les raisons, il semble que ces activités soient, si ce n'est inenvisageables, du moins à différer dans le temps.

Pour autant, si les nouvelles activités de l'hôpital local semblent intéressantes aux yeux des acteurs de santé, elles demeurent secondaires au regard de la gériatrie qu'ils considèrent comme l'activité première, le « fond de commerce » de l'hôpital local. L'intérêt de la proximité qu'il offre est par ailleurs perçu davantage pour la population que pour les professionnels et, de fait, pour une population âgée ou en fin de vie. Cette remarque permet de mesurer le chemin restant à parcourir pour l'hôpital local. Il doit encore convaincre et séduire ses interlocuteurs en montrant l'intérêt des solutions innovantes qu'il entend proposer.

## **2.2.2 Demain, quel rôle pour l'hôpital local sur son territoire ?**

Au-delà des activités, c'est ici que réside le potentiel de développement de l'hôpital local. L'hôpital local est en premier lieu perçu comme un lieu de continuité de prise en charge

du patient, en cohérence avec le domicile et en complémentarité avec les centres hospitaliers plus importants. A l'interface entre le milieu libéral et institutionnel, à l'articulation du monde sanitaire et du domaine social et médico-social, il est perçu comme le garant et le vecteur d'une prise en charge de qualité pour le patient. Plateforme sanitaire de première intention et dans une époque de raréfaction de la ressource médicale, il est considéré comme un garant de la permanence des soins au niveau local, que cela concerne la couverture médicale ou paramédicale. Il participe au maintien des activités de proximité, tout comme à une meilleure régulation du système de santé - flux de population, rationalisation et efficience de l'accès à l'offre de soins etc...

Lieu des complémentarités locales, les acteurs considèrent que l'hôpital local est le seul à même d'impulser des partenariats sur son territoire. Il en a le souhait, les moyens et la réflexion. De surcroît, acteur de proximité, il connaît bien son territoire et les besoins qui sont les siens. Facilitateur d'échanges, on lui reconnaît une capacité à fédérer, à structurer le collectif et organiser l'offre de son territoire. Tout en attendant de lui qu'il reste humble et joue la carte des complémentarités, c'est une capacité à rayonner sur son territoire qui lui est reconnue.

Ce rôle moteur de l'hôpital local dans la structuration de son territoire est également perçu dans la réflexion sur la constitution d'une offre de santé de territoire. On repense ici au « projet médical de territoire » du SROS. Les acteurs de santé vont plus loin puisqu'ils voient l'hôpital local comme un promoteur essentiel dans la construction des politiques de santé locales, incluant par là le champ du sanitaire mais également celui du social et du médico-social. De par sa vision globale, sa connaissance du terrain comme des évolutions juridiques et politiques générales, l'hôpital local est considéré comme fondé à impulser la réflexion. Il est l'élément pivot mettant en lien les acteurs de santé de son territoire et permettant au patient d'avoir accès aux mêmes services où qu'il soit.

Enfin, les acteurs de santé attendent de l'hôpital local qu'il soit un « pôle ressource » pour son territoire. Derrière ces termes, les demandes vont du pôle d'appui logistique et transversal à l'apport de l'expertise de ses professionnels, médicale comme paramédicale. « Référence » pour les acteurs, notamment en gériatrie et soins palliatifs, de nombreuses attentes existent en matière de formation continue et de conseil. L'hôpital local est perçu comme un relais dans les prises en charge difficiles, un pôle d'information face à l'évolution réglementaire et l'exigence croissante des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Pleinement inscrit dans les complémentarités locales, il est sollicité lorsque les acteurs ne savent pas, ne savent plus ou tout simplement ne peuvent pas, de manière temporaire ou permanente. Pour reprendre la logique de la graduation de l'offre, il est au domicile ce que les pôles sanitaires disposant de spécialistes et d'un plateau

technique « lourd » sont pour lui. Il s'inscrit dans une dynamique de relais à tous les niveaux, selon les principes de subsidiarité et de complémentarité.

Enfin, il est considéré comme un support structurant pour son territoire, vecteur de développement de services et de projets nouveaux.

Je conclurai sur l'importance des dimensions évoquées ci-dessus pour l'hôpital local et les changements stratégiques qu'elles dessinent pour lui.

Sous cet éclairage, il semble bien que l'avenir de l'hôpital local ne soit plus dans l'accroissement de sa structure, en termes de nombre de lits notamment. Il est bien plus dans l'« influence » qu'il peut développer sur son territoire, dans la diversification de ses activités et dans l'innovation au regard de l'évolution des besoins, des usagers comme des professionnels. Et l'innovation passe ici plus par des liens que des nouveaux services.

### **2.3 Les leviers d'action potentiels dans la stratégie de l'hôpital local.**

Pour conclure l'analyse et en guise de bilan préalable à la proposition d'actions, je présenterai ici un diagnostic interne et externe de l'hôpital local.

#### **2.3.1 Premiers éléments d'analyse : la grille de FAYOL et le Processus de Gestion Stratégique.**

En préliminaire, je renvoie le lecteur aux grilles à proprement parler, qui sont présentées dans les annexes n°5 et 6 du présent travail.

Au vu de ce qui a été observé sur le terrain, je ne m'étendrai pas, outre mesure, sur la grille de FAYOL qui semble moins intéressante à commenter ici. Ce constat s'est imposé notamment du fait de la bonne cohésion interne du personnel, de sa dynamique et du mode participatif du management qui paraissent garants des développements à venir. Pour résumer, je dirai que, au regard des éléments qui la constituent – le personnel et son mode de fonctionnement, le mode de direction et de management, l'organisation interne – ceux-ci sont plutôt des atouts pour l'établissement que des contraintes. En conséquence, il s'agit ici pour le directeur d'agir sur ces éléments comme leviers des développements à venir. J'y reviendrai dans le cadre de la grille de HARVARD.

Concernant le Processus de Gestion Stratégique, celui-ci a déjà été proposé pour partie lors de la présentation du contexte général de l'hôpital local de La Châtaigneraie,

notamment quant à la « Segmentation stratégique », les « missions et buts », les « vecteurs de croissance ».

Pour affiner les « vecteurs de croissance » et évoquer le « plan de gestion de portefeuille », je ferai ici quelques remarques. Au regard des attentes des usagers comme de l'ensemble des acteurs du système de santé, deux logiques se cumulent : d'une part celle d'améliorer les services existants et de les rendre encore plus performants – la reconnaissance de l'expertise de l'hôpital local en dépend – d'autre part de se porter sur de nouveaux créneaux. Ceux-ci ont été évoqués précédemment et je n'y reviendrai pas.

C'est plus au « plan de gestion de portefeuille » qu'il est intéressant de s'attacher. Il permet, via le diagnostic qui en est fait, de déterminer les actions à engager. Il fait principalement référence aux ressources humaines de l'hôpital local – professionnels, compétences, dynamisme et réactivité etc... - ainsi qu'à la politique de communication interne et externe, dans la mesure où elle participe à la diffusion du changement tout comme à la notoriété de l'établissement, la reconnaissance de son expertise et de ce fait la confiance qui lui est accordée. Au regard du rôle de l'hôpital local dans les complémentarités locales, les liens développés sont aussi un levier d'action essentiel. Ils s'analysent en termes de lieux, de temps et de thèmes de rencontres, d'interfaces créées mais aussi du point de vue de la formalisation et de la régularité de ces coopérations. En filigrane de l'ensemble, le mode de management des hommes et des activités est une des conditions de réussite des projets de développement de l'hôpital local.

Je n'irai pas ici plus loin, dans la mesure où ces différents leviers potentiels feront l'objet de propositions d'actions dans le cadre de la troisième partie de la réflexion.

### **2.3.2 Le diagnostic de l'hôpital local suivant la grille de HARVARD.**

Concernant la grille de HARVARD en tant que telle, je renvoie également le lecteur à l'Annexe n°7 dans laquelle elle est présentée. Je m'attacherai plus ici à commenter les éléments qui en ressortent comme essentiels, tant au niveau des points forts de l'établissement dont il doit accroître plus encore la performance, que des points faibles qu'il doit améliorer et pour lesquels une stratégie de pilotage doit être envisagée.

Dans sa stratégie de développement, l'hôpital local dispose d'un certain nombre d'atouts qui sont les leviers premiers de la réussite de son entreprise.

Au titre de ses atouts, je relèverai ceux qui me paraissent essentiels : des professionnels compétents, motivés et dynamiques, gages de la capacité de réaction de l'établissement, une expertise dans un certain nombre de domaines – gériatrie, soins palliatifs,

réadaptation, démarche qualité – et une ouverture aux professionnels et aux services extérieurs à l'établissement. Cette ouverture lui a permis de tisser de nombreux liens, dont certains lui permettent aujourd'hui de disposer de compétences nouvelles et spécialisées, lesquelles seront également porteuses pour les développements à venir. Elle lui permet aussi d'être en phase avec son environnement, de le connaître et d'anticiper ses évolutions. Elle est un des éléments du « management stratégique » de l'établissement, sur lequel je reviendrai ultérieurement.

La qualité de la prise en charge dans l'établissement est également un de ses points forts, même si certains éléments restent à améliorer. La philosophie du soin apporté à la personne autant que l'attention portée à sa performance font la réputation de l'établissement. L'hôpital local est aujourd'hui entré dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et celle-ci participe à la reconnaissance de son expertise et à sa réputation. De surcroît, l'administration du CAAH est un atout pour l'établissement en lui permettant d'avoir un ancrage dans le domaine social et médico-social.

La situation financière de l'hôpital local est un atout considérable pour lui puisqu'elle lui permet de disposer de moyens matériels et humains de qualité et d'envisager des développements d'activités, un projet architectural qui auraient été difficiles autrement. Elle permet, par ailleurs, à l'hôpital local de pouvoir assumer des activités qui connaissent aujourd'hui une incertitude financière forte. Je pense notamment à l'imagerie médicale ainsi qu'à certaines consultations externes – consultation de gériatrie, de diététique - ou interventions de professionnels hospitaliers à l'extérieur, pour lesquels il n'y a actuellement pas de financement spécifique par l'Assurance Maladie. En l'absence d'enveloppes expérimentales, l'hôpital local doit assumer ces activités sur sa dotation globale et fonctionne, pour l'instant, « à perte ».

La bonne santé financière de l'établissement renvoie à un autre de ses atouts : ses relations avec la tutelle régionale hospitalière. L'hôpital local a fortement bénéficié de la confiance du Directeur de l'ARH des Pays de la Loire (DARH), laquelle s'est notamment traduite dans l'octroi de moyens financiers importants et l'accord pour développer des activités innovantes au regard de ce qui se faisait traditionnellement en hôpital local. Ces éléments ont été concrétisés par la signature d'un COM en novembre 2002, lequel portait notamment sur la création du service de médecine, le développement des consultations avancées dans le cadre de la filière sud Vendée, la promotion du CLIC Est-Vendée ou encore le renforcement des soins palliatifs. Aujourd'hui, avec le changement récent du DARH, les relations sont à reconstruire et sont de ce fait sources d'interrogations.

Avec l'ARH, les différents « alliés » de l'hôpital local qui ont été présentés plus haut, participent à son potentiel de ressources, notamment dans la négociation et pour remporter l'adhésion des autres acteurs de son territoire.

Je ne reviendrai pas sur l'atout que constitue la situation géographique de l'hôpital local, lequel a déjà été soulevé plusieurs fois.

Enfin, le mode de management participatif et stratégique qui rythme la vie de l'institution est également un point fort. Il lui a permis de se situer, depuis quelques années déjà, dans la dynamique d'une structure sanitaire de proximité, pôle ressource pour ses interlocuteurs extérieurs et d'anticiper, de ce fait, les évolutions réglementaires.

Fort de l'ensemble de ces atouts, l'hôpital local semble prêt pour les opportunités qui lui sont désormais offertes. A lui de les maintenir et de les pousser plus encore en avant. Pour autant, le diagnostic révèle aussi des points faibles de l'établissement, que celui-ci doit piloter et dont il doit essayer de diminuer la contrainte qu'ils engendrent sur sa stratégie de développement.

L'une des contraintes majeures de l'hôpital local est liée à la population qu'il accueille et les représentations existant autour de sa prise en charge. Si le public est ici analysé comme une contrainte pour l'hôpital local, c'est non pas parce que la prise en charge des personnes âgées n'est pas intéressante, noble, ou valorisante mais c'est plus au regard des images qu'elle véhicule et qui contrastent avec les souhaits de développement de l'hôpital local. S'il n'est pas dans l'idée de celui-ci de nier cette activité – il tente au contraire de la promouvoir et de montrer sa technicité et l'utilité qui est la sienne – elle est en contradiction avec les images qu'il cherche aujourd'hui à véhiculer et qui sont celles de l'accueil de populations plus jeunes, de la rééducation, des petites urgences et d'une médecine polyvalente ouverte à tous. Pour préciser mes propos, alors que l'hôpital local cherche à véhiculer une image de technicité et à se positionner sur des créneaux innovants et porteurs, il est confronté aux « vieilles représentations » qui sont les siennes. Ces images associées à la gériatrie, la personne âgée, la maladie, la démence, la fin de vie, la médecine générale freinent pour partie son développement dans la mesure où la population, comme les professionnels, ont du mal à l'imaginer dans un rôle où il serait plutôt un lieu de passage et de reconstruction technique.

S'il est difficile de mesurer le poids contraignant de l'image et des représentations sur les projets actuels de l'hôpital local, il semble inévitable qu'elles influencent la conception qu'ont les interlocuteurs de l'établissement, donc ses projets de développement.

C'est certainement la raison pour laquelle la stratégie de communication, interne comme externe, de l'hôpital local est délicate et peut actuellement apparaître comme une activité à améliorer. Entre continuité et rupture, l'image et la communication de l'hôpital local donnent le sentiment de se chercher. Ce, d'autant plus que la connaissance de l'hôpital local par ses interlocuteurs est assez faible.

Concernant la prise en charge du public accueilli à l'hôpital local, des aspects sont également à améliorer. Il s'agit essentiellement de la qualité des prestations hôtelières – hébergement, locaux, restauration – et de l'accompagnement en service de soins de longue durée, du point de vue de la vie sociale. Des réflexions ont aujourd'hui cours en ce sens dans la structure, notamment via un plan architectural dont les travaux devraient débuter fin 2004. Aujourd'hui, l'activité de rééducation est également interpellée au regard des projets de développement de l'établissement, lesquels lui demandent plus de performance, de technicité et de diversification.

Enfin, le fonctionnement médical de l'hôpital local est peut-être son point faible le plus important et le révélateur des difficultés à travailler avec la médecine libérale.

En cela, les difficultés que connaît le service de médecine sont l'exemple le plus parlant. Aujourd'hui, le service connaît des taux d'activités assez faibles, de l'ordre de 37%, expliqués principalement par le manque d'investissement des généralistes libéraux. Certes, ces propos méritent d'être nuancés à deux égards : d'une part le service est jeune – il a connu sa véritable première année d'activité - d'autre part avec une durée moyenne de séjour de 7,16 jours, il se montre performant au regard des autres hôpitaux locaux et en adéquation avec la logique court séjour de ce type de service. Des calculs montrent que, si la durée moyenne de séjour était de 16 à 19 jours comme elle l'est classiquement dans les hôpitaux locaux, le taux moyen d'occupation du service serait de l'ordre de 85%. Le manque de performance du service de médecine de l'hôpital local résulte bien, en conséquence, d'un faible taux d'entrées de patients.

Le défaut d'investissement des médecins généralistes est motivé de différentes manières par ces derniers : manque de temps, rémunération peu attractive pour le praticien, complexité du fonctionnement de l'hôpital local et manque de connaissance de ses règles institutionnelles et collectives etc... Autant d'explications qui, si elles cachent plus un manque réel de volonté de s'impliquer, n'en doivent pas moins être traitées par l'hôpital local. Je ne reviendrai pas sur le poids de l'histoire locale qui peut également expliquer en partie la faible activité du service de médecine, dont je rappelle qu'il ne peut fonctionner actuellement que via les médecins généralistes. Enfin, force est de constater que de nombreux généralistes n'ont pas envie de s'investir plus avant dans certaines prises en charge délicates. Là où d'autres accepteraient de s'occuper de cas complexes avec l'aide

d'une équipe pluridisciplinaire, de nombreux généralistes de l' « ancienne génération » avouent préférer passer la main au centre hospitalier le plus proche où ils ne sont pas obligés de continuer à suivre leur patient.

L'analyse faite au niveau du service des urgences des centres hospitaliers adressant des patients à l'hôpital local est également à relever. Elle met en évidence la difficulté à avoir un interlocuteur médical au titre du service de médecine de l'hôpital local. Faute d'interlocuteur et de contact rapide avec le praticien prenant en charge le patient, ce dernier est adressé ailleurs.

Concernant la couverture et l'organisation médicales internes, quelques faiblesses sont également à relever. Or, le fonctionnement médical interne est essentiel dans la bonne réputation et l'image de l'établissement. Au-delà de l'amélioration du fonctionnement médical interne, eu égard aux exigences de performance que l'établissement s'est fixées, je mettrai ici l'accent sur la difficulté d'assurer une permanence des soins en toute qualité, notamment compte tenu du temps médical requis. Aujourd'hui non couvert par les seuls praticiens internes, il nécessite de faire appel à des praticiens remplaçants, lesquels sont difficiles à trouver et ne sont pas toujours à la hauteur des performances exigées. La dépendance de l'institution à l'égard des médecins généralistes en est également renforcée, avec les difficultés évoquées précédemment.

Pour conclure sur les contraintes auxquelles l'hôpital local doit faire face, je renvoie le lecteur à la difficulté plus générale de travailler avec les acteurs libéraux du domicile, compte tenu des différences existant entre ces deux mondes.

### **2.3.3 L'hôpital local à l'épreuve de la grille du BOSTON CONSULTING GROUP.**

Comme pour les autres grilles, je renvoie le lecteur à l'annexe n°8 dans laquelle je présente un schéma inspiré de l'analyse du BCG. Au regard des éléments mis en évidence dans ce schéma, je ferai les remarques suivantes.

Si les activités dites « traditionnelles » de l'hôpital local – à savoir les services de soins de suite, de soins de longue durée et les soins palliatifs – constituent bien des « vaches à lait » pour lui, force est de constater que les soins de longue durée et plus généralement la prise en charge des personnes âgées sont un « poids mort » pour lui, principalement du point de vue de l'image. Je renvoie ici le lecteur aux analyses faites dans le cadre de la grille de HARVARD. L'ensemble de ces activités est par ailleurs à améliorer, notamment pour répondre aux exigences de performance que l'institution s'est fixées.

Concernant les activités « stars », l'idée est désormais de les pérenniser. Compte tenu de leur développement, il semble en effet évident qu'elles correspondent à un besoin sur le terrain. Il est d'ailleurs intéressant de noter que certaines d'entre elles – notamment le CLIC et les consultations avancées – étaient des activités « dilemmes » il y a peu de temps. Ces activités « stars » sont d'autant plus intéressantes qu'elles sont porteuses de la nouvelle légitimité de l'hôpital local. Elles lui permettent de se positionner comme une plate-forme sanitaire de première intention – consultations avancées - et d'avoir un rôle clé dans les complémentarités locales – CLIC, réseaux.

Pour autant, certains des « produits stars » posent encore question. Il en va ainsi de l'imagerie médicale et de certaines consultations avancées, lesquelles connaissent actuellement des incertitudes liées à leur financement. Elles ont été évoquées précédemment. Enfin, la pérennisation du CLIC comme des réseaux, si elle semble évidente, ne va pas de soi et implique que l'hôpital local s'en donne les moyens.

Enfin, les activités « dilemmes » sont un enjeu fort pour l'hôpital.

A cet égard, la médecine constitue un des points les plus cruciaux. Elle est dans le même temps un levier majeur de la nouvelle légitimité de l'hôpital local. Si elle n'est plus le point d'ancrage des consultations avancées qui se développent désormais indépendamment d'elle, elle draine derrière elle la notion de plate-forme sanitaire de proximité et des complémentarités fortes comme celles en construction avec les EHPAD ou en continuité des prises en charge du domicile. Si la vie de service ne peut se passer des médecins libéraux, il pose toutefois la question des solutions à créer pour faciliter son fonctionnement et améliorer les relations avec les professionnels évoluant en amont.

On a évoqué précédemment les difficultés liées aux nouvelles activités que sont la maison médicale, l'accueil inopiné, l'hospitalisation à domicile et le projet de rééducation. Si l'on se réfère aux analyses présentées plus haut, ces activités demandent à l'hôpital local d'inventer des solutions pour séduire ses interlocuteurs.

### **3 ASSEoir L'HÔPITAL LOCAL DANS SA NOUVELLE LEGITIMITE.**

Au regard des opportunités aujourd'hui offertes à l'hôpital local ainsi qu'au contexte spécifique de La Châtaigneraie, il convient à présent de s'intéresser aux solutions à mettre en œuvre pour construire et asseoir cette nouvelle légitimité.

Ces solutions relèvent de deux niveaux : un premier relevant directement du management stratégique de son responsable, un deuxième échappant au pouvoir du directeur et ressortant de décisions politiques nationales dont l'influence sur le contexte local sera

démontrée. Enfin, tout manager ne peut prendre de décisions sans envisager les modalités d'évaluation de ses choix, exposées ici-après.

### **3.1 Construire la stratégie de développement de l'hôpital local.**

La management des stratégies de développement de l'hôpital local requiert une double entrée : une démarche spécifique au service de la construction de la légitimité de l'établissement et des outils, supports de mise en œuvre de cette démarche.

#### **3.1.1 Le management stratégique comme démarche accompagnante.**

Le choix du management stratégique me semble le plus adéquat au regard du contexte dans lequel se situe aujourd'hui l'hôpital local. Je reprendrai ici les notions clés, telles que proposées dans l'ouvrage de D.GENELOT «Manager dans la complexité », dont les références figurent en bibliographie.

Dans un monde de la santé soumis à de multiples incertitudes, le management stratégique a l'avantage de prendre en compte toutes les dimensions internes et externes de l'institution, tout en mettant l'accent sur l'importance des valeurs et du sens de l'action. Dans la « zone d'incertitude » qui caractérise le développement de l'hôpital local, la vision stratégique permet de « mettre de l'ordre, du sens et de construire une action cohérente et efficace ». On l'appelle la « conscience stratégique ».

C'est en ce sens que l'on peut comprendre les démarches de l'hôpital local lorsqu'il développe un discours et des projets de centre de proximité de première intention pouvant apparaître en décalage avec sa réalité. Dans une offre de santé en pleine réorganisation, il propose une visée qui redonne de la cohérence à l'ensemble et structure un territoire. C'est aussi en ce sens qu'il se positionne comme un pôle ressource, créateur de liens entre l'ensemble des acteurs de santé, quelles que soient leurs logiques propres.

Un autre apport de la démarche stratégique est d'intégrer l'incertitude comme une des données de la réflexion et d'obliger l'institution à être en permanence à l'écoute du système et à s'adapter à ses évolutions. « L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare », pour reprendre les propos du philosophe Maurice BLONDEL cité dans l'ouvrage de D. GENELOT. Cette remarque m'amène à évoquer les concepts de « réactivité stratégique » et de « pilotage stratégique » qui ont été le fil conducteur de ce travail. Ils expriment l'idée que l'institution doit être préparée à réagir rapidement aux évolutions, à se saisir des opportunités qui lui sont offertes pour pouvoir vivre et se développer. Ceci suppose la

capacité de sentir l'environnement, de le comprendre et de disposer des moyens pour y répondre.

Je ne développerai pas outre mesure cette idée puisque de nombreux outils, proposés par la suite, reposent sur elle. Je dirai seulement que la démarche de l'institution consiste à donner les outils - philosophiques et techniques - à ses professionnels pour être prêts à porter son développement. Plus qu'une technicité, c'est un état d'esprit qu'elle impulse.

L'attitude de l'institution, au travers du management stratégique, est éminemment dynamique. Favorisant les comportements d'anticipation et de prise d'initiatives, elle permet à l'établissement de pouvoir structurer le terrain et la réflexion au sein de son environnement. Alliant volontarisme et opportunisme, la démarche est constructive. Ainsi, si le sens de la démarche est donné, il laisse une part à l'autonomie et à l'implication de tous. L'implication est, ici, interne comme externe.

Au sein de l'hôpital local, la démarche s'appuie sur la dynamique du management participatif et du dialogue interne, et la communication joue là un grand rôle.

Dans ses relations extérieures, l'établissement doit prendre en compte tant les imprévus, les incertitudes, que les jeux et attentes de ses interlocuteurs. C'est cette prise en compte qui doit pousser l'hôpital local à aller au-devant de ses interlocuteurs. A lui de créer les conditions du dialogue et de permettre à l'ensemble des acteurs de santé de son territoire de participer à l'élaboration du projet de territoire. C'est en requérant leur participation que l'hôpital local aura une chance de les motiver et de les faire adhérer aux projets proposés. C'est également en adaptant son langage et sa démarche à ses différents interlocuteurs - pratique ou davantage conceptuelle, fonction de leur culture et de leurs modalités de fonctionnement, de leurs attentes, de leur positionnement socio-dynamique etc...- qu'il parviendra à les « toucher ». Ici, le management stratégique rejoint le concept de « management situationnel », selon lequel tout manager et animateur de groupes doit adapter son attitude et son discours à la situation et aux personnes qu'il côtoie.

Dans ce type de démarche, la motivation des acteurs est au cœur des problématiques. Elle demande du temps, inhérent au changement et à l'évolution des représentations et des logiques de fonctionnement propres à chacun. Elle requiert également que l'établissement travaille d'abord sur l'intérêt de chacun, la satisfaction que le changement pourra leur apporter, quelle que soit sa dimension. Ce n'est qu'ensuite que la construction d'intérêts communs pourra se faire et une démarche collective naître. Enfin, elle implique que ses partenaires le reconnaissent et lui fassent confiance.

Je conclurai sur la démarche en précisant la notion de « changement » dans le management stratégique. Il est synonyme d'évolution permanente et réside, pour

l'institution, dans l'art de « combiner invention et stabilité ». D.GENELOT évoque le concept de « breakthrough » - percée – pour piloter le changement dans les organisations actuelles. Il fait écho, en cela, aux propos de P.ROCHE, expert reconnu du pilotage du changement par la rupture et qu'il cite dans son ouvrage. Pour ce dernier, « c'est le futur qui doit piloter le présent. Le passé ne doit pas piloter le présent, il doit juste l'éclairer ».

Dans sa dynamique de développement, l'hôpital local est en effet confronté à cette option de la « percée ». Pris entre une réalité essentiellement gériatrique, des images « enfermantes » et un avenir souhaité autour du soin, de la rééducation et d'un positionnement pivot sur son territoire, il lui appartient de développer un discours cohérent qui allie rupture et continuité. A lui de se montrer crédible, en interne comme en externe, et de séduire ses interlocuteurs avec les perspectives qu'il leur propose.

A lui, encore, de déceler leurs attentes et de leur proposer des solutions innovantes. La recherche de complémentarités locales et d'une cohérence de territoire peuvent en faire partie. En rupture avec l'organisation traditionnelle du système de santé, elles consistent en effet à créer du lien et des interfaces entre le sanitaire, le social et le médico-social, le libéral et l'institutionnel. L'innovation permettrait ici, de surcroît, de répondre à des besoins sous-jacents depuis de nombreuses années déjà.

### **3.1.2 Les outils à explorer initialement pour faciliter le développement de l'hôpital local.**

En support de la démarche stratégique, des outils de développement de l'hôpital local sont à construire. Une analyse de leurs impacts, notamment financiers, organisationnels, en termes de ressources humaines, est proposée en Annexe n°9 du présent travail.

Ces outils sont proposés par thèmes. Ils s'articulent autour de trois axes principaux : l'amélioration de la performance et la diversification des compétences internes dans la perspective de la confirmation de l'expertise de l'hôpital local comme établissement pivot, l'ouverture de l'hôpital local à ses interlocuteurs extérieurs comme nœud et centre ressource des complémentarités locales, enfin la politique de communication comme support de l'ensemble des démarches de l'établissement.

A) Renforcer et diversifier les performances de l'hôpital local.

Différentes pistes de réflexion sont à explorer, que je présenterai ci-après.

*a) Le renforcement des compétences internes.*

Du point de vue de la reconnaissance de son expertise, l'hôpital local doit s'attacher à développer plus encore ses compétences et à les diversifier, selon les besoins exprimés

sur le terrain. En la matière, deux supports existent : celui du travail en réseau et le développement interne via la formation et les recrutements.

Un premier axe consiste à s'inscrire plus avant dans les réseaux spécialisés et les filières de santé existants, de manière à lui permettre de pouvoir disposer de compétences spécifiques qu'il pourra mettre à la disposition de son territoire. Le renforcement de ces complémentarités, essentiellement institutionnelles, concerne en premier lieu la filière de santé du sud Vendée (GES). Dans ce cadre, le développement de compétences nouvelles à l'hôpital local pourrait être envisagé. En réponse aux besoins exprimés par les acteurs de santé locaux, pourquoi ne pas envisager l'ouverture de nouvelles consultations avancées avec l'intervention de spécialistes du pôle santé sud Vendée de Fontenay-le-comte ? Je pense ici à de la cardiologie, de la diabétologie, de l'ophtalmologie ou encore de la dermatologie.

Dans le cadre du renforcement des spécialités proposées à l'hôpital local, d'autres collaborations doivent être poursuivies voire développées, notamment les travaux menés avec le centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon. Là encore, le développement de nouvelles collaborations pourrait être envisagé, selon les compétences de chacun. Pour exemple, le projet de renforcement de l'activité de rééducation de l'hôpital local passe par la possibilité d'avoir des vacations hebdomadaires effectuées par un médecin rééducateur du centre hospitalier de Luçon, récemment intégré au centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon. De la même façon, l'éventualité d'avoir des consultations avancées de psychiatrie à l'hôpital local paraît particulièrement intéressante. Elle implique, pour cela, d'initier des coopérations avec les établissements ressources dans cette spécialité, dont le centre hospitalier Georges Mazurelle de La Roche-sur-Yon. Enfin, l'extension de ces collaborations à d'autres institutionnels, notamment dans le département des Deux-Sèvres, devrait être encouragée.

Le deuxième axe intéresse l'hôpital local en interne. Sur ce plan, une des priorités doit également être faite au renforcement des compétences des professionnels de l'établissement. En la matière, l'attention portée au plan de formation et aux différentes catégories de professionnels présents dans l'établissement est primordiale. Je ne reviendrai pas sur la diversité et la richesse des métiers existants à l'hôpital local, lesquels ont été évoqués lors de la présentation de l'établissement.

J'insisterai, en revanche, sur les projets actuels de renforcement de l'équipe de rééducation en personnels de kinésithérapie, ergothérapie et orthophonie ou sur certains axes de formation proposés pour 2005. Pour exemples, sont à relever des formations en matière de gestes d'urgence, de chambres implantables, d'actes transfusionnels, de raisonnement clinique infirmier ou encore en gérontopsychiatrie, neurologie et orthopédie

pour les personnels soignants. Celles-ci montrent que l'hôpital local, au-delà de ses domaines traditionnels d'expertise qu'il continue par ailleurs à renforcer, s'ouvre à de nouveaux domaines correspondant aux créneaux sur lesquels il pourrait se porter. Je pense ici et principalement à la médecine, l'accueil inopiné, les prises en charge des démences et maladies neurodégénératives etc...

Enfin, il est intéressant de noter l'attention portée en matière de formation à des dimensions comme la «co-gestion», la «nouvelle gouvernance» ou la «démarche d'évaluation et d'auto-évaluation». Au-delà des spécialités en tant que telles, est ici visé l'accompagnement des professionnels dans les évolutions à venir. Il s'agit de leur donner les outils, la capacité de compréhension et d'action pour pouvoir contribuer activement au développement de l'établissement. Le suivi par certains professionnels ressources d'une «formation de formateurs» n'est, en cela, pas anodin. Il a précisément pour but de donner les moyens à l'établissement d'être une plate-forme de compétences pouvant mettre à disposition des autres acteurs de santé ses professionnels, pour du conseil, de la formation etc... La compétence, notamment dans ce domaine, ne s'invente pas mais s'acquiert et l'hôpital doit s'en donner les moyens.

#### *b) L'amélioration du fonctionnement médical.*

L'amélioration de la couverture et l'organisation médicales internes doit également être un objectif premier pour l'hôpital local. Au-delà de l'activité médicale, elle inclut la prise en compte de nouvelles activités : management des équipes, évaluation, analyse de l'activité, participation aux projets et instances de l'établissement etc...

Concernant le fonctionnement des services, le travail sur la rédaction et l'homogénéisation des protocoles de prise en charge, les vigilances sont des pistes intéressantes, tout comme l'attribution de la responsabilité d'un service aux praticiens intervenant sur les lits de soins de suite, soins palliatifs et de soins de longue durée. Ceci n'est pas le cas aujourd'hui puisque les praticiens y interviennent concurremment, selon une répartition des lits et unités. Une organisation par famille d'activité médicale pourrait ainsi être créée : une filière «grande dépendance» avec une composante gériatrique et neurologique, une filière plus «hospitalière» avec la médecine et les soins de suite, une filière autour des «soins palliatifs». En cohérence avec l'organisation des services soignants, elle devrait permettre un meilleur suivi du patient. L'ensemble de ces considérations est aujourd'hui en cours de réflexion à l'hôpital local.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à la permanence interne des soins, incluant la nuit, le week-end et les périodes de congés des praticiens. Ici, une priorité doit être faite à la qualité de leur remplacement ainsi qu'à l'organisation à mettre en place

avec les praticiens libéraux. Pour n'évoquer que le service de médecine et le système de garde, une organisation pourrait être réfléchie avec les médecins libéraux. Des solutions comme des interventions par roulements, des délégations de prises en charge entre praticiens, l'organisation d'une couverture médicale de garde commune avec gestion centralisée, par assouplissement de la réglementation et avec la participation des praticiens hospitaliers au tour de garde, sont envisageables et en cours de réflexion à l'hôpital local. Elles demandent des moyens, impliquent des changements culturels. Mais de la créativité des propositions de l'hôpital local, de sa capacité à convaincre ses interlocuteurs dépend aussi sa pérennité.

C'est dans ce sens qu'a été évoqué le fait que les praticiens de l'hôpital local puissent, en l'absence ou en cas d'impossibilité d'un médecin libéral, prendre en charge eux-même le patient sur les lits de médecine. Cette hypothèse s'entend, certes, occasionnellement mais elle semble inévitable pour que ce service puisse fonctionner. Elle a été admise dans le cadre du « Plan Bleu Canicule », donc en période exceptionnelle. Sans revenir sur la réglementation, ce qui reviendrait à nier la spécificité de l'hôpital local dans ses liens avec la médecine libérale, des assouplissements sont certainement nécessaires en période de gestion courante. Ce faisant, c'est la dimension du « colloque singulier » entre le praticien et son patient, fondement de la pratique médicale, qui est aussi questionnée.

Enfin, la nécessité d'un plateau technique minimum s'impose dans l'optique de devenir un centre de soins de première intention. A cet égard, il serait intéressant que l'hôpital local puisse disposer de moyens supplémentaires, en échographie par exemple. Il dispose déjà de deux électrocardiogrammes et d'un équipement de radiologie, on l'a dit précédemment.

### *c) Le renforcement du pôle rééducation.*

Il constitue également un axe de développement intéressant pour l'hôpital local, d'autant que des besoins existent en la matière. Non seulement une technicité certaine est reconnue à ce type d'activité mais elle lui permet d'accueillir des populations différentes de celles traditionnellement prises en charge à l'hôpital local et de faire évoluer la physionomie de l'établissement. Ainsi, des patients jeunes sont-ils aujourd'hui accueillis à l'hôpital local pour rééducation après accident de la route, poly-traumatisme etc... Il ne s'agit pas, ici, de faire à l'hôpital local ce qui se fait dans les centres de rééducation fonctionnelle mais de proposer des activités de proximité qui leur seraient complémentaires, renforçant en cela la dimension rééducation de l'établissement, statutaire mais souvent secondaire dans beaucoup d'hôpitaux locaux.

Cette perspective impose à l'hôpital local d'approfondir ses compétences en la matière et de renforcer l'organisation du service de soins de suite. Il dispose déjà d'atouts importants - professionnels, équipements et locaux, filière dans le cadre du GES - mais l'équipe de rééducation nécessite des renforts. Le recrutement de nouveaux professionnels comme l'intervention régulière d'un médecin rééducateur, évoqués plus haut, pourraient y contribuer. Aujourd'hui, des projets existent : hospitalisation de jour, création d'un appartement d'ergothérapie, d'un parcours extérieur de marche. Ils sont fortement porteurs dans la perspective de la dynamique de développement de l'hôpital local comme pôle ressource pour l'extérieur, relais des professionnels du domicile.

*d) Le développement de nouvelles prises en charge ressources pour son territoire.*

La référence aux formations envisagées dans le domaine de l'addictologie – alcoologie notamment – me permet d'évoquer la « carte à jouer » de l'hôpital local en matière de prévention et d'éducation à la santé. Non encore exploitées à ce jour, elles sont intéressantes dans leurs conséquences. Non seulement elles permettraient d'ancrer résolument l'hôpital comme le premier maillon de prise en charge dans une filière de santé de territoire – la prévention n'est-elle pas, en effet, le premier niveau de prise en charge de la santé publique, alliant considérations sanitaires et sociales ? – mais elles lui donneraient aussi l'occasion de diversifier ses prises en charge et, par là même, les populations concernées – des populations plus jeunes, pas forcément « malades » mais nécessitant une certaine technicité de prise en charge. Bénéficiant du regard sanitaire et d'une sensibilité sociale et médico-sociale, l'hôpital local a des atouts non négligeables en la matière. Certes, cela implique qu'il se dote des compétences médicales et soignantes adéquates, en interne ou dans le cadre d'un réseau, via les compétences en alcoologie et tabacologie présentes au centre hospitalier de Fontenay-le-Comte par exemple.

En tant qu'établissement pivot, relais des autres acteurs de santé de son territoire, l'hôpital local a intérêt à se positionner sur de nouvelles formes de prises en charge sanitaires et médico-sociales. Ceci, d'autant plus qu'elles révèlent l'existence d'un besoin diffus sur un territoire allant bien au-delà de la zone d'attractivité de l'hôpital local et qui ne trouve souvent pas de réponse adéquate, voire pas de réponse du tout. Je pense ici et principalement aux pathologies de type démences, maladie d'alzheimer, atteintes neurodégénératives (chorée de hungtinton, scléroses etc...), maladie de parkinson. L'hôpital local répondrait ici aux attentes de ses partenaires quant aux relais dont ils ont besoin lorsqu'ils ne savent pas/plus, ne peuvent pas/plus. Différentes formules pourraient être envisagées, allant du conseil-expert à l'accueil temporaire ou accueil de jour afin de permettre à l'aidant naturel ou institutionnel de « souffler » et à l'hôpital local de réguler l'épisode de crise. Enfin, un accueil permanent pourrait être proposé lorsque les moyens

requis pour une prise en charge de qualité et en toute sécurité ne sont plus suffisants, au domicile ou dans l'institution concernée.

*e) L'amélioration des prestations internes.*

Au-delà de la performance du soin, l'amélioration de la prise en charge passe aussi par celle des prestations dites «hôtelières ». Par là, l'institution entend mettre en avant l'importance qu'elle accorde à la dimension humaine et sociale du soin.

Dans ce domaine, je soulignerai l'ampleur du projet architectural de l'hôpital local. L'amélioration de la qualité, soignante comme sociale, de ses prises en charge s'exprimera notamment au travers de la transformation des chambres à deux lits en chambres à un lit et de la création de petites unités de vie permettant un accompagnement spécialisé donc adapté aux besoins de la personne : CANTOU, gérontopsychiatrie, soins prolongés pour les patients atteints de pathologies neurodégénératives. L'ensemble des locaux sera amélioré et des espaces agrandis ou créés pour permettre une meilleure prise en charge. L'amélioration passera, enfin, par le développement de la vie sociale dans les services et notamment en soins de longue durée via des activités régulières d'animation et des temps de lien social.

**B) Etre un établissement ressource, au cœur des complémentarités locales.**

Cette orientation comprend également différents axes de travail.

*a) Se construire comme pôle ressource du territoire.*

L'ensemble des compétences développées ci-dessus permettrait à l'hôpital local d'acquérir une expertise reconnue de ses interlocuteurs. Dans sa perspective d'être un pôle ressource, il convient à présent de s'intéresser aux outils que l'hôpital local doit privilégier.

Je ne développerai pas, outre mesure, l'intérêt des équipes mobiles, qu'elles interviennent dans le domaine des soins palliatifs ou de la gériatrie, celle-ci restant à créer à l'hôpital local. Elles constituent des dispositifs peu ou prou connus. Je relèverai seulement qu'elles permettent à l'hôpital local d'apporter un soutien, au domicile comme aux institutions sanitaires, sociales ou médico-sociales et d'apparaître comme un pôle de référence pour ces derniers, de conseil ou de relais temporaire. Elles participent à la reconnaissance de l'hôpital local comme plate-forme de compétences sur son territoire. Le fait que l'équipe mobile de soins palliatifs soit souvent apparue pour lui comme une « monnaie d'échanges » dans les collaborations n'est pas anodin.

Dans ce domaine, j'évoquerai plutôt les liens en cours de construction entre l'hôpital local et les EHPAD, plus innovants au regard de ce qui se faisait jusque là. Ils sont intéressants

à un double niveau. D'une part ils contribuent à la structuration d'une véritable filière de santé gériatrique, d'autre part ils permettent à l'hôpital local de rayonner sur son territoire au travers de mises à disposition de professionnels, de sous-traitances d'activités et autres prêts d'équipements.

Dans la perspective de la construction d'une filière gériatrique sur le sud et l'est Vendée, le fait que l'hôpital local puisse proposer des consultations avancées de gériatrie, neurologie, soins palliatifs/douleur et diététique présente un intérêt certain pour les EHPAD, dans le sens d'une meilleure prise en charge de leurs résidents, à proximité.

L'expertise de l'hôpital local en matière de gériatrie, via des conseils mais aussi une hospitalisation courte sur les lits de médecine afin de faire un diagnostic, de rééquilibrer un traitement est également de nature à convaincre les EHPAD de créer des liens étroits de coopération avec l'hôpital local. Je prends ici pour exemple la quinzaine de conventions signées par l'hôpital local et les EHPAD de son territoire à l'occasion de l'application du « Plan Bleu Canicule ». Au-delà des compétences professionnelles, c'est également en matière de fourniture de matériels et dispositifs, comme de sous-traitance d'activités - blanchisserie ou restauration - que l'hôpital local peut se positionner.

La dimension de plate-forme de compétences peut par ailleurs s'exprimer au travers de mises à disposition régulières, de formations continues au sein de l'établissement ou en inter-établissements, de stages par comparaison etc... Ces différentes formules permettent aux EHPAD d'avoir accès à des compétences répondant à un réel besoin sur le terrain mais qu'ils ne peuvent recruter en interne. Ce type d'échanges est actuellement en cours de réflexion à l'hôpital local, notamment sur des profils de postes de type ergothérapeute, hygiéniste, diététicien, psychologue et responsable sécurité.

Ils pourraient déboucher, compte tenu de la demande, sur des créations de postes ou d'activités partagés, lesquels seraient créés à l'hôpital local et mis à disposition des EHPAD. Dans ce cadre, la constitution d'un GCS est envisagée, après parution du décret d'application de l'ordonnance de septembre 2003. On mesure ici l'intérêt pour les uns et les autres, et notamment pour l'hôpital local à l'égard du territoire médico-social.

Pour compléter ces propos, il est à noter que cette idée de mise à disposition de professionnels ressources est également expérimentée au domicile et connaît aujourd'hui des développements importants. Ainsi, les ergothérapeutes de l'hôpital local participent-ils au DALV, dans le cadre duquel ils interviennent au domicile du patient pour apporter leurs conseils en matière d'aménagement du lieu de vie. On l'a évoqué plus haut.

Cette formule a été reprise par l'hôpital local, lui-même, puisqu'il teste actuellement la possibilité de développer ce type d'interventions au domicile mais dans un cadre plus

général de conseils à la prise en charge, de formation des aidants du domicile – manutention, hygiène, etc...- d'aide au choix et à l'utilisation de certains matériels et équipements à la sortie d'hospitalisation. C'est un des axes ayant motivé la création, au sein de l'hôpital local, de la structure AHLCID – Antenne Hospitalière de Liaison, de Coordination et d'Intervention au Domicile. Celle-ci, avec d'autres activités la composant comme le portage de repas, les liaisons avec le CLIC lors des entrées-sorties d'hospitalisation, pourrait, à terme, être un vecteur favorisant le développement de l'hôpital local dans le champ du domicile.

Je rappelle ici le caractère facilitant du CLIC parce que « en dehors » de l'hôpital local. C'est précisément un des objectifs d'AHLCID que d'être dedans et « en dehors » et de pouvoir ainsi améliorer les échanges institution-domicile. En cela, AHLCID est révélatrice des évolutions de l'hôpital local qui se positionne aujourd'hui délibérément dans les liaisons avec son territoire, ici avec les acteurs du domicile.

Cet instrument est d'autant plus porteur qu'il s'intéresse également aux populations non couvertes par le dispositif du CLIC : les moins de 60 ans, les « hors secteur CLIC » notamment la frange Deux-Sévrienne et les zones du sud et de l'est Vendée non couvertes par un CLIC, les patients hospitalisés ne relevant pas du CLIC. Au regard de ces populations, il pourrait également être un outil d'évaluation pluridisciplinaire, de proposition d'un plan d'aide à la personne et de liens avec les intervenants du domicile, les assistants sociaux. Une remarque est toutefois à faire ici : la nécessité pour l'hôpital local de s'inscrire dans les complémentarités locales et de ne pas empiéter sur les prérogatives des acteurs de santé en place, donc de bien se positionner en relais.

#### *b) Créer l' « Espace-Temps » pour rencontrer les acteurs du domicile.*

Si le développement des liens avec les partenaires institutionnels paraît peu ou prou évident et aboutit assez rapidement à des solutions formalisées, comme celles évoquées précédemment, il n'en va pas de même avec les acteurs du domicile. Les lents développements de la structure AHLCID, créée dès octobre 2003 mais ne connaissant de réels développements que depuis peu, sont là pour le prouver.

En la matière, avant d'envisager des formules, c'est tout un travail de connaissance et reconnaissance, d'apprivoisements respectifs qui est à faire avec les acteurs du domicile. Cette remarque est valable avec les acteurs médicaux comme paramédicaux. Je renvoie ici le lecteur aux différences de « fonctionnement » évoquées en deuxième partie.

Avec ces acteurs, il s'agit, avant tout, de créer des temps et des espaces de rencontre réguliers afin qu'ils apprennent à se connaître et à avoir envie de travailler ensemble. Le relationnel, les échanges interpersonnels sont ici d'autant plus importants qu'ils peuvent, seuls, permettre de travailler sur les doutes respectifs et de discuter ensemble. En dépit

des écarts qui les caractérisent, ils participent tous à un même objectif : l'amélioration de la qualité, la sécurité et la continuité des soins prodigués à la population.

Le postulat de base de la réussite de tout travail collectif est qu'elle repose sur la réunion des conditions suivantes : un projet, une finalité et des objectifs collectifs, un espace-temps commun, un univers symbolique partagé, un travail reconnu, une hiérarchie légitime, une éthique de la responsabilité et de la solidarité. A l'heure actuelle, force est de constater que peu d'éléments sont vérifiés sur le terrain. C'est précisément la raison pour laquelle la rencontre apparaît comme un point de départ.

En la matière, les formules sont diverses : elles peuvent aller de groupes de travail sur des thèmes de réflexion généraux ou particuliers intéressant les deux parties, à des rencontres plus informelles, moins engageantes mais dont l'impact peut être tout aussi important. Je pense ici au biais de la formation continue ou de « rencontres médicales » expérimentées avec le corps médical. Sous couvert de modalités peu engageantes – il ne s'agissait pas de mettre en place quelque chose et de contraindre les praticiens à s'engager sur quoi que ce soit – elles peuvent être un prétexte à évoquer des sujets porteurs mais qui, dans un cadre plus formel, aurait « fâché ».

Pour exemple, les liaisons et échanges d'informations via l'accès du cabinet libéral au dossier patient informatisé de l'hôpital local ont ainsi été abordées et ont permis que certains praticiens acceptent de jouer le jeu et de s'investir dans le développement de cette activité. Or, cette thématique avait échoué, quelques temps plus tôt, dans le cadre d'une proposition de groupe de travail. Cet exemple est révélateur des démarches qui fonctionnent et de celles qui, a contrario, échouent. En la matière, il faut savoir parfois contourner la difficulté, éviter l'affrontement et procéder par des chemins « détournés » pour faire émerger le dialogue. Il appartient ici à l'hôpital de savoir créer les occasions, les événements permettant la rencontre et, in fine, l'appréciation réciproque.

### *c) Intéresser les professionnels du domicile. Les séduire ?*

Dans la stratégie de séduction des professionnels du domicile, l'hôpital local doit apprendre à se rendre accessible et facilitant. Cela passe d'abord par la performance et la réactivité internes. Sans revenir sur les analyses précédentes, les acteurs du domicile attendent des réponses pratiques et rapides à leurs demandes. Pour les attirer, les motiver à venir travailler avec lui, l'hôpital local doit non seulement leur proposer des solutions facilitant leur quotidien mais également accepter de faire un pas vers leur logique de fonctionnement, comprendre et jouer pour partie selon leurs règles.

Je pense, ici, aux relations à entretenir avec le corps médical. A l'égard des praticiens libéraux, l'hôpital local doit se montrer disponible, accueillant et rendre accessible son fonctionnement propre. Cela passe, par exemple, par des protocoles de prise en charge

explicités aux praticiens, voire travaillés avec eux s'ils en montrent l'intérêt. Cela passe également par l'accès au dossier patient informatisé, sur place et du cabinet, afin que le praticien ait des nouvelles sur son patient mais puisse également, en période de garde, avoir des informations sur le patient qu'il doit prendre en charge et qu'il ne connaît pas. Lorsque les libéraux se montrent intéressés par un domaine, il appartient à l'hôpital local de « saisir la perche » et d'y répondre rapidement. Peu importe le thème, l'essentiel est de sentir et entretenir la motivation exprimée par les uns ou les autres. Le fait de « toucher » un ou deux praticiens peut faire « tâche d'huile » et gagner progressivement les autres.

Dans le même ordre d'idée, les paramédicaux libéraux se montrent demandeurs d'outils de liaison avec l'hôpital local comme les fiches de transmission, la constitution d'un carnet de liaison demeurant au domicile du patient et contenant les informations dont ils ont besoin. Ce sont autant d'occasions que l'hôpital local doit saisir.

Au-delà des outils, je rappellerai ici l'importance pour l'hôpital local de proposer sa visée stratégique en la rendant attractive, séduisante aux yeux de ses interlocuteurs. Il doit donner envie à ceux-ci, de s'y intéresser d'abord, de s'y investir ensuite. On rejoint, là, l'importance des liens interpersonnels dans toute dynamique d'échange. La construction d'objectifs communs passe, d'abord, par une dimension très subjective. Autant que le caractère convaincant des propositions, l'implication repose sur une certaine forme de « charisme » du ou des porteurs de projets. Cela est d'autant plus vrai dans la relation au corps médical. Ici, la personnalité et le dynamisme du directeur comme de son encadrement, médical et soignant, sont essentiels. Ils sont l'image de la structure.

#### *d) Faciliter les échanges par la création de temps spécifiques de coordination.*

Pour faciliter les échanges quotidiens et créer de véritables articulations, avec le domicile comme avec les institutionnels, il paraît essentiel de créer des temps spécifiques de coordination, lesquels peuvent éventuellement s'exprimer par des créations de postes, à temps plein ou partiel selon le besoin.

L'un des reproches assez fréquemment adressé à l'hôpital local est qu'il est difficile de trouver rapidement en interne un interlocuteur, médical ou soignant selon le problème. C'est vrai pour le service de médecine comme pour l'ensemble des activités ressources actuellement en développement. La coordination, lorsqu'elle est prévue, ce qui n'est pas toujours le cas, incombe souvent à un professionnel ayant déjà par ailleurs de nombreuses responsabilités et pouvant dès lors se montrer défaillant, faute de temps. Or, on a souligné l'importance de la réactivité et de la réponse dans ce domaine. Faute de réponse, c'est la crédibilité de l'activité qui est mise en cause, donc sa viabilité et sa pérennité dans le temps.

Au-delà de la pérennité, cet axe de travail réaffirme l'importance prise, au sein de l'hôpital local, par les activités de liaison sanitaires, sociales et médico-sociales. Elles renforcent, d'ailleurs, la spécificité de l'hôpital local dans le monde sanitaire. Aujourd'hui et plus que jamais, l'identité de l'hôpital local passe par les liens et les articulations qu'il crée avec les acteurs de santé de son territoire. Il est le nœud des complémentarités locales, un lieu ouvert et multidisciplinaire permettant la mise en œuvre des projets de santé de proximité.

Pour mener à bien ce rôle, quatre temps de coordination me paraissent essentiels. Ils sont en cours de réflexion à l'hôpital local.

#### Un coordonnateur médical au sein de l'hôpital.

Le premier concerne un temps de coordination médicale qui aurait deux finalités principales. La première concerne le service de médecine. Professionnel interne à l'hôpital local, donc identifiable de l'extérieur et en permanence joignable, il permettrait, par exemple, de recevoir la demande d'admission et de la traiter rapidement. A charge pour lui de se mettre en contact avec le médecin agréé acceptant de prendre en charge le patient ou de garde ce jour là. Il serait également un interlocuteur, durant le séjour et lors de la sortie du patient, notamment pour ce qui est des informations médicales à donner et des préconisations pour le retour à domicile, en lien avec le médecin traitant.

Ce temps est d'autant plus important que, plus encore que dans d'autres professions, le « réflexe de corps » fait que l'on accorde plus de crédit à un confrère qu'à toute autre catégorie de professionnel. L'avancée des projets médicaux de l'hôpital local passera, avant tout, par ses praticiens internes.

Ceci m'amène au deuxième aspect de ses missions : celui de participer et de promouvoir le développement des projets de liaisons ville/hôpital, de mettre en lien les professionnels de l'hôpital local et les acteurs du domicile, notamment médicaux. Ici, le coordonnateur médical pourrait être l'élément pivot au sein de l'hôpital local pour créer une dynamique de collaboration avec ses confrères libéraux. Il pourrait également être un interlocuteur clé dans les relations avec les institutionnels, sanitaires et médico-sociaux. Je pense, ici, aux liens à développer avec les médecins coordonnateurs des EHPAD.

#### Un coordonnateur médico-social hospitalier.

Un autre temps de coordination paraît important, tant dans les relations avec le domicile qu'avec les institutionnels, de nature plus médico-sociale. Il serait le parallèle du temps médical et s'intéresserait, lui, au monde social et médico-social. Ce temps, encore rare, existe dans quelques hôpitaux comme le centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon en la personne d'un cadre infirmier coordonnateur.

Il aurait, par exemple, pour vocation d'évaluer, d'organiser et de coordonner le parcours du patient hospitalisé, notamment lors des sorties d'hospitalisation. Clairement identifié, ayant le temps de développer son action, il serait plus globalement un vecteur intéressant pour développer des relations extérieures avec les autres acteurs de santé sociaux et médico-sociaux – formation et conseil, accès aux consultations avancées, projets médico-sociaux de territoire etc... Dans le cadre de la structure AHLCID, il apparaît indispensable. Dans la logique du « dedans/dehors » dont j'ai montré l'intérêt concernant l'action du CLIC, il permettrait également à l'hôpital local de se positionner en interface du monde institutionnel et libéral, à l'articulation des champs sanitaire, social et médico-social.

#### La coordination spécifique du champ gérontologique.

Je ne peux évoquer la question des activités de coordination nécessaires au développement de la stratégie de l'hôpital local sans faire une brève référence au CLIC. Son utilité a été développée dans les analyses précédentes et je ne m'étendrai pas dessus. Il était cependant important de le rappeler ici, notamment quant à son intérêt en matière de construction et de régulation du territoire de l'hôpital local. Instrument neutre et « à double détente », il participe à l'amélioration des liens entre l'hôpital local et les acteurs de santé de son territoire. Dans une vision plus politique et stratégique, il est un outil de cohérence entre les uns et les autres. Il est un « prétexte sur lequel on peut bâtir une politique de territoire », pour reprendre des propos entendus.

Il fait écho aux dimensions des SROS de 3<sup>ème</sup> génération : un territoire, des adhérents, une capacité à travailler ensemble, une mission de coordination.

#### La création d'une nouvelle activité transversale : le pôle réseaux.

L'importance prise par les activités de liens au sein de l'hôpital local pose aujourd'hui la question de l'opportunité de créer un nouveau pôle de responsabilités : le pôle réseaux. Transversal au fonctionnement général de l'établissement, il permettrait de renforcer la cohérence interne au regard de cette mission somme toute assez nouvelle qui fait que, contrairement à une institution sanitaire classique se suffisant à elle-même, l'une des raisons d'exister de l'hôpital local est de vivre et se développer au travers de ses relations extérieures. Au-delà de la cohérence interne, il serait également un élément facilitant pour l'institution pour se porter vers l'extérieur et travailler avec lui.

Si la réflexion aboutissait et se voyait reconnue, notamment par les autorités de tarification, elle confirmerait la dimension innovante de l'hôpital local dans le champ sanitaire : celle d'être une structure d'interface, une sorte de « tresse sanitaire et sociale » pour reprendre des propos entendus lors de mon travail.

C) La politique de communication : support des démarches de l'hôpital local.

Enfin, et parallèlement aux mesures qui viennent d'être évoquées, la politique de communication interne et externe de l'hôpital local apparaît comme un volet incontournable. Elle est un levier essentiel de légitimation de l'institution. Certes s'appuyant sur une réalité qui doit être performante, elle est un vecteur de développement d'une image, une notoriété dont on a évoqué l'importance.

La définition des grands axes de communication de l'hôpital local est aujourd'hui en pleine interrogation. Que doit-on communiquer ? A qui et selon quels vecteurs ? Quels sont les canaux de transmission les plus adaptés selon la catégorie d'acteur que l'on veut toucher ? Il est évident qu'ils ne sont pas les mêmes selon que l'hôpital local s'adresse à la population ou aux professionnels, par exemple. Dans un cas, la revue professionnelle, les mailings, les plaquettes informatives seront privilégiés, dans l'autre, l'attention sera portée aux journaux locaux, bulletins municipaux etc... Après des professionnels, les rencontres et groupes de travail sont aussi des vecteurs de communication externe.

En matière de communication, la cible des professionnels internes est primordiale. On a dit précédemment qu'ils étaient les premiers porteurs du développement de l'établissement. Si l'hôpital local doit se montrer vigilant à l'ouverture de sa communication à ses partenaires extérieurs, il doit aussi veiller à sa dynamique interne. En d'autres termes, il s'agit de créer une identité forte en interne pour pouvoir l'exporter ensuite. Pour cela, il est important que la communication sur les projets de l'hôpital local soit diffusée à tous les niveaux, de l'encadrement à la base. L'institution doit veiller à ce que l'information soit descendante mais également ascendante. Cela implique d'être à l'écoute de l'ensemble de ses professionnels, de leurs attentes comme de leurs craintes et d'y répondre. Cela signifie, également, de faire prendre conscience aux professionnels du rôle qu'ils peuvent avoir dans la communication externe de l'institution, auprès de leur entourage, des patients et de leurs familles. La communication doit être l'affaire de tous. En cela, la culture du management participatif et du dialogue interne, la création d'un journal interne sont des éléments moteurs pour la dynamique de communication interne.

Le message est également difficile à établir. L'hôpital local doit-il uniquement communiquer sur la rééducation, les projets nouveaux, au risque d'être en décalage avec la réalité qui est la sienne, à savoir une prise en charge essentiellement gériatrique même si connaissant un certain rajeunissement ? Ce qui mettrait en cause sa crédibilité. Pour autant, comment peut-il concilier les images véhiculées par la gériatrie, les soins palliatifs avec sa volonté d'afficher le dynamisme et la technicité de sa filière de soins interne ?

Entre continuité, évolution et choix stratégique de la rupture, la décision n'est pas aisée dans cette période de transition. Une chose est certaine : sans exclure l'intérêt de la proximité, l'hôpital local doit mettre plus en avant la qualité et la sécurité de sa prise en charge. La continuité qu'il organise avec le domicile et les établissements disposant d'un plateau technique « lourd » doit également être mise en avant. Etablissement de liens, l'hôpital local doit davantage communiquer sur cette nouvelle dimension. Elle présente un intérêt certain dans la qualité de la prise en charge du patient.

Aujourd'hui, l'analyse de terrain montre que l'image de l'établissement évolue lentement dans un sens plus porteur mais que la notoriété – principalement la connaissance - n'est globalement pas très bonne. En l'occurrence, le changement de statut de la « maison de cure » à l' « hôpital local » est passé inaperçu. En conséquence de quoi, il apparaît essentiel que l'hôpital local crée aujourd'hui un événement permettant de rendre visibles les changements récents qui ont été les siens. C'est ici que les travaux de restructuration qu'il doit connaître, à compter du deuxième semestre 2004, représentent un enjeu important. Via la visibilité des choses, la matérialisation des changements, l'hôpital local doit en faire un support de communication.

### **3.1.3 L'opportunité d'attendre pour développer certaines solutions.**

Pour conclure sur ces outils de développement, j'évoquerai rapidement la question de certaines opportunités offertes dès aujourd'hui à l'hôpital local mais qui, au regard du contexte de La Châtaigneraie, ne me paraissent envisageables que dans un second temps. Il en est ainsi, et principalement, de la maison médicale, l'accueil inopiné et l'hospitalisation à domicile.

Pour que ces activités prennent sur le terrain, il faudrait un substrat qui n'existe pas encore aujourd'hui, notamment une histoire de collaboration, une volonté de travailler ensemble et de mutualiser les compétences sur le territoire, une notoriété acquise de l'hôpital local comme structure sanitaire de proximité disposant d'un plateau technique minimum. Or, au vu de ce tout ce qui a été dit précédemment, ces éléments ne sont pas vérifiés sur le terrain. C'est pourquoi, indépendamment de l'intérêt évident de ces solutions innovantes, non seulement garantes de la permanence des soins internes – pour ce qui est de la maison médicale notamment - mais également porteuses de développement pour l'hôpital local – en termes d'attractivité de la structure, de régulation des problèmes de couverture médicale du territoire, d'ancrage comme structure sanitaire de première intention avec l'accueil inopiné etc...- il semble préférable, dans le contexte spécifique de La Châtaigneraie, de remettre la réflexion les concernant à plus tard.

L'idée a été lancée, ça et là, ce qui est déjà une manière d'avoir structuré le champ du possible. Il faut, à présent, laisser les esprits mûrir, donner aux acteurs l'occasion de se rencontrer par ailleurs et d'avoir envie de travailler ensemble et les solutions suivront.

Concernant l'hospitalisation à domicile, la question est par ailleurs posée de la pertinence plus forte de développer un service de soins à domicile, en complément de ceux qui existent déjà sur le territoire mais qui sont insuffisants, et avec l'apport de l'expertise de l'hôpital local.

### **3.2 Des décisions qui échappent à l'hôpital local, structurantes pour son action.**

Si le rôle du directeur d'hôpital local est de permettre à son établissement d'être en capacité constante et réactive de saisir les opportunités qui lui sont offertes, force est de constater qu'une partie des clés de sa stratégie lui échappe et relève de décisions politiques plus générales. Des décisions prises, aujourd'hui comme demain, dépendent en partie les contours de la légitimité de l'hôpital local en tant qu'acteur de santé.

Je détaillerai ici deux sortes de décisions : celles qui intéressent directement l'hôpital local et celles qui, tout en lui étant extérieures, influencent directement son futur.

#### **3.2.1 Des décisions politiques qui ont un impact direct sur l'hôpital local.**

Deux aspects sont ici envisagés : la nécessité de revaloriser le rôle de l'hôpital local via une politique de communication nationale et les interrogations posées par la réforme de la Tarification A l'Activité (T2A) quant à l'avenir des hôpitaux locaux : au sein ou en marge de la réforme, quelles conséquences sur son développement ?

A) Promouvoir l'hôpital local par une communication active.

Eu égard au « flou » qui règne aujourd'hui autour de l'idée d'hôpital local - ce qu'il est, ses missions - ainsi qu'à la diversité de ses réalités sur le terrain, eu égard aussi à la dévalorisation certaine de son image, une politique nationale de communication sur les hôpitaux locaux semble incontournable pour aider à sa promotion. La politique de communication menée au niveau national devrait être axée autour de trois grands principes : la valorisation de l'établissement « hôpital local », la revalorisation plus générale de la prise en charge gériatrique et de la médecine générale, enfin l'éducation des usagers et professionnels au principe de l'accès gradué aux soins.

La valorisation de l'hôpital local pourrait passer par une campagne de présentation et de promotion de cet établissement, notamment au regard de son utilité au niveau des territoires de proximité. Aujourd'hui, il faut faire connaître, au niveau national, les initiatives qui ont pu se développer au niveau local. Je ne reviendrai pas sur les éléments à mettre en valeur, lesquels ont été évoqués dans le cadre de la politique de communication propre à l'hôpital local. Ce qui est important, ici, c'est de diffuser la notoriété de la structure, lui permettre d'être connue et reconnue.

Cette remarque rejoint la nécessaire revalorisation de la gériatrie ainsi que de la médecine générale et polyvalente. Pour que l'hôpital local soit reconnu comme un lieu de soins à part entière, avec la dimension de technicité qui l'accompagne, il faudrait que soit reconnue la dimension technique des prises en charge effectuées en son sein, en rupture avec l'image de « bobologie » qui est la sienne. Ce changement d'image passe certainement par le fait de reconnaître que, dans la gériatrie, il y a aussi de la technique, notamment dans la mesure où, pour investir le relationnel qui est primordial dans l'accompagnement de la personne âgée, il faut bien maîtriser la technique soignante et médicale. De la même manière, être un bon généraliste n'est pas aisé car cela impose une vision globale de la personne incluant dimensions physiologiques et psychiques. L'actualité récente, apparemment favorable à la promotion de la prise en charge de nos aînés, ainsi que la prise de conscience de la crise de vocation des médecins généralistes semblent dessiner une tendance. Pour autant, les représentations étant lentes à évoluer, c'est une action forte et visible qui semble indispensable.

Enfin, et cet axe demandera également le temps du changement, la pleine reconnaissance de l'hôpital local implique une rupture avec l'organisation et le fonctionnement actuel du système de santé. A l'image de ce qui peut se faire dans les pays anglo-saxons ou en Espagne, il s'agirait de promouvoir le principe de l'accès aux soins, selon le besoin et en proximité, et non selon le sentiment de capacité technique de l'établissement. C'est ici l'idée d'organiser une véritable filière de soins où le patient passerait d'abord par un centre de proximité, plate-forme de première intention, avant d'être adressé, si besoin, à un niveau supérieur disposant du plateau technique « lourd » nécessaire. C'est la logique du plan « Hôpital 2007 » et des SROS de 3<sup>ème</sup> génération. Pour autant, leur mise en œuvre implique une certaine révolution de nos modes de fonctionnement, des pratiques et cultures de chacun. En la matière, le patient est à éduquer tout comme le professionnel.

Au travers du développement de l'hôpital local, c'est un bouleversement certain du système de santé qui est en jeu et c'est peut-être là un des risques majeurs auquel

l'hôpital local est confronté aujourd'hui. Son avenir est, pour partie, conditionné par la capacité du Politique à réorganiser en profondeur le système de santé.

Des moyens à la hauteur des ambitions affichées leur seront-ils accordés, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé ? Actuellement, quels hôpitaux locaux sont réellement en capacité de se saisir des opportunités qui leur sont offertes ? Et s'ils ne le sont pas, quelles décisions seront prises les concernant ?

Le maillage du territoire national en hôpitaux locaux, dont on a évoqué précédemment les fortes disparités, sera-t-il revu, ce qui semble un pré-requis à la réussite des réformes en cours ? Posée, cette condition n'interpelle-t-elle pas aussi le maillage plus global des établissements de santé et, de fait, le devenir de certains centres hospitaliers qui pourraient se voir transformés en hôpitaux locaux ?

Enfin, et compte tenu de la spécificité des hôpitaux locaux dans le monde de la santé ainsi que de la double contrainte légale qui pèse sur eux - sanitaire et médico-sociale - des mesures seront-elles prises pour adapter et simplifier leur environnement réglementaire ? Un cadre « ajusté », reconnaissant le mode de fonctionnement particulier des hôpitaux locaux comme leurs missions et positionnement propres, pourrait être une réponse. En facilitant leur fonctionnement, il favoriserait, de fait, leur développement.

Si l'on pousse la logique plus avant et pour que les évolutions actuelles aient de réelles chances d'aboutir, à l'image des pays anglo-saxons ou de l'Espagne, ne serait-il pas nécessaire que l'hôpital local soit promu, précisément sur le plan réglementaire, comme un élément incontournable du système de santé, la base de son organisation ?

B) Les interrogations nées avec la réforme de la Tarification à l'Activité.

La réforme de la T2A est également un point d'interrogation important pour les hôpitaux locaux et la réponse apportée ne manquera pas d'influer sur leur développement.

Pour l'instant, l'implication des hôpitaux locaux dans celle-ci reste très vague. Il semblerait que seules les activités de médecine et de soins palliatifs puissent être concernées. Pour autant, la question est dès à présent posée par certains pour le service de soins de suite, dans la mesure où son activité est déjà soumise à analyse. En outre, la T2A prévoit des financements spécifiques au titre du développement d'activités nouvelles et l'hôpital local pourrait, à ce titre, être concerné.

Une question se pose ici. Il semble évident que l'hôpital local ne sera pas en capacité d'entrer en concurrence avec les centres hospitaliers quant à la performance de son service de médecine. La logique des soins palliatifs, voire des soins de suite, est un peu

différente et l'hôpital local dispose, là, de certains atouts. Concernant la médecine, si l'hôpital local ne soutient logiquement pas la comparaison, est-ce à dire qu'il sera défavorisé financièrement et n'aura pas les moyens nécessaires à son développement ? Ce qui reviendrait à recréer un système « à deux vitesses » dans lequel les hôpitaux locaux hériteraient des activités peu valorisées en termes d'efficacité économique et de moyens financiers, à savoir, et principalement, la gériatrie dont les centres hospitaliers pourraient se « délester » complètement. Ce qui aboutirait finalement à nier les tentatives actuelles de revalorisation du rôle des hôpitaux locaux et à renforcer sa dimension non technique et de « parent pauvre » du système sanitaire. Cette analyse peut probablement éclairer les propos de certains directeurs d'hôpitaux locaux pour lesquels celui-ci ne doit pas devenir la « variable d'ajustement » du système de la T2A.

Pour « contrebalancer » ces réserves, ne serait-il pas intéressant que l'hôpital local puisse, au contraire, se saisir pleinement des notions d'efficacité et de rentabilité offertes par cette réforme ? Certes, il semble nécessaire que celles-ci soient adaptées à sa réalité et l'idée de grilles d'évaluation spécifiques aux services de médecine et de soins de suite de l'hôpital local pourrait être une solution. Avec une plate-forme minimum et des critères de performance adaptés, il pourrait être à même de se situer directement en aval du court séjour des centres hospitaliers et proposer des prises en charge à trois ou cinq jours, les centres hospitaliers devant aujourd'hui réduire leurs durées moyennes de court séjour. Ce scénario implique, toutefois, que l'hôpital local se forme à la logique de la T2A et à l'analyse de son activité. La création d'un temps d'analyse médicale, envisagée actuellement à l'hôpital local de La Châtaigneraie, est un début de réponse.

Par ailleurs, l'hôpital local ne doit-il pas aussi jouer sur sa spécificité d'interface sanitaire et sociale et se situer dans une logique de répartition des rôles plutôt que de concurrence ? En d'autres termes, tout en saisissant les opportunités offertes par la réforme de la T2A, ne doit-il pas plutôt penser à affirmer sa place et son identité « atypiques » dans un système de santé en évolution ? Je rejoins ici l'idée que la performance de l'hôpital local réside peut-être, désormais, autant dans sa capacité à créer du lien et à fédérer les acteurs de son territoire.

### **3.2.2 Des décisions extérieures mais qui représentent un enjeu pour l'hôpital local.**

Deux domaines, apparemment étrangers à l'hôpital local, interpellent aujourd'hui celui-ci dans ses développements. De la réponse qui y sera apportée dépend, pour partie, sa marge de manœuvre à venir.

A) Des inquiétudes liées à la couverture médicale libérale.

Les analyses précédentes ont permis de mettre en valeur l'extrême dépendance de l'hôpital local à l'égard de la médecine générale libérale, dans son fonctionnement quotidien comme dans le développement et la pérennité des projets qu'il entend développer. Or, force est de constater que certains territoires – dont celui de l'hôpital local de La Châtaigneraie – sont particulièrement défavorisés en matière de couverture médicale et pourraient, à terme, être menacés de rupture de la permanence des soins.

Aujourd'hui, l'installation et le mode de fonctionnement du praticien libéral sont basés sur les principes de la « liberté d'installation » et du « volontariat ». Certes, ces principes ont de tous temps régi la médecine libérale et ont leur logique. Pour autant, que penser lorsque cela aboutit à une désertification de certaines zones, laquelle représente un risque majeur pour la sécurité des patients ? Et si certains territoires sont attractifs pour les praticiens, que faire pour ceux qui ne parviennent plus à remplacer les médecins qui partent à la retraite et sont, de ce fait, déficitaires en matière de permanence des soins ?

La réponse n'est pas aisée et révèle des enjeux évidents. Le fait que des propositions comme l'implantation de maisons médicales et autres centres de santé aient tant de difficultés à trouver le consensus des acteurs de santé locaux le prouve. Dès lors, devant les inégalités et faiblesses du système constatées au niveau local, le Politique est aujourd'hui interpellé. Doit-il revenir sur ces principes et imposer l'installation dans les zones désertées, sachant que les mesures incitatives, notamment financières, n'ont pas eu l'effet escompté ? D'autres solutions existent-elles ? Le fait de proposer l'hôpital local comme lieu de stage de résidanat est-il un moyen d'attirer de nouveaux praticiens ?

Par ailleurs, il semble inévitable que le Politique se penche rapidement sur la question de la rémunération des praticiens libéraux. Au titre des temps de réunion et de participation aux instances de l'hôpital local puisque, peu attractive, elle est certainement pour partie responsable du manque d'implication de ces derniers. C'est d'ailleurs, plus globalement, la rémunération de l'ensemble des libéraux acceptant de s'investir dans les projets de l'hôpital local qui devrait être évoquée. Cela inclut aussi les professionnels paramédicaux. Enfin, il serait intéressant que l'indemnisation des interventions des médecins généralistes dans le cadre du service de médecine de l'hôpital local fasse l'objet d'une réflexion concertée.

B) Reconnaître et encourager l'innovation.

Un dernier élément reste à évoquer : la nécessité d'accorder aux établissements des possibilités, notamment financières et organisationnelles, de développer des activités

nouvelles, éventuellement non encore reconnues au niveau réglementaire. Cette idée a été soulevée dans le cadre du diagnostic de l'hôpital local, notamment quant aux incertitudes financières pesant actuellement sur certaines de ses activités. En la matière, force est de constater que si l'établissement ne disposait pas de moyens financiers suffisants, il ne pourrait pas se permettre de développer certaines activités.

En conséquence de quoi, il semblerait intéressant que soient développées des enveloppes dites « expérimentales », lesquelles permettraient précisément d'aider les établissements à s'engager dans des solutions innovantes et de les pérenniser au vu des résultats observés sur le terrain. Au-delà des solutions, ce serait également une méthode pour promouvoir l'innovation dans les établissements de santé et reconnaître le dynamisme de certains d'entre eux. Sans entrer plus avant dans les détails, cette question méritait d'être évoquée ici. Si la légitimité nouvelle de l'hôpital local se situe désormais dans sa capacité à investir des créneaux innovants, en réponse aux évolutions des besoins de santé, il faut qu'il en ait la possibilité juridique comme les moyens financiers. La T2A apportera-t-elle des réponses dans ce domaine ?

### **3.3 La nécessité pour l'hôpital local d'évaluer la stratégie mise en œuvre.**

Dans la stratégie de développement de l'hôpital local, il est essentiel de prévoir des indicateurs de suivi et d'évaluation des solutions envisagées. Outils de pilotage, ils permettent à l'établissement de disposer d'un système d'information permanent et de pouvoir mesurer les impacts des actions développées. Aide à la décision, ils accompagnent la stratégie future de l'établissement : poursuite des actions, améliorations et corrections nécessaires etc...

Je précise que ne seront présentés, ici, que les indicateurs paraissant les plus pertinents au regard de la stratégie proposée par l'hôpital local, donc sans volonté d'exhaustivité.

#### **3.3.1 Mesurer le rôle structurant de l'hôpital local dans les complémentarités locales.**

Afin de mesurer l'importance du rayonnement de l'hôpital local sur son territoire, différents types d'indicateurs me paraissent intéressants.

Un de ceux-ci aurait pour objectif de mesurer la nature des liens de partenariat et de coordination progressivement tissés entre l'hôpital local et ses différents interlocuteurs, institutionnels ou libéraux, médicaux ou paramédicaux, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Différents critères sont envisagés comme composants de la nature de ces liens.

Ils concernent non seulement leur contenu même – services, activités, projets communs – mais également leur régularité et leur formalisation juridique éventuelle, gage d'une certaine pérennité des relations.

L'effectivité sur le terrain et dans le temps doit, par ailleurs, être vérifiée. Elle permet de mesurer l'existence réelle de ces différents liens et leur potentiel de développement.

Au regard de la capacité structurante de l'hôpital local dans l'organisation du système de santé local, il est par ailleurs important de veiller à mesurer les modalités de cette organisation et notamment le fonctionnement général du système : modalités d'accès, de relais, critères et conditions régissant les passerelles organisées entre les acteurs etc...

Compte tenu de la vocation de l'hôpital local à se positionner sur son territoire comme une plate-forme de compétences, une mesure exhaustive et continue des sollicitations des personnes ressources de l'établissement doit, par ailleurs, être entreprise. Elle permet notamment de vérifier que l'hôpital local remplit bien le rôle pour lequel il s'est donné un certain nombre de moyens. Différents critères doivent être évalués : le nombre d'appels à l'expertise des professionnels de l'établissement et leur provenance – quel type d'acteur – ainsi que la nature de la sollicitation. Le recours à l'hôpital local est-il motivé par un besoin en matière de conseil, de formation, une mise à disposition d'un professionnel etc... ?

La mesure du ou des domaines concerné(s) - quel type de professionnel ou équipe mobile, quelle spécialité etc... - est également importante, tout comme les catégories de sollicitations les plus fréquemment émises auprès de l'établissement.

Enfin, la régularité des recours et leur formalisation sont à évaluer. Je rejoins ici la notion de pérennisation des sollicitations, au titre de laquelle l'existence de liens juridiques et définis dans leurs termes, modalités et survenance, est intéressante à mesurer.

### **3.3.2 Evaluer l'utilité de l'hôpital local sur son territoire.**

La légitimité nouvelle de l'hôpital local réside essentiellement dans l'utilité que peuvent revêtir, pour les acteurs de santé de son territoire, les différentes activités qu'il propose. Pour la mesurer, différents indicateurs sont envisagés.

Les premiers indicateurs de mesure sont ceux qui permettent d'évaluer les résultats d'activité de l'établissement. Ils concernent les différents services et unités de l'hôpital local : soins de suite, soins de longue durée, médecine, soins palliatifs ainsi que les nouvelles activités : consultations avancées, imagerie médicale, activités de prévention, prises en charge de nouvelles pathologies, alternatives à l'hospitalisation et fonctionnement d'une maison médicale avec accueil inopiné.

Au-delà de la nature des activités proposées, de leur domaine, ces indicateurs doivent permettre d'analyser l'activité de l'hôpital local au regard de différents critères : les pathologies traitées, le nombre d'entrées ou de recours, le taux moyen d'occupation, la durée moyenne de séjour etc...

Couplée à une analyse fine du fonctionnement et des modalités d'organisation des différentes activités, ce type de mesure permet d'évaluer l'attractivité de l'établissement et la confiance accordée à ses différentes spécialités.

Si l'on se réfère aux conclusions posées d'après la grille inspirée par le BCG, les différents critères présentés ci-dessus sont un indicateur précieux pour mesurer le potentiel d'évolution, en termes d'amélioration et éventuellement de croissance, des différentes activités de l'hôpital local.

La provenance et la trajectoire des patients accueillis à l'hôpital local, de manière permanente comme à titre temporaire, tout comme celle des acteurs de santé ayant recours à lui est également à mesurer de manière précise. L'origine géographique, la provenance – domicile, institution, secteur sanitaire, social ou médico-social – la nature du recours – quelle activité ? – sont autant de critères qui permettent d'évaluer le territoire couvert par l'hôpital local et les différentes filières de santé dans lesquelles il est parvenu à s'inscrire : sanitaire, sociale et médico-sociale.

Le potentiel d'implantation de l'hôpital local sur son territoire et sa reconnaissance comme un élément incontournable peuvent également être vérifiés au travers de la mesure des liens tissés par lui dans les différents réseaux départementaux, régionaux, voire nationaux. En l'occurrence, il s'agit de pouvoir apprécier la nature, la régularité et la formalisation de ces différents liens.

Enfin, l'évaluation de l'incidence des différents axes stratégiques de développement de l'hôpital local doit être évoquée. Les impacts des solutions envisagées pour développer l'hôpital local ont été présentés précédemment. Dans ce cadre, il est donc important de mesurer leur transcription, donc leur reconnaissance officielle, par les autorités de tarification de l'établissement. Celles-ci peuvent être mesurées au travers de l'acceptation de son projet d'établissement et la signature comme le contenu d'un nouveau COM. Au-delà de la légitimation juridique et politique, c'est la valorisation financière et organisationnelle qui est recherchée. En la matière, des critères d'évaluation des moyens accordés – budgétaires (personnels, matériels etc...), en termes d'investissements, d'infrastructure etc... - doivent être établis afin de piloter au mieux les développements de l'établissement. Ils devront, notamment, mesurer le coût des actions engagées et vérifier leur compatibilité avec les ressources financières disponibles.

L'impact interne du rôle nouveau de l'hôpital local doit, enfin, être appréhendé. Selon les termes de l'analyse systémique et cybernétique, tout changement extérieur impulsé par l'intérieur a, en retour, des effets sur ce dernier. En la matière, il s'agit pour l'établissement d'établir des critères suffisamment précis et sensibles pour pouvoir mesurer les impacts et bénéfices éventuels des développements sur son organisation interne, les pratiques professionnelles, la permanence des soins, l'évolution des prises en charge etc... L'objectif, pour l'établissement, est de se donner les moyens d'accompagner les changements induits, d'en maximiser les effets positifs et, a contrario, de maîtriser les éventuelles contraintes créées sur l'institution.

Les indicateurs doivent également lui permettre de mesurer les écarts entre les effets et bénéfices constatés au regard de ceux qui étaient attendus, de les comprendre et d'envisager, s'ils se présentent, les solutions adéquates pour les réduire.

### **3.3.3 Apprécier régulièrement la notoriété et l'image de l'hôpital local.**

L'importance de la notoriété et de l'image de l'établissement a été évoquée tout au long de ce travail et je n'y reviendrai pas. Compte tenu de leurs impacts respectifs sur le développement de l'hôpital local et sa capacité à se construire une nouvelle légitimité, il est essentiel de pouvoir les mesurer de manière aussi fine que possible. Au-delà de la mesure en tant que telle, c'est également l'appréciation de leur évolution qui doit être recherchée.

En la matière, il paraît intéressant de reprendre de manière régulière l'étude menée en 2004 quant à l'image, au rôle et à l'utilité de l'hôpital local pour ses principaux interlocuteurs – usagers, professionnels comme autorités politiques. La satisfaction des acteurs de santé doit notamment être mesurée.

Pour être exhaustive, cette analyse devra être couplée avec la mesure de l'impact de la politique de communication menée par l'établissement. Dans ce cadre, des indicateurs comme la connaissance des communications effectuées, leur contenu, leurs modalités – les vecteurs utilisés – le ou les message(s) retenu(s) apparaissent incontournables.

## CONCLUSION

Ces quelques réflexions ont montré, je l'espère, toute la richesse des questionnements entourant aujourd'hui l'hôpital local. Longtemps le « Petit Poucet du système sanitaire », pour reprendre des propos entendus lors des entretiens menés sur mon terrain de stage, il a, à présent, la possibilité de s'affirmer comme un acteur de santé à part entière.

Le symbole est fort derrière cette référence au personnage de C.Perrault. En effet, si l'hôpital local ne disposera jamais de la force et des moyens du centre hospitalier - « Goliath » - il doit, comme le « Petit Poucet », se servir de sa réflexion, « sa ruse » pour se saisir du contexte favorable qui pousse aujourd'hui à sa valorisation. Toute la problématique de l'hôpital local réside là et de sa capacité à se montrer réactif et innovant dépendent en grande partie ses développements à venir.

En effet, si le contexte juridique, notamment au travers des SROS de 3<sup>ème</sup> génération, offre aujourd'hui à l'hôpital local l'opportunité de devenir ce maillon sanitaire de première intention proposant une offre globale de proximité en synergie avec les autres acteurs de santé de son territoire, celui-ci doit savoir les saisir. Cette possibilité, pour évidente qu'elle paraisse, ne l'est pas. Pour saisir une opportunité, se porter sur des créneaux nouveaux, il faut être en capacité de le faire. Ce qui suppose que la structure soit dans une dynamique et un état de veille permanents qui lui permettent de sentir les évolutions de son environnement, de les comprendre et d'actionner ses leviers internes de développement. Ce qui suppose, aussi, d'avoir conçu ces leviers donc anticipé les évolutions à venir, voire avoir contribué à leur émergence. Là, réside tout l'enjeu du développement de l'hôpital local et, en son sein, du management stratégique de son directeur.

Ceci est d'autant plus important que l'hôpital local se situe, aujourd'hui, sur des développements innovants au regard de ce qui constituait jusque là ses missions traditionnelles. Là où son utilité s'exprimait par des services, des activités, elle se révèle désormais plus dans les liens qu'il est à même de créer entre les différents acteurs de santé de proximité et dans son action structurante sur son territoire. Dans les temps à venir, on peut penser que le développement de l'hôpital local se mesurera, non dans sa taille, mais dans sa capacité à rayonner sur son territoire et à le réguler.

En somme, la légitimité que l'institution entend aujourd'hui acquérir passe certainement par le développement de son influence au niveau local, au sens de son affirmation comme élément moteur de l'organisation du système de santé local, capable d'innover et de créer par le lien sanitaire et social les conditions d'une meilleure réponse aux évolutions des besoins de santé de la population. C'est là que son rôle de proximité

prendra tout son sens : sentir les besoins locaux de santé et créer les complémentarités permettant d'y répondre.

Je conclurai ce travail en faisant référence au Forum National des Hôpitaux Locaux qui doit se tenir en novembre prochain sous l'égide de l'ANHL et du Ministère de la Santé. Il fera suite à des forums organisés au niveau régional avec les directeurs de ces structures. Cette rencontre aura pour objectif principal d'inciter et de promouvoir le développement de l'hôpital local, tant en interne qu'à l'extérieur.

On connaît l'importance du « lobbying » réalisé par l'ANHL auprès des pouvoirs publics. L'association est notamment à l'origine de la circulaire du 28 mai 2003. Pour autant, ce « lobbying » sera d'autant plus efficace et convaincant qu'il sera porté par chacun des 355 directeurs d'hôpitaux locaux. Pour que l'hôpital local soit crédible et donne envie aux Politiques et, plus largement, à l'ensemble des acteurs de santé d'investir dans son développement, il faut que chaque responsable d'établissement soit en mesure de créer l'événement et de proposer une « idée » de la structure qui les séduise.

Dans le management d'une institution, la réalité doit savoir rejoindre, de temps à autres, la dimension du rêve et la communiquer. C'est peut-être aussi par là que l'hôpital local créera son identité.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- AUTISSIER D., MOUTOT JM. *Pratiques de la conduite du changement. Comment passer du discours à l'action*. Paris : Dunod, 2003. 243 p.
- BAGLA L. *Sociologie des organisations*. Paris : La Découverte, 2003. 112 p.
- BERNOUX P. *La sociologie des organisations. Initiation*. Paris : Seuil, 1985. 377 p.  
Collection Points
- BRIXI O., FAYARD R., GUILLAUD-BATAILLE S., PECHEVIS M. *Santé : travailler avec les gens. Approche participative, démarche de projet*. Conseil Général du Rhône : ENSP, 2003. 256 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Points, 1977. 478 p.
- GENELOT D. *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : Insep Consulting, 2001. 357p.
- MUCHIELLI A. *Les motivations*. Paris : Que Sais-je ?, 2001. 127p. Collection Presses Universitaires de France
- PETIT F., DUBOIS M. *Introduction à la psychosociologie des organisations*. Paris : Dunod, 1998. 257 p.
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE DE BRETAGNE. *Les hôpitaux locaux en France en 2000. L'équipement, la répartition géographique, et les personnels*. 2002. 31 p.  
Disponible sur Internet : <http://www.orsb.asso.fr>
- SCHWEYER FX., LEVASSEUR G. et PAWLIKOWSKA T. *Créer et piloter un réseau de santé*. Cesson Sévigné : ENSP, 2002. 96 p.

- TISSIER D. *Management situationnel. Vers l'autonomie et la responsabilisation*. Paris : Insep Consulting, 2001. 143 p.

## **ARTICLES ET DOSSIERS**

- ANHL. L'hôpital local : quelques vérités. *Revue Gestions Hospitalières*, décembre 1999

-CHABAS P., LEBRUN F., VIDAL-BORROSSI F. La place des hôpitaux locaux dans le maillage du territoire en Languedoc Roussillon. *Revue Actualité et Dossiers en Santé Publique*, décembre 1999

- CORVEZ A. Santé Publique et aménagement du territoire. *Revue Actualité et Dossiers en Santé Publique*, décembre 1999

- DOLLE B. Petits hôpitaux et développement rural. *Revue Hospitalière de France*, novembre-décembre 1995

- DOLLET C., VEDRINE, HARDY, SAILLARD MO., SERVAT. L'hôpital local, enfin à sa place. FHF XVIèmes Assises Nationales de l'Hospitalisation. *Revue Hospitalière de France*, n°3 mai-juin 1996

- FHF & ANHL. L'hôpital local, enfin à sa place. FHF XVIèmes Assises Nationales de l'Hospitalisation. *Revue Hospitalière de France*, n°2 mars-avril 1996

- DE LA SEIGLIERE A., LOMBRIL P. La place spécifique de l'hôpital local dans l'offre de soins. *Revue Gestions hospitalières*, mars 1999

- DE LA SEIGLIERE A., LOMBRIL P. La place du service de médecine de l'hôpital local dans l'offre de soins. *Journal d'Economie Mondiale*, juin 1999

- LEBORGNE C. L'exercice libéral généraliste hors cabinet. *Revue Concours Médical*, 2003

- LECLERCQ B. L'hôpital local, au carrefour des ordonnances ville/hôpital. *Revue Gestions Hospitalières*, février 1997

- LORSON P. Réseaux et hôpital de proximité. *Revue Actualité et Dossiers en Santé Publique*, septembre 1998
- *Hôpital local : espace sanitaire et social*. Extraits du colloque national du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 14 janvier 2002
- Rapport de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Basse Normandie. La pratique médicale dans les hôpitaux locaux de Basse Normandie : opinions et propositions. *Revue URML de Basse Normandie*, 2002
- Rapport du Groupe de travail auprès du Ministère de la Santé. Territoires et accès aux soins. Avril 2003. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

## **SEMINAIRES**

- GARNIER R. *Pilotage Management et Gestion Publique*. DESS Management des Organisations et des Entreprises de Service Public. Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, 2004

### Principaux modules utilisés :

- Module « Pilotage, organisation et stratégie »
- Module « Système d'information et stratégie »
- Module « Gestion des ressources »
- Module « Stratégie de communication »
- Module « Evaluation des politiques publiques »

## **COLLOQUES**

- *Hôpital local et aménagement du territoire : quelle valeur ajoutée ?*, Colloque des hôpitaux locaux des Pays-de-Loire, sous la présidence de Monsieur LORSON P. Président de l'Association Nationale des Hôpitaux locaux, avril 2003

## **MEMOIRES DE L'ENSP**

- BERNARD S. *Réseau : du concept à la réalité*. Mémoire de DESS : ENSP, 1998

- CANDAS M. *Mettre en place à partir d'un hôpital local un réseau gérontologique garant de la qualité du service rendu à la personne.* Mémoire de CAFDES : ENSP, 1999
- CHAUVIN K. *L'image des établissements pour personnes âgées dépendantes : simple vitrine. Etude de l'image de l'hôpital local de Malestroit.* Mémoire de DESS : ENSP, 2001
- GALLET B. *Le développement du réseau gérontologique autour de l'hôpital local de Belleville. La structuration de filières gériatriques pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.* Mémoire de DESS : ENSP, 2003
- LAURENT JJ. *Les hôpitaux de proximité : un enjeu pour l'aménagement du territoire dans un contexte de rationalisation des dépenses de santé.* Mémoire de DH : ENSP, 1996
- VARCIN F. *La place du service de médecine des hôpitaux locaux de l'Isère dans le réseau de soins.* Mémoire de IASS : ENSP, 1995

## **DIVERS**

- Schéma gérontologique départemental de la Vendée, 2003
- Le vieillissement en Vendée, Etude du CEAS Vendée. Recensement de 1999

## **PRINCIPALES REFERENCES JURIDIQUES (Pour rappel)**

### Textes généraux.

Disponibles sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

- Plan « Hôpital 2007 », 2003
- Circulaire DHOS/0/1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- Plan « urgences », Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003

- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

- « Une réforme de solidarité pour les personnes dépendantes », novembre 2003

- Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération

Textes spécifiques à l'hôpital local.

Disponibles sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr>

- Code de la Santé Publique : articles L. 6111-2, L. 6141-2, R. 711-6-4 à R. 711-6-21

- Décret n° 2003-786 du 3 mai 2002 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux

- Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE n°1 :** Situation géographique de l'hôpital local de La Châtaigneraie.
- ANNEXE n°2 :** Territoire du CLIC Est-Vendée dont l'hôpital local de La Châtaigneraie est promoteur. « Zone d'attraction » de l'hôpital local. Cantons de La Châtaigneraie, Pouzauges, Chantonay.
- ANNEXE n°3** Enquête menée auprès des professionnels internes et des principaux interlocuteurs de l'hôpital local : image, rôle et utilité de l'hôpital local de La Châtaigneraie.  
Questionnaire administré par écrit ou par entretien. Echantillon des personnes interrogées.
- Enquête menée par la chargée de communication de l'hôpital local de La Châtaigneraie auprès de la population du sud et de l'est Vendée : connaissance et image de l'hôpital local.  
Questionnaire administré par interview. Echantillon des personnes interrogées.
- ANNEXE n°4 :** Présentation des indicateurs de vérification des hypothèses de travail.
- ANNEXE n°5 :** Grille de FAYOL : diagnostic interne de l'hôpital local de La Châtaigneraie.
- ANNEXE n°6 :** La « Segmentation stratégique » et le « Processus de Gestion Stratégique » de l'hôpital local de La Châtaigneraie.
- ANNEXE n°7 :** Grille de HARVARD : diagnostic interne et externe de l'hôpital local de La Châtaigneraie.
- ANNEXE n°8 :** Grille inspirée du BOSTON CONSULTING GROUP : la dynamique de développement de l'hôpital local de La Châtaigneraie.
- ANNEXE n°9 :** Incidences des solutions proposées au titre de la stratégie de développement de l'hôpital local de La Châtaigneraie.

**ANNEXE n°1**  
**Situation géographique de l'hôpital local de La Châtaigneraie.**



....

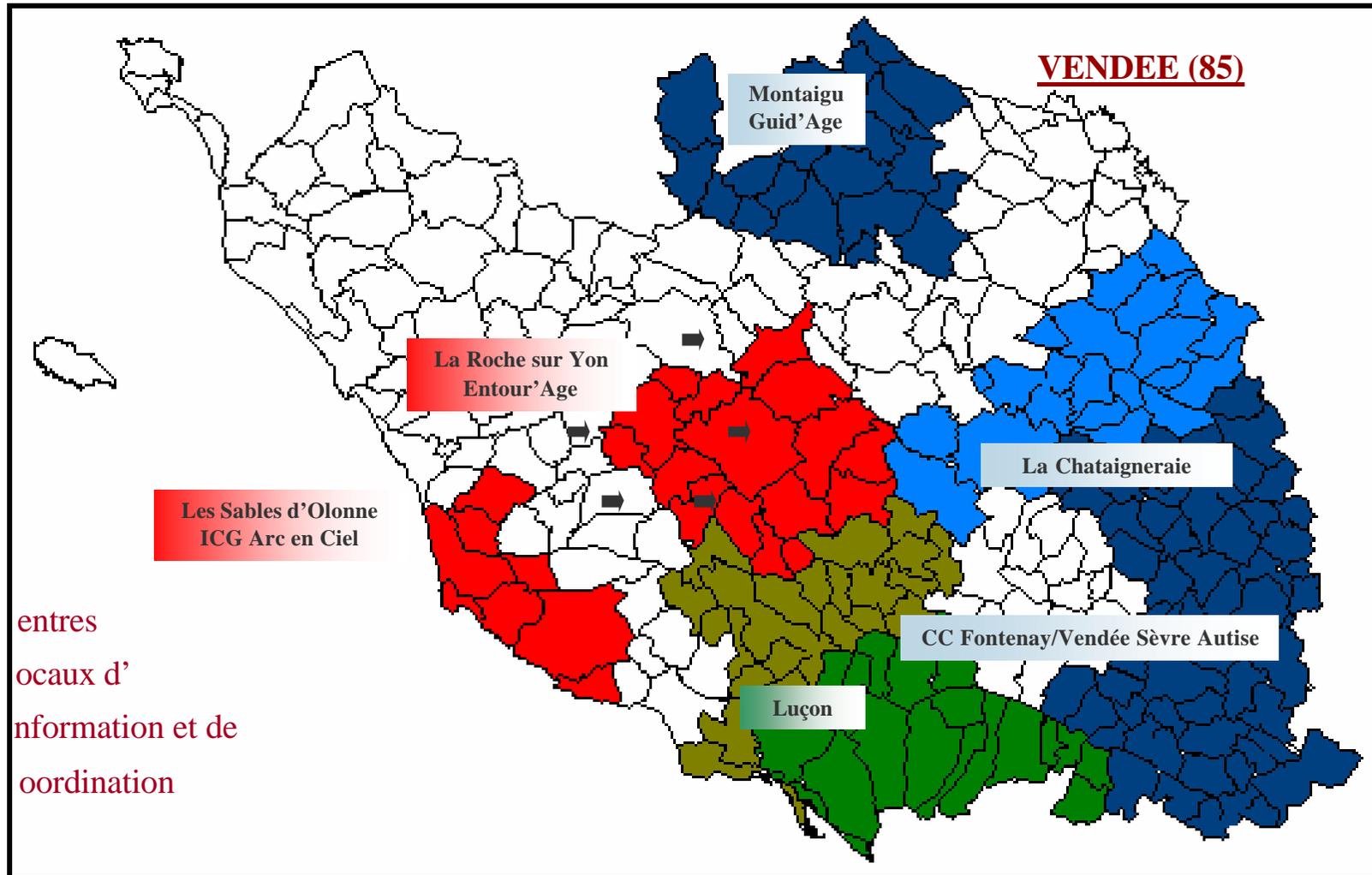
**Ne figurent pas sur la carte :**

NANTES : 60 KMS ENVIRON AU NORD-OUEST DE CHOLET  
LA ROCHE-SUR-YON : 35 KMS ENVIRON A L'OUEST DE CHANTONNAY

POITIERS : 45 KMS ENVIRON A L'EST DE PARTHENAY

ANNEXE n°2

LE CLIC Est-Vendée : Territoire d'attractivité de l'hôpital local de La Châtaigneraie.



**C**entres  
**L**ocaux d'  
**I**nformation et de  
**C**oordination

■ Territoires des CLIC labellisés niveau 3

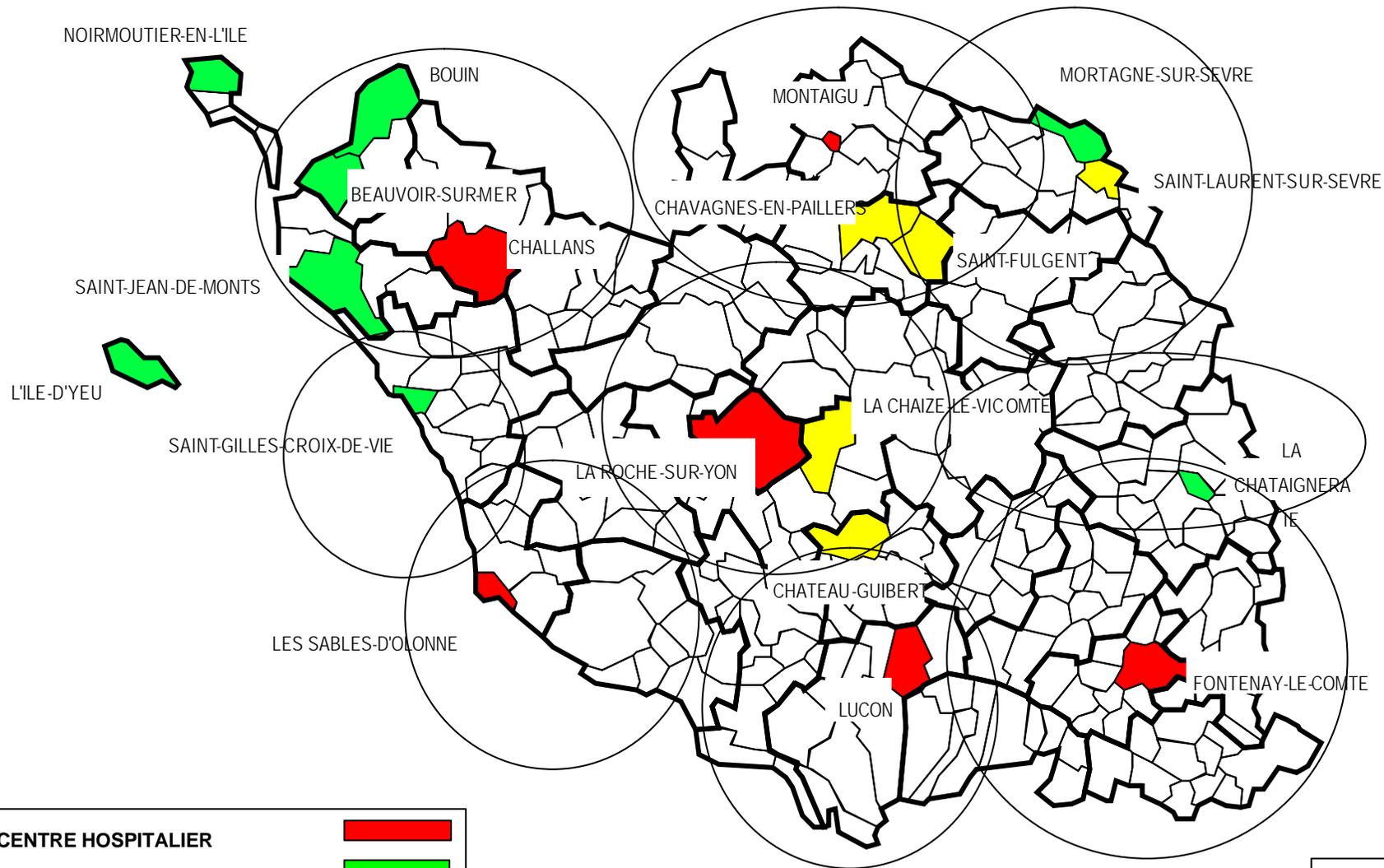
■ Territoires des CLIC labellisés niveau 2

■ Territoires des CLIC labellisés niveau 1

➔ Permanence d'accueil autre que  
site principal

■ Projet extension CLIC Luçon

■ Projet extension CLIC La Chataigneraie



<b>CENTRE HOSPITALIER</b>	
<b>HOPITAL LOCAL</b>	
<b>MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE</b>	

**Annexe 2**

## ANNEXE n°3

### ENQUÊTE SUR L'IMAGE, LE RÔLE ET L'UTILITE DE L'HÔPITAL LOCAL DE LA CHÂTAIGNERAIE.

#### LE QUESTIONNAIRE ADMINISTRE AUX ACTEURS DE SANTE DU TERRITOIRE DE L'HÔPITAL LOCAL. A l'exclusion de la population. (Dimensions mesurées : Expertise, confiance, notoriété, complémentarités)

##### Première approche de l'hôpital local.

- Quand vous pensez à l'hôpital local, à quoi pensez-vous en premier lieu ? Pourquoi ?

##### Image de l'hôpital local.

- Quelle image avez-vous de l'hôpital local ? Pourquoi ?
- Pour vous, qu'est-ce qui pourrait faire évoluer cette image ?

##### Première mesure de confiance en l'hôpital local.

- Si vous, ou un de vos proches, deviez être hospitalisé, accepteriez-vous de l'être à l'hôpital local ? Pourquoi ?

##### Rôle et utilité de l'hôpital local sur son territoire.

- Pour vous, quel est le rôle d'un hôpital local ? Quels services et prestations doit-il proposer ? Développer ?

- L'hôpital local a récemment développé de nouvelles activités ? Les connaissez-vous ? Qu'en pensez-vous ? Changent-elles votre représentation de l'hôpital local ? En quoi ?

- Des activités de type maison médicale, petites urgences, HAD sont envisagées pour les hôpitaux locaux. Qu'en pensez-vous ? Pensez-vous que cela soit souhaitable à La Châtaigneraie ? Pourquoi ?

- Pensez-vous que l'hôpital local soit utile sur votre territoire ? Pourquoi ?

#### Articulations entre l'hôpital local et les acteurs de santé de son territoire.

- Que pensez-vous des coopérations développées par l'hôpital local dans le cadre du GES et des différents réseaux dans lesquels il est partie prenante ? Présentent-elles un intérêt ? Lequel ? Pour qui ?

- Quelles autres articulations voyez-vous entre l'hôpital local et les autres professionnels de santé, institutionnels ou libéraux ? Médicaux ou paramédicaux ?

#### Mesure de la motivation à travailler avec/à l'hôpital local.

- Pourquoi avez-vous accepté (ou refusé) de travailler avec l'hôpital local ? Quelles sont/étaient vos motivations ?

- Quelles ont été vos motivations pour venir travailler à l'hôpital local ? Votre vision personnelle de l'hôpital local a-t-elle évolué ? Pourquoi ?

*(Variante pour les professionnels internes)*

- Quelles relations avez-vous avec l'hôpital local ? Son administration ? Ses professionnels médicaux et soignants ? Que souhaiteriez-vous améliorer dans ces relations ?

#### La connaissance des projets de développement de l'hôpital local.

- Etes-vous suffisamment informé(e) des projets de l'hôpital local ?

- Par quel(s) moyen(s) pourriez-vous être mieux informé(e) ?

- Etes-vous préparé(e) aux évolutions à venir ? Avez-vous des interrogations, des craintes ?  
Lesquelles et pourquoi ?

*(Question posée aux professionnels internes)*

### Qualifier la prise en charge à l'hôpital local.

- Qu'attendez-vous principalement d'un établissement de santé ?

*(Classer par ordre de préférence)*

- Qu'il vous prodigue des soins de qualité.
- Qu'il vous apporte une réponse sanitaire de proximité.
- Qu'il vous garantisse la sécurité dans votre prise en charge.

- Au regard de la question précédente, quelle(s) caractéristique(s) qualifie(nt) pour vous le mieux l'hôpital local ?

### Synthèse.

- Pourriez-vous me donner 3 mots pour définir l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

## **LES PERSONNES INTERROGÉES.**

### **Les personnes interrogées par questionnaire.**

- Les professionnels internes : tous statuts et services confondus.

*(Taux de réponse de 15% toutes catégories confondues)*

- Les directeurs des EHPAD (rencontrés par ailleurs dans le cadre des groupes de travail).

*(Taux de réponse de 50% - Présence de 80 à 90% dans les groupes de travail)*

## **Les personnes rencontrées en entretiens.**

### ***Professionnels internes de l'hôpital local de La Châtaigneraie.***

- Monsieur ALUZE, directeur de l'hôpital local
- Madame BELAUD, cadre supérieur de santé, responsable du pôle soin et de la démarche qualité
- Madame METAIS, cadre de santé, responsable du service de soins de longue durée et de la structure AHLCID
- Madame PROUST, cadre de santé, responsable des services de médecine, soins de suite et soins palliatifs, et de la liaison avec le CLIC
- Madame CLIQUENNOIS, cadre supérieur de santé, responsable du Centre d'Accueil pour Adultes Handicapés et de la formation des professionnels de l'hôpital local et du CAAH
- Mademoiselle BRIDONNEAU, chargée de communication à l'hôpital local

### ***Personnes interviewées extérieures à l'hôpital local de La Châtaigneraie.***

Celles-ci sont présentées selon leur ordre d'analyse dans le texte. En outre, par souci de confidentialité à l'égard des personnes interrogées, notamment quant à la teneur de leurs réponses, certains acteurs ont été « anonymisés ». Ceci, principalement lorsque le nombre de personnes interrogées était trop faible dans la catégorie interviewée (une personne).

### **Le CLIC Est-Vendée.**

- Une personne interrogée

### **Les directeurs d'établissements sanitaires.**

- Monsieur BABIN, directeur de la clinique sud Vendée à Fontenay-le-Comte (GES)
- Monsieur HECTOR, directeur du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte (GES)
- Monsieur LE GUERN, directeur du centre hospitalier de Luçon (centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon)
- Monsieur LORSON, directeur de l'hôpital local de Houdan (Président de l'ANHL)

Les professionnels des réseaux départementaux dans lesquels l'hôpital local est partie prenante.

- Docteur DESAILLY-CHANSON, présidente de la CME du centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon, responsable de la CRIQUE Vendéenne
- Docteur TESSON, centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon. Réseau départemental des soins palliatifs
- Docteur WIESEL, centre hospitalier multisites de La Roche-sur-Yon. Réseau départemental Hygiène

Les élus locaux.

- Monsieur COLIN, maire de Pouzauges
- Madame HERBOUILLER, maire de La Châtaigneraie et présidente du conseil d'administration de l'hôpital local, membre du conseil d'administration du CAAH
- Madame GODON, adjointe au maire de Chantonay, membre du conseil d'administration de l'hôpital local
- Monsieur OUVREARD, conseiller général de Vendée, président de la communauté de communes de La Châtaigneraie, membre des conseils d'administration de l'hôpital local et du CAAH

Les kinésithérapeutes.

- Une personne interrogée (cabinet de kinésithérapeutes de La Châtaigneraie)

Les pharmaciens.

- Monsieur DREHER, Saint Pierre du Chemin
- Monsieur KERJEAN, La Châtaigneraie, président du conseil d'administration du CAAH, membre du conseil d'administration de l'hôpital local

Les infirmiers.

- Madame INGOLD, La Caillère Saint Hilaire
- Madame SAUVETRE, cabinet de soins infirmiers pour personnes âgées, La Châtaigneraie
- Cabinet de soins infirmiers de La Châtaigneraie (deux infirmières)

Les médecins libéraux.

- Docteur BOULESTREAU, Saint Pierre du Chemin
- Docteur CHARTON, La Chapelle aux Lys
- Docteur GRILLOT, Vouvant
- Docteur HERBOUILLER, La Châtaigneraie. Praticien hospitalier à temps partiel, actuellement en disponibilité
- Docteur PELOTEAU, La Jaudonnière. Praticien contractuel à l'hôpital local de La Châtaigneraie

**L'ENQUÊTE EFFECTUEE AUPRES DE LA POPULATION.**

***(Mesurer la connaissance et l'image de l'hôpital local)***

Questionnaire administré par la chargée de communication de l'hôpital local.

133 personnes interrogées, dans les villes de La Châtaigneraie, Chantonay, Pouzauges et Moncoutant (frange Deux-Sévrienne).

Connaissance.

- Savez-vous où se situe l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Oui / Non

- Sous quel nom le connaissez-vous ?

Maison de cure

Hôpital local

Centre de moyen et long séjour

Ne sait pas

- Savez-vous combien de personnes travaillent à l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Moins de 100

Plus de 100

Plus de 150

Ne sait pas

- Savez-vous quels types de malades sont pris en charge à l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Oui / Non

- Si oui, lesquels ?

- Savez-vous quels spécialistes de santé interviennent auprès des malades à l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Oui / Non

- Si oui, lesquels ?

- Connaissez-vous les nouvelles activités que l'hôpital local de La Châtaigneraie a récemment développées ?

Oui / Non

- Si oui, lesquelles ?

- Savez-vous que l'hôpital local de La Châtaigneraie gère le Centre d'Accueil pour Adultes Handicapés ?

Oui / Non

### Image.

- Quelle image avez-vous de l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Très bonne

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Ne sait pas

- Pourquoi ?

- Quelle(s) caractéristique(s) qualifie(nt) selon vous le mieux l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Proximité

Qualité

Sécurité

Ne sait pas

- Pourquoi ?

- Recommanderiez-vous l'hôpital local de La Châtaigneraie et accepteriez-vous de lui confier temporairement votre santé ou celle de vos proches ?

Oui / Non

- Pourquoi ?

#### Informations.

- Pensez-vous être suffisamment informé(e) des activités et projets de l'hôpital local de La Châtaigneraie ?

Oui / Non

- Si non, quels types d'informations souhaiteriez-vous et par quel(s) moyens ?

## ANNEXE n°4

### **PRESENTATION DES INDICATEURS** **DE VERIFICATION DES HYPOTHESES DE TRAVAIL.**

Une présentation est ici faite des indicateurs qui m'ont permis de vérifier, sur le terrain, les hypothèses posées et de mesurer les possibilités et potentialités de développement de l'hôpital local. Au travers des éléments recueillis, ceux-ci m'ont permis de dresser les contours de la nouvelle légitimité de l'hôpital local, notamment quant aux créneaux et aux activités sur lesquels les acteurs de santé le reconnaissent comme fondé.

1- La détermination des complémentarités dans lesquelles l'hôpital local pourrait s'inscrire et son rôle en leur sein.

Pour mesurer la nature des COMPLEMENTARITES locales et le RÔLE possible de l'hôpital local en leur sein, différents indicateurs ont été utilisés à l'occasion du traitement des résultats obtenus au travers de l'enquête et des groupes de travail menés lors de mon stage de formation de DESS.

Je citerai principalement les suivants :

- La fréquence de l'utilisation des termes réseaux, liens, coopérations et complémentarités et la définition de leurs contours.
- La conception de l'hôpital local comme un partenaire régulier, historique, envisageable, souhaitable ou pas.
- la reconnaissance de l'hôpital local comme lieu naturel de réseaux.
- Les champs et domaines d'activités où les liens sont envisagés, leurs modalités, régularité et les articulations comme les outils de coopérations éventuels envisagés.
- Le promoteur légitime pour impulser les partenariats locaux : hôpital local ou pas et, si tel n'est pas le cas, son rôle et sa place dans les complémentarités.
- Les éléments nécessaires à la construction des complémentarités locales sur le territoire de l'hôpital local : démarche et outils.
- Les éléments que l'hôpital local pourrait et devrait amener aux réseaux locaux.
- La connaissance de l'inscription de l'hôpital local dans différents réseaux locaux et départementaux. L'apport que cela constitue pour lui. L'intérêt que cela peut avoir pour les acteurs de santé locaux.

- L'existence d'un lien entre le contexte local (situation géographique, socio-économique, offre de santé, histoire etc...) et la nécessité des complémentarités. L'utilité des partenariats locaux, pourquoi et pour qui.
- L'impact des attentes des acteurs de santé en matière de complémentarités locales pour l'hôpital local (en termes organisationnels, financiers etc...).

2- La mesure de la légitimité de l'hôpital local au travers des dimensions de l'expertise, de la confiance et de la notoriété qui lui sont reconnues.

Concernant la deuxième hypothèse et s'agissant de mesurer l'expertise reconnue à l'hôpital local par les acteurs de santé locaux, la confiance qu'ils lui accordent et sa notoriété, différents indicateurs de mesure ont également été définis en préalable à l'analyse des réponses. Ils sont présentés, ici, pour chaque dimension.

### L'EXPERTISE.

Les éléments retenus pour la mesurer sont les suivants :

- Les contours de l'expertise pour les acteurs de santé locaux. Les liens faits avec la compétence, la technicité de la prise en charge, la qualité et la sécurité des soins.
- La connaissance par les acteurs de santé d'un ou de plusieurs domaines potentiels d'expertise de l'hôpital local.
- La reconnaissance de la part des acteurs de santé d'une ou de plusieurs compétences à l'hôpital local. Si une telle reconnaissance existe, les domaines d'expertise et, a contrario, les domaines pour lesquels le scepticisme est de mise.
- Le niveau d'exigence vis-à-vis des compétences de l'hôpital local.
- L'utilité des compétences reconnues à l'hôpital local et les bénéficiaires de ces compétences, internes comme externes.
- Les modalités envisagées par les acteurs de santé pour solliciter les compétences de l'hôpital local, leur régularité.
- La conception des compétences de l'hôpital local au regard de celles des autres acteurs de santé, leurs articulations et complémentarités éventuelles.
- Au regard des compétences reconnues, les rôles et missions possibles dans lesquels l'hôpital local est considéré comme légitime et peut s'inscrire. Ses potentialités et ses limites.
- La définition de la nature du positionnement de l'hôpital local sur son territoire, de son utilité. La corrélation avec les spécificités du contexte local (géographique, socio-économique, historique etc...).

- L'expertise reconnue, les impacts des attentes/besoins des acteurs de santé à l'égard de l'hôpital local (en termes organisationnels, financiers, de ressources humaines etc...). Les développements potentiels, les activités à créer.

### La CONFIANCE.

Les indicateurs retenus pour la mesurer sont les suivants :

- Au-delà de la reconnaissance d'une expertise, la décision de faire appel à l'hôpital local. Les circonstances et les motivations. Les modalités.
- La nature de la confiance : institutionnelle, interpersonnelle etc... Le processus de sa construction, ses éléments fondateurs.
- Les principaux détenteurs de la confiance : le personnel (médical, paramédical, hôtelier), l'encadrement, le management.
- Les domaines de la confiance. A contrario, ceux pour lesquels les acteurs de santé ont un doute et les attentes d'amélioration.
- La mesure des adéquations et, a contrario, des décalages éventuels entre l'expertise reconnue et la confiance accordée ou vérifiée sur le terrain. L'impact de l'image de l'établissement, des intérêts et des « jeux » d'acteurs.
- L'impact des mesures effectuées : les actions à mener par l'hôpital local (en termes organisationnels, financiers, de ressources humaines, de communication etc...)

### La NOTORIETE.

Les paramètres retenus pour la mesurer sont les suivants :

- La connaissance par les acteurs de santé de l'hôpital local.  
Pour cet indicateur très général, il y a plusieurs sous-indicateurs : l'existence de l'hôpital local, sa situation géographique, les activités qu'il propose (internes et externes) et la notion de leur volume. Le nombre et le type de populations accueillies, de professionnels, la notion des équipements et matériels proposés.
- La reconnaissance par les acteurs de santé de l'hôpital local.  
Ici encore, des sous-indicateurs ont été utilisés : l'appréciation portée à l'hôpital local, en termes d'accueil, de prise en charge, d'hôtellerie. Le jugement porté sur la qualité, la sécurité, la technicité des prises en charge, les compétences de l'hôpital local.
- Le niveau d'expertise qui lui est reconnu. (*Se reporter aux indicateurs définis pour mesurer l'expertise*). La mesure de l'impact de la notoriété sur la dimension de l'expertise.

- La mesure de l'impact de la notoriété sur la confiance accordée ou non à l'hôpital local, sur l'utilité qu'on lui accorde et la nature du rôle qu'il peut et pourrait avoir.
- Les adéquations et, a contrario, les décalages entre la notoriété de l'hôpital local et la réalité de ce qu'il propose.
- Les similitudes ou différences de perception selon les catégories d'acteurs de santé. Les vecteurs de notoriété selon les différentes catégories.
- L'impact des mesures effectuées : les actions à mener par l'hôpital local (en termes organisationnels, financiers, de ressources humaines, de communication etc...)

## ANNEXE n°5

**GRILLE DE FAYOL****DIAGNOSTIC INTERNE DE L'HÔPITAL LOCAL DE LA CHÂTAIGNERAIE.**

		1 ++	2 +-	3 -+	4 --
<b>EFFICACITE</b>	Division du travail	X			
	Stabilité du Personnel		X		
	Initiative	X			
	Union du personnel		X		
<b>CONTRAINTE</b>	Centralisation du pouvoir		X		
	Discipline	X			
	Unité de commandement	X			
	Unité de direction	X			
	Hiérarchie	X			
	Ordre	X			
<b>VERTU</b>	Subordination des intérêts particuliers à l'intérêt général		X		
	Equité		X		
	Rémunération		X		

## ANNEXE n°6

# **LA SEGMENTATION STRATEGIQUE** **ET** **LE « PROCESSUS DE GESTION STRATEGIQUE »** **DE L'HÔPITAL LOCAL DE LA CHÂTAIGNERAIE.**

## **LA SEGMENTATION STRATEGIQUE.**

### **Segment stratégique :**

La Santé

Le Handicap

### **Politiques Publiques :**

Les politiques publiques sanitaires : Réglementation en matière de Santé Publique , Code de la Santé Publique, Planification ( Ordonnance de septembre 2003, SROS de 3<sup>ème</sup> génération...), Plan Hôpital 2007, organisation du système de santé, statuts de l'hôpital local, circulaire n°2003-257 du 28 mai 2003 etc...

Les politiques publiques sociales et médico-sociales : Code de l'Action sociale et de la Famille, loi du 2 janvier 2002, loi du 30 juin 1975 en cours de modification pour la partie du Handicap, schémas départementaux personnes âgées et personnes handicapées etc...

### **Axes d'intervention :** *(En cours d'évolution)*

#### **Dans le cadre de l'Hôpital local**

Historiquement : publics relevant des

- Soins de suite et réadaptation

- Soins de longue durée
- Médecine polyvalente à orientation gériatrique
- Soins palliatifs
- Activités médico-sociales : coordination (CLIC), hébergement de personnes âgées
- Activités de prévention ( non développées à ce jour à l'hôpital local)

En développement aujourd'hui ou en cours de réflexion, eu égard à la circulaire du 28 mai 2003 sur les missions de l'hôpital local

Accueil de publics au titre des :

- Consultations avancées
- Imagerie médicale (radiologie)
- Hospitalisation à domicile et alternatives à l'hospitalisation (non développées), hébergement permanent ou temporaire, accueil de jour
- Accueil inopiné dans le cadre d'une maison médicale/maison de garde (non développés)
- Filière gériatrique
- Prises en charges spécifiques : démences, maladies neuro-dégénératives, etc...

#### Dans le cadre du Centre pour Adultes Handicapés :

Prise en charge des populations handicapées de + de 20 ans, pathologies essentiellement mentales.

*(Non développé dans le cadre de ce travail)*

Accueil permanent de type foyer de vie, maison de retraite et accueil de jour.

#### **Modes d'Actions :**

##### Présentation succincte :

*(Voir présentation des services et activités dans le cadre du Processus de Gestion Stratégique – Hors du Centre d'Accueil pour Adultes Handicapés non traité dans le cadre de ce travail )*

- Soins de suite et réadaptation (inclus la balnéothérapie et les projets de rééducation externe)
- Soins de longue durée
- Soins palliatifs
- Médecine polyvalente à orientation gériatrique

- Filière gériatrique (inclus le projet de création d'une équipe mobile gériatrique)
- Consultations avancées
- Imagerie médicale (radiologie notamment)
- Projet de maison médicale et d'accueil inopiné
- Projet de développement d'alternatives à l'hospitalisation : hospitalisation à domicile, de jour, à temps partiel. Alternatives à l'hébergement permanent : temporaire, accueil de jour
- Coordination gérontologique : CLIC
- Complémentarités locales et réseaux locaux : Groupement des Etablissements du sud Vendée (GES), Réseaux départementaux qualité (CRIQUE) et hygiène, réseau ONCOPAL, AIDHL. Projets avec le domicile (libéraux médicaux et paramédicaux), les EHPAD : lieux, temps de coordination, activités formalisées etc...
- Mises à disposition de professionnels ressources
- Sous-traitance d'activités logistiques
- Formations externes
- Etc...

### **Actions et opérations :**

Cf.

- Organisation de la prise en charge
- Les différents services, les prestations assurées
- Retraccées dans le suivi budgétaire, dans les Unités Fonctionnelles

### **LE « PROCESSUS DE GESTION STRATEGIQUE » :**

#### **Mission :**

Missions statutaires d'un hôpital local, conformément au Code de la Santé Publique.  
Evolutions en cours au vu de la circulaire du 28 mai 2003 et des SROS de 3<sup>ème</sup> génération.

#### **Activités « classiques » :**

- Soins de suite et réadaptation

- Soins de longue durée
- Médecine de proximité à orientation gériatrique
- Soins palliatifs
- Activités médico-sociales
- Portage de repas
- Coordination gérontologique (CLIC)

Activités « nouvelles » :

- Consultations externes
- Imagerie médicale : activité de radiologie
- Filière gériatrique (en cours)
- Rééducation externe : balnéothérapie
- Mises à disposition de professionnels ressources dans le cadre du Dispositif d'Adaptation au Logement, dans le cadre de conventions avec des EHPAD

Activité « parallèle » :

Administration d'un Centre pour Adultes Handicapés, de type « foyer de vie » « maison de retraite », accueillant des personnes handicapées mentales de plus de 20 ans. Hébergement permanent et accueil de jour.

*(Non développé dans le présent travail)*

Philosophie de la prise en charge et des pratiques professionnelles :

- Ethique du Service Public et de la réponse au besoin
- Autonomisation de la personne accueillie, en maintenant, restaurant ou développant ses ressources et ses potentiels
- Respect de la personne dans sa globalité, accueil et prise en considération de son entourage
- Recherche de l'amélioration continue des soins
- Soins et accompagnement de la personne jusqu'au terme de sa vie
- Préservation de la vie sociale de la personne accueillie
- Souci de collaboration entre professionnels, internes et externes, et travail en réseau

## **Buts et objectifs :**

### **But 1 :**

Répondre à la mission de l'hôpital local en tant qu'établissement public de santé. Améliorer l'existant et développer une offre en réponse aux besoins des acteurs de santé du territoire : usagers, professionnels et autorités politiques.

Dans ce cadre : améliorer la qualité de la prise en charge, la continuité des soins et de l'accompagnement, la réponse de proximité sanitaire et médico-sociale.

Veiller au bien-être individuel et collectif des professionnels de la structure.

### **But 2 :**

Construire la nouvelle légitimité de l'hôpital local, telle que posée dans les évolutions juridiques récentes : plan « Hôpital 2007 », ordonnance de septembre 2003, circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

C'est-à-dire :

Impulser la réflexion sur la construction d'une offre de santé de territoire et positionner l'hôpital local comme un acteur de santé structurant pour le territoire du sud et de l'est Vendée. S'inscrire dans les filières de santé locales : sanitaire, sociale et médico-sociale.

Dans la perspective des évolutions à venir du système de santé et des besoins de santé publique : proposer de nouvelles réponses et diversifier l'offre de l'établissement.

Travailler les objectifs suivants :

- L'hôpital premier maillon sanitaire de base, plate-forme sanitaire de première intention.
- Développer les articulations entre le domicile et l'institution : devenir un pôle ressource pour les acteurs du domicile et organiser la continuité et les relais entre les deux.
- Approfondir les articulations entre le sanitaire, le social et le médico-social : devenir un pôle ressource et organiser la continuité et les relais entre les deux.
- Proposer de nouvelles prises en charges spécifiques en relais des acteurs de santé, lorsque ceux-ci ne peuvent pas/plus, ne savent pas/plus.
- L'ensemble des projets sera mené dans une logique de subsidiarité et de complémentarité avec les autres acteurs de santé.

- Proposer un projet de santé de territoire en articulation avec l'ensemble des acteurs de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

### **Vecteurs de croissance :**

#### Améliorer et rendre plus performants les prises en charge et services existants :

- Soins de suite et réadaptation
- Soins de longue durée
- Soins palliatifs
- Coordination gériatrique (CLIC)
- Portage de repas
- Couverture médicale et fonctionnement médical internes
  
- *Foyer de vie et accueil de jour au Centre d'Accueil pour Adultes Handicapés (Non traité dans le cadre du présent travail)*

#### Renouveler certaines prises en charge en les spécialisant :

- Diversification des soins de longue durée : EHPAD, unité pour patients atteints de la maladie d'alzheimer, gérontopsychiatrie
- Développement de nouveaux domaines : soins prolongés avec notamment la prise en charge des pathologies neuro-dégénératives de type sclérose en plaques, chorée de hungtinton etc...

#### Développer et améliorer les nouvelles activités, pour certaines encore « balbutiantes » :

- Service de médecine
- Consultations avancées
- Imagerie médicale (radiologie)
- Mises à disposition de professionnels ressources

#### Créer de nouvelles activités au regard des opportunités juridiques offertes :

- Maison médicale
- Accueil inopiné

- Filière gériatrique, incluant la création d'une équipe mobile gériatrique
- Alternatives à l'hospitalisation, hospitalisation à domicile, de jour, à temps partiel
- Rééducation externe

Approfondir les complémentarités locales et devenir un lieu d'interface :

S'inscrire dans et développer les filières de santé locales.

- Approfondir les coopérations existantes : GES, Réseau vendéen de soins palliatifs, Réseau de la CRIQUE vendéenne, Réseau départemental Hygiène, Réseau ONCOPAL, AIDHL etc...
- Développer de nouvelles coopérations : avec les acteurs du domicile, les EHPAD, des établissements de santé des Deux-Sèvres
- Initier une réflexion de territoire sur un projet de santé global, promouvoir une politique de santé de territoire

Se poser comme un pôle ressource, une plate-forme de compétences sur le territoire :

- Plate-forme de compétences : logistiques et activités transversales, expertises de professionnels en matière de soin, de démarche qualité, d'hygiène etc...
- Selon les besoins exprimés sur le terrain
- Proposer des formations continues à l'extérieur, médicales et paramédicales, des stages par comparaison etc...

**Plan de gestion de portefeuille :**

***Les principaux leviers de la réussite relevant de l'établissement.***

Les compétences professionnelles :

- Métiers existants à développer, à créer (professionnels, équipes mobiles)
- Créations de postes à envisager sur des domaines spécifiques (rééducation par exemple)
- Plan de formation, de qualification
- Valorisation de l'initiative, dynamisme et réactivité des professionnels
- Garantie d'une bonne couverture médicale interne, reconnue à l'extérieur
- Mises à disposition de l'extérieur de compétences internes (formations, audits, conseils etc...). Si nécessaire, prévoir des créations de postes/temps partagés

### Le mode de management :

- Stratégique
- Participatif
- Réactif. S'adapter à la logique des interlocuteurs
- Délégant
- Situationnel
- Etc...

### Les complémentarités locales :

- Valorisation et approfondissement des réseaux existants
- Création de nouvelles complémentarités : formalisation notamment juridique, régularité, de nouvelles filières de santé, notamment gériatrique
- Création de lieux/espaces et de temps de rencontres avec les autres acteurs de santé
- Création de temps/structures de coordination et de liens

### Des nouvelles activités :

- Proposer des prises en charge différenciées et spécifiques, investir de nouveaux domaines de prises en charge dans lesquels les besoins existent mais ne trouvent pas de réponses adéquates : démences, maladie d'alzheimer, maladies neuro-dégénératives etc...
- Développer la prévention et l'éducation à la santé
- Renforcer l'activité de rééducation interne et développer les projets de rééducation externe, de jour

### La politique de communication de l'établissement :

- Interne
- Externe

### La qualité des prestations hôtelières et soignantes:

- Locaux, plan architectural
- Qualité des équipements et matériels
- Prestations hôtelières : hébergement, restauration, blanchisserie etc...
- Acquisition d'équipements spécifiques : échographe

- Mises à disposition de l'extérieur de certains équipements et prestations de l'établissement (pôle ressource)

#### De possibles leviers futurs :

*(Ils ne sont envisageables que dans un second temps. Les conditions actuelles ne leur sont pas encore favorables)*

- La maison médicale et l'accueil inopiné
- L'hospitalisation à domicile ou l'activité de services de soins à domicile

#### ***Les leviers extérieurs à l'établissement.***

Ils renvoient aux décisions politiques prises au niveau national, c'est-à-dire au « Segment stratégique » et à la « Politique publique » qui conditionnent le « Processus de Gestion Stratégique » de l'établissement.

#### Les décisions qui concernent directement l'hôpital local.

- Une politique de communication nationale valorisant les hôpitaux locaux, la prise en charge gériatrique et la médecine générale
- L'éducation de tous à une nouvelle organisation du système de santé
- Les moyens, notamment financiers, accordés au développement des hôpitaux locaux
- Le maillage territorial national en hôpitaux locaux (à revoir). Les décisions sur le maillage, plus général, de l'ensemble du territoire en établissements de santé (quid de certains centres hospitaliers, de certains hôpitaux locaux ?)
- La réglementation concernant les hôpitaux locaux (à adapter et simplifier)
- La réglementation de l'accès au système de santé (promouvoir la place de l'hôpital local comme maillon de base)
- La réforme de la T2A

#### Des décisions qui concernent indirectement l'hôpital local.

- L'avenir de la couverture médicale libérale et de la permanence des soins au niveau local
- La rémunération des libéraux sur les temps de réunion et d'intervention au titre du service de médecine de l'hôpital local (pour les médecins généralistes libéraux)
- La promotion de l'innovation dans les établissements. La nécessité d'une reconnaissance juridique et financière

**ANNEXE n°7**

**GRILLE DE HARVARD**

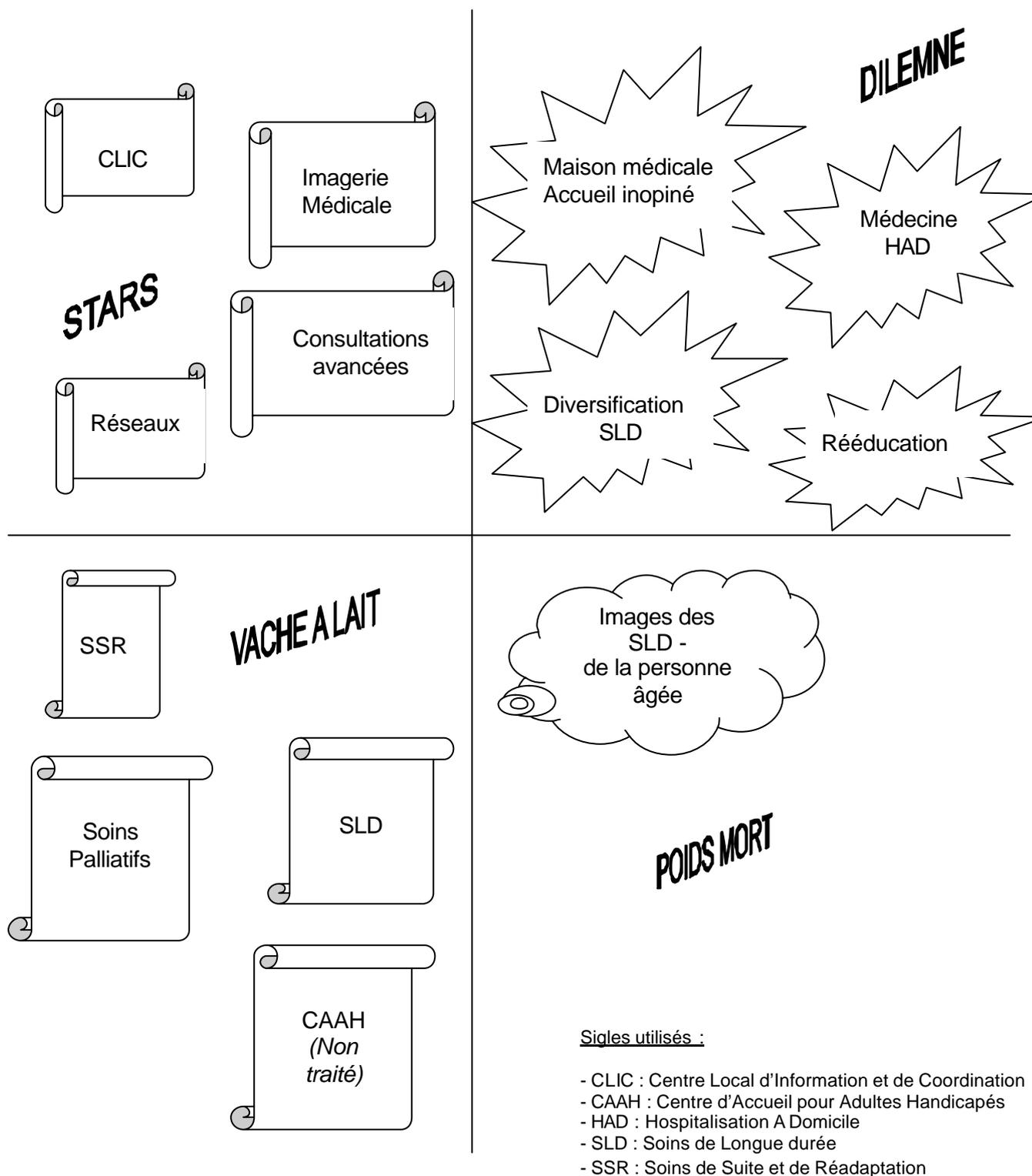
**DIAGNOSTIC INTERNE ET EXTERNE DE L'HÔPITAL LOCAL DE LA CHÂTAIGNERAIE.**

	<b>FAIBLE</b>	<b>MOYEN</b>	<b>FORT</b>	<b>TRES FORT</b>
<b>EXTERNE</b>				
Situation				X
Capacité			X	
Public accueilli		X		
Dispositif expérimental		X		
Financement/Liens avec les tutelles				X
Ouverture à l'extérieur			X	
Relations avec l'extérieur		X		
Communication		X		
Image		X		
<b>INTERNE</b>				
Système d'information			X	
Communication			X	
Finances				X
Qualité de la prise en charge			X	
Fonctionnement médical		X		
<b>Personnel</b>				
- Métiers				X
- Savoirs				X
- Age		X		
- Initiative				X
Encadrement				X
Management				X

**NB** : Le bémol apporté à la dimension de l'âge est à rapprocher des éléments constatés sur la grille de FAYOL quant à la stabilité, l'union du personnel et la subordination des intérêts particuliers à l'intérêt général. Il résulte du recrutement récent de jeunes professionnels dans le cadre du COM et de l'ARTT, lesquels n'ont pas encore intégré parfaitement la culture de l'institution et font preuve d'un certain individualisme. Ces difficultés sont en cours de résolution.

ANNEXE n°8

**GRILLE INSPIREE DU BOSTON CONSULTING GROUP**  
**LA DYNAMIQUE DE DEVELOPPEMENT**  
**DE L'HÔPITAL LOCAL DE LA CHÂTAIGNERAIE.**



## ANNEXE n°9

### **INCIDENCE DES SOLUTIONS PROPOSEES** **AU TITRE DE** **LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DE L'HÔPITAL LOCAL DE LA** **CHÂTAIGNERAIE.**

#### Remarques préliminaires :

Je tiens à préciser que les incidences des solutions proposées ont été envisagées du point de vue de leurs impacts financiers et organisationnels, de manière très globale. Il ne sera pas donné, ici, de coûts précis, ceci n'étant pas l'objectif visé. Par ailleurs, on peut supposer que la plupart des activités génèreront sans nul doute, et même si avec du décalage, des recettes qu'il est difficile d'estimer. Il devenait par conséquent impossible de déterminer les coûts réels créés par les solutions proposées.

Les incidences présentées, ici, sont celles qui m'ont paru les plus révélatrices des changements à prendre en compte dans le budget et les modalités de fonctionnement de l'établissement. Elles ne sont pas exclusives d'autres qui pourraient se rajouter ou se révéler avec l'avancement des projets.

Elles concernent, par ailleurs et uniquement, les solutions qui relèvent de l'établissement. Les incidences organisationnelles et financières résultant d'éventuelles décisions politiques à venir n'ont pas été envisagées. Non connues dans leur contenu, il était en effet difficile d'en mesurer les impacts.

Les incidences ont été proposées selon l'ordre d'évocation des solutions présentées dans la 3<sup>ème</sup> partie du présent travail.

#### Liste des sigles utilisés :

- AHLCID : Antenne Hospitalière de Liaison, de Coordination et d'Intervention au Domicile
- AS : Aide-soignant
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HL : Hôpital Local
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- SLD : Soins de Longue Durée
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

OBJECTIF GENERAL	OBJECTIFS PARTICULIERS (selon activités)	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE	INCIDENCES FINANCIERE ET ORGANISATIONNELLE	DELAIS DE MISE EN OEUVRE
<p><b>Développer et renforcer les compétences</b></p>	<p>Développer les compétences internes</p>	<p>Plan pluriannuel de formation</p> <p>Renforcement des équipes : recrutements</p> <p><u>Ex</u> : Projet rééducation</p>	<p>Budget alloué à la formation</p> <p>Budget personnel supplémentaire et réorganisation des équipes</p> <p>kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, personnel soignant IDE/AS de rééducation</p>	<p>2005 et années suivantes</p> <p>A compter de 2005</p> <p>A compter de 2005 (selon projet d'établissement)</p>
	<p><b><i>Développer l'apport de compétences extérieures</i></b></p>	<p>Développer les réseaux et filières dans lesquels l'HL est inscrit</p> <p>Développement des activités. Prévoir de nouvelles consultations avancées</p> <p><u>Ex</u> : Consultations avancées</p> <p>Imagerie médicale</p>	<p>Temps de réunion (budget personnel + transport)</p> <p>Budget communication</p> <p>Budget personnel supplémentaire et réorganisation des services</p> <p>- Temps de secrétariat médical, temps de secrétariat administratif, temps IDE</p> <p>- Temps de manipulateur radio, radiologue</p>	<p>Immédiat</p> <p>A compter de 2005/2006 et selon avancée des projets</p>

<b>Améliorer le fonctionnement et l'accueil dans les services</b>	Améliorer le fonctionnement du service médical	<p>Renforcer le temps médical</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination</li> <li>- Analyse médicale</li> </ul> <p>Créer des responsabilités de services</p> <p>Acquérir de nouveaux équipements (échographe...)</p> <p>Améliorer la couverture interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration du fonctionnement des gardes</li> <li>- Prévoir un temps de médecin interne sur les lits de médecine</li> </ul>	<p>Budget personnel médical supplémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps de coordination médicale</li> <li>- Temps d'analyse activité médicale</li> </ul> <p>Réorganisation interne des services Pas d'incidences financières majeures</p> <p>Budget équipements : investissement + fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A définir avec les praticiens Budget rémunération/indemnisation à prévoir</li> <li>- Réorganisation des services + temps supplémentaire éventuel de remplaçant</li> </ul>	<p>Immédiat A compter de 2005</p> <p>Immédiat</p> <p>A compter de 2005/2006 Et selon avancée des projets</p> <p>A compter de 2005/2006, selon avancée des échanges avec les libéraux 2005</p>
	Améliorer les prestations offertes dans le service de SLD	Développer la vie sociale	<p>Budget supplémentaire et réorganisation du service</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Budget animation + personnel</li> <li>- Temps de personnel ergothérapeute, psychomotricien</li> </ul>	A compter de 2005
	Améliorer l'accueil dans tous les services	Améliorer les locaux	Budget travaux et aménagements internes	Selon avancée des travaux
		Améliorer les prestations hôtelières	Augmentation des budgets logistiques (restauration, blanchisserie etc...)	Selon avancée des travaux



<p align="center"><b>Développer et renforcer la rééducation</b></p>	<p>Renforcer le service de rééducation</p>	<p>Renforcer l'équipe de rééducation</p>	<p>Budget personnel supplémentaire et réorganisation du service <i>(Voir plus haut – renforcement des compétences internes)</i></p>	<p>2005. Projet en cours</p>
	<p><b>Créer des lits de rééducation fonctionnelle en lien avec les centres de rééducation spécialisés</b></p>	<p>Créer des vacances de médecin rééducateur <i>(liens avec le développement du travail en réseau)</i></p> <p>Adapter les temps de consultations avancées et des professionnels ressources</p>	<p>Budget personnel supplémentaire et réorganisation du service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ajustement du temps de médecin interne</li> <li>- temps de médecin rééducateur</li> <li>- augmentation des temps de consultations avancées</li> <li>- temps d'orthophoniste</li> <li>- temps de psychologue</li> </ul>	<p>A compter de 2005/2006 pour certaines activités. Selon avancée des travaux pour les autres</p>
	<p><b>Développer l'hospitalisation de jour en rééducation</b></p>	<p>Développer et améliorer les locaux de rééducation et créer de nouveaux locaux / équipements</p>	<p>Budget infrastructure + équipement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- équipements et matériels</li> <li>- création d'un appartement d'ergothérapie + parcours de marche extérieur</li> <li>- extension des locaux de rééducation</li> </ul>	<p>Selon avancée des travaux</p>

<p><b>Mettre les compétences à la disposition de l'extérieur</b></p>	<p><b>Développer les formations extérieures</b></p> <p><b>Développer les mises à disposition de personnes ressources dans le cadre de réseaux institutionnels ou d'AHLCID</b></p> <p><b>Développer les « sous-traitances » d'activités</b></p>	<p>Proposer une offre de formation continue aux professionnels libéraux et institutionnels</p> <p>Développer les temps mis à disposition et les créer si nécessaire</p> <p>Développer les coopérations extérieures (<i>voir compétences extérieures</i>)</p> <p>Créer des prestations de service extérieures - restauration - blanchisserie</p>	<p>Budget personnel supplémentaire et réorganisation des services</p> <p>- temps de « professionnels ressources » : ergothérapeute, sécurité, hygiène, psychologue, diététique etc...</p> <p>Prévoir des créations de poste si besoin. Inclus équipe mobile gériatrie</p> <p>- temps de « formation de formateurs » pour les professionnels</p> <p>Prévoir des temps de réunion + temps de communication Prévoir temps de coordination</p> <p>Budget personnel supplémentaire et réorganisation des services</p> <p>Budget de fonctionnement investissements</p>	<p>Immédiat A compter de 2005 au plus tard</p> <p>Immédiat</p> <p>A compter de 2005/2006 Selon avancée des travaux si besoin infrastructure</p>
<p><b>Créer des espaces et des temps de rencontre</b></p>		<p>Proposer des occasions de rencontre et mettre pour cela à disposition des locaux de l'hôpital local</p>	<p>Budget personnel</p> <p>- Temps de réunion de personnel médical, soignant et professionnels ressources selon le thème</p> <p>Budget infrastructure et logistique pour réception - Locaux - Restauration</p> <p>Budget communication ( personnel et budget de fonctionnement)</p> <p>Budget informatique (liaisons ville/hôpital – accès dossier de soins)</p>	<p>Immédiat Au plus tard en 2005</p> <p>Immédiat Au plus tard en 2005</p> <p>Immédiat Au plus tard en 2005</p> <p>Immédiat</p>

<b>Créer des temps de coordination</b>	<b><i>Temps de coordination médicale</i></b>	Créer un temps de médecin coordonnateur sur les lits de médecine et les liaisons avec les praticiens libéraux et les institutionnels (EHPAD, sanitaires)	Budget personnel supplémentaire et réorganisation des services  - Temps de personnel médical - Temps de secrétariat médical + budget de fonctionnement	Immédiat Au plus tard en 2005
	<b><i>Temps de coordination médico-sociale (notamment sur l'activité AHLCID)</i></b>	Créer un temps de personnel soignant coordonnateur  - Activité AHLCID - Liaisons avec les institutionnels extérieurs (EHPAD notamment)	Budget personnel supplémentaire  - temps de personnel soignant (IDE) - temps de secrétariat + budget de fonctionnement  Budget communication ( temps de personnel + budget de fonctionnement)	2005/2006
	<b><i>Création d'un pôle réseaux</i></b>	Créer un temps de responsable du pôle « liens avec l'extérieur »	Budget personnel + temps de secrétariat et budget de fonctionnement de ce pôle transversal	A compter de 2005/2006
	<b><i>Développer le CLIC</i></b>	Développer les actions du CLIC	Budget CLIC (budget annexe de l'hôpital local : temps de personnel, logistique, infrastructure etc...)  Budget communication (personnel + budget de fonctionnement)	2005 et années suivantes

<b>Travailler la politique de communication</b>	<b>Développer la communication interne</b>	Améliorer la diffusion de la communication en interne	Budget communication - temps de personnel (Chargée de communication) - budget de fonctionnement	Immédiat
	<b>Développer la communication externe</b>	Améliorer et développer la communication externe	Développer des temps spécifiques de communication : temps de personnel, infrastructure, moyens logistiques	Au plus tard à compter de 2005
<b>Prévoir l'impact des « outils » qui seront proposés ultérieurement</b>	Créer une maison médicale	Organiser le fonctionnement de la maison médicale avec les praticiens libéraux  Inclure la réflexion sur les gardes médicales du secteur	Budget personnel supplémentaire et réorganisation des services :  - temps de secrétariat médical - temps de secrétariat administratif + accueil téléphonique (accueil inopiné) - temps IDE (accueil inopiné)	D'ici à 5 ans
	<b>Développer l'accueil inopiné (dans le cadre de la maison médicale)</b>	Créer et aménager les locaux	Budget infrastructure + signalétique intérieure et extérieure  Budget fonctionnement + équipements/matériels  Communication : temps de personnel + budget de fonctionnement	D'ici à 5 ans
	<b>Développer de l'HAD ou une activité de SSIAD</b>	Créer une activité d'HAD ou de SSIAD	Budget personnel et réorganisation des services : - temps médical - temps soignant  Budget de fonctionnement (matériels, transport etc...)	D'ici à 5 ans selon les besoins exprimés  A compter de 2006/2007