



EHESP

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

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

**L'hôpital local, un fonctionnement
médical rénové pour répondre aux
nouveaux enjeux de l'organisation
sanitaire et sociale**

L'exemple des hôpitaux locaux de Houdan et
Montfort l'Amaury

Youen CARPO

Remerciements

J'adresse mes plus vifs remerciements à :

- Virginie AUBIN, Directrice des hôpitaux locaux de Houdan et Montfort L'Amaury
- Jérôme LEBRIERE, Directeur adjoint des hôpitaux locaux de Houdan et Montfort L'Amaury

- A la communauté médicale des hôpitaux de Houdan et Montfort l'Amaury *via* ses représentants :
 - Dr HAMEL, Président de la Commission médicale d'établissement de l'hôpital local de Houdan
 - Dr JEGOU, Président de la Commission médicale d'établissement de l'hôpital local de Montfort l'Amaury

- Marie VASSOUT BOUCHARD, Attaché d'administration en charge des affaires médicales à l'hôpital local de Houdan.

Pour l'aide et les précieux conseils qu'ils m'ont apportés au cours de la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 HISTORIQUE ET FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX LOCAUX	5
1.1 L'EMERGENCE D'UNE STRUCTURE SANITAIRE DE 1 ^{ER} RECOURS	5
1.1.1 <i>La construction de la notion d'hôpital local</i>	5
1.1.2 <i>L'hôpital local, un acteur local de santé publique</i>	9
1.1.3 <i>Le « rapport Larcher », un soutien pour le développement des hôpitaux locaux</i>	12
1.2 LE FONCTIONNEMENT MEDICAL DE L'HOPITAL LOCAL	13
1.2.1 <i>Le médecin libéral agréé, un fonctionnement théorique</i>	14
1.2.2 <i>Un modèle difficile à tenir</i>	17
1.3 LES HOPITAUX LOCAUX, UN ENSEMBLE HETEROGENE	18
1.3.1 <i>Association nationale des hôpitaux locaux</i>	18
1.3.2 <i>Exemple de deux hôpitaux locaux des Yvelines, échantillon d'étude</i>	20
2 L'HOPITAL LOCAL A LA CONVERGENCE DES INTERETS PUBLICS ET PRIVES	25
2.1 LES MEDECINS AUJOURD'HUI.....	25
2.1.1 <i>La médecine libérale</i>	25
2.1.2 <i>Les contraintes et attentes des nouvelles générations de médecins</i>	30
2.1.3 <i>Statut des médecins hospitaliers</i>	34
2.2 L'HOPITAL LOCAL, UN HOPITAL POUR LE MEDECIN GENERALISTE.....	37
2.2.1 <i>Quelques observations sur les hôpitaux de l'étude</i>	38
2.2.2 <i>Les missions de l'hôpital local en concordance avec les attentes des nouveaux médecins</i>	40
2.2.3 <i>Premières préconisations</i>	41
3 LE MEDECIN A L'HOPITAL LOCAL, UNE RELATION NOUVELLE AU SEIN DE L'INSTITUTION	43
3.1 MODELISATIONS	44
3.1.1 <i>La liberté des acteurs</i>	44
3.1.2 <i>La théorie de l'agence</i>	48
3.2 LA PLACE DU MEDECIN, UN ROLE A REDEFINIR.....	51
3.2.1 <i>Application des modèles (liberté des acteurs et relation d'agence) à l'hôpital et plus particulièrement aux relations directeur/médecin</i>	51
3.2.2 <i>Les relations médecins / direction dans l'échantillon d'étude</i>	55
3.2.3 <i>Propositions d'organisation</i>	56
CONCLUSION :	59
BIBLIOGRAPHIE	63
LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANHL :	Association Nationale des Hôpitaux Locaux
AGHL :	Association de Généralistes des Hôpitaux Locaux
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CES :	Conseil Economique et Social
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CHL :	Coordination handicap Local
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNG :	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CSP :	Code de la Santé Publique
DESS :	Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD :	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EMG :	Equipe mobile gériatrique
EPS :	Etablissement Public de Santé
ETP :	Equivalent Temps Plein
EVC :	Etat Végétatif Chronique
HL :	Hôpital Local
INSEE :	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
ONDPS :	Observatoire National des Professions de Santé
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SLD :	Soins de Longue Durée
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USP :	Unité de Soins Palliatifs

Introduction

« Le médecin c'est l'acteur principal de l'hôpital contemporain, son véritable moteur¹ ». Cette affirmation logique, voire triviale est aujourd'hui un véritable problème pour le système de santé et ce notamment dans sa composante publique.

En effet, la disponibilité médicale, c'est-à-dire à la fois, le nombre de médecins mais également le temps qu'ils consacrent à la médecine, est arrivée à un seuil. On compte ainsi aujourd'hui 207 277 médecins en activité, soit 339 médecins pour 100 000 habitants. Ce taux ne peut que décroître. On estime ainsi que d'ici 17 ans, la densité médicale diminuera de 15,6% pour atteindre 283 médecins pour 100 000 habitants²

A cette baisse de la démographie médicale viennent s'ajouter d'autres facteurs diminuant la disponibilité médicale, en particulier à l'hôpital. On peut notamment citer le changement de conception d'exercice par les nouvelles générations de médecins, une féminisation du corps médical et enfin un déclin de l'attractivité hospitalière.

Il faut enfin noter des inégalités de répartition territoriale que cette baisse va encore accentuer, notamment dans les zones rurales, siège où, par définition, se trouvent les anciens hôpitaux ruraux, aujourd'hui hôpitaux locaux.

Ces hôpitaux locaux sont des hôpitaux particuliers. Premiers maillons de la chaîne sanitaire, ils ont été prévus dès leur création comme devant fonctionner avec les médecins de ville et non comme les autres hôpitaux avec des praticiens hospitaliers, médecins temps plein uniquement hospitalier. Dès lors, ces établissements se distinguent des autres hôpitaux généraux et l'on peut les considérer non comme des structures autonomes, vivant en vase clos, critique parfois adressée aux hôpitaux généraux, mais au contraire comme des structures ouvertes, maillon pivot d'une politique de santé publique

¹ C. MAILLARD, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, p 87

² JM. FUILHARD, *Rapport d'information fait au nom des Affaires sociales sur la démographie médicale*, p 11

au niveau d'un territoire, véritables outils à disposition de la médecine de ville et au service de la population d'un territoire.

Malheureusement cet outil, « grand espoir des années 1960³ » s'est très vite émoussé face à l'évolution de la société, des techniques et de la réglementation. Ainsi créés avec uniquement des médecins libéraux comme intervenants médicaux et face au manque de disponibilité ou d'investissement de ces derniers, le législateur a peu à peu autorisé les hôpitaux locaux à recruter des praticiens hospitaliers, allant par là même à l'encontre de la philosophie même de ces structures.

Il faut attendre la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local pour que ce dernier revienne en grâce comme solution possible aux problèmes que rencontre le système de santé.

Dès lors, si l'on considère toujours l'hôpital local comme une institution permettant de proposer une offre de soins pertinente en lien important avec la médecine de ville, et si on considère également l'hôpital local comme un outil pour le généraliste et dans un contexte de pénurie de médecins, comment alors intéresser ces derniers à venir y travailler, c'est-à-dire non seulement pratiquer la médecine mais également remplir toutes les tâches annexes (réunion, contraintes administratives...) ?

Autrement dit, comment faire pour que les médecins utilisent pleinement cet outil afin que l'hôpital local puisse donner toute la mesure de ses moyens ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous nous intéresserons au cas de deux hôpitaux locaux des Yvelines (région Ile de France) représentant chacun une évolution particulière de ce type de structure. L'hôpital local de Houdan, hôpital local dans toute l'acceptation du terme, comprenant un service de médecine, de SSR et de long séjour ainsi qu'un EHPAD et d'autres services, et l'hôpital local de Montfort l'Amaury, structure uniquement gériatrique ne comportant qu'un EHPAD et une unité de longs séjour. Ces deux hôpitaux locaux, lieux de mon terrain de stage sont en direction commune depuis 2004.

³ C. MAILLARD, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, p 101

La méthode d'enquête choisie pour mener à bien ce travail consiste à la fois en des observations directes, notamment lors des CME et en entretiens (cf. annexes I et II) menés auprès des médecins et des directeurs de ces deux établissements. L'approche sera à la fois historique, sociologique et systémique.

Pour ce faire, nous verrons dans une première partie ce qu'est précisément un hôpital local, à travers notamment sa construction juridique et la réalité que recouvre ce terme aujourd'hui, puis dans une deuxième partie nous nous intéresserons plus spécifiquement aux interactions entre hôpital et médecins, enfin, dans une troisième partie plus théorique, nous essaierons de montrer comment peut évoluer la relation médecin/direction au sein d'un hôpital local afin de pérenniser au mieux la présence de médecins libéraux dans ces structures.

1 Historique et fonctionnement des hôpitaux locaux

L'hôpital local est issu de l'évolution du système de santé. Héritier des anciens hospices, il occupe aujourd'hui, de par son rôle et ses missions, une place importante dans l'organisation sanitaire et sociale des territoires isolés.

1.1 L'émergence d'une structure sanitaire de 1^{er} recours

L'hôpital local est un établissement public de santé qui s'est construit peu à peu autour de missions spécifiques et qui connaît aujourd'hui un intérêt certain du fait de sa position charnière entre secteur sanitaire et secteur médicosocial, entre secteur public et secteur privé.

1.1.1 La construction de la notion d'hôpital local

L'hôpital local est l'héritier direct des anciens hospices dont la mission principale était l'accueil des indigents. Pourtant, progressivement, certains hospices se sont écartés de leur vocation première, d'ordre public en réponse aux besoins locaux (c'est-à-dire à la nécessité de prendre en charge des populations plus diversifiées) ainsi qu'à l'évolution des techniques médicales.

La loi du 21 décembre 1941 pose la première pierre du chantier de l'évaluation de la place de chaque établissement dans l'organisation hospitalière. Ce chantier aboutit aux arrêtés de classement du 16 janvier 1956 qui définissent le rôle de chaque établissement en fonction de l'importance de leur plateau technique : la distinction hôpital local/ centre hospitalier/ centre hospitalier régional se fait jour. Toutefois, perdurent en milieu rural les hospices dont les deux tiers environ se voient reconnaître une fonction sanitaire.

En 1952, le Conseil Economique et Social (CES) souligne la nécessité de disposer de « centres sanitaires intercommunaux » afin de répondre aux besoins de proximité en zone rurale. C'est la naissance du concept d'hôpital local.

Aux cotés des centres hospitaliers régionaux et des centres hospitaliers, l'ordonnance du 11 décembre 1958 et le décret n°59-957 du 3 août 1959 créent un nouveau type d'établissement public : l'hôpital rural. En sus de son service d'hospice, celui-ci se voit confier une activité de médecine et/ou de maternité. Déjà, à cette date, tous les médecins libéraux de la localité peuvent faire admettre leurs patients et leur assurer des soins sans pour autant appartenir au cadre de la médecine hospitalière.

« Grand espoir des années 1960 »⁴, l'hôpital rural apparaissait moins coûteux et plus humain face au gigantisme naissant et à la technique médicale. Il fondait également la base du système hospitalier « à la française ». En matière d'aménagement du territoire, il permettait aussi de lutter contre l'exode rural. Toutefois, face à l'urbanisation croissante et au développement des transports, l'attractivité des hôpitaux « urbains » devenait plus forte.

Le décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 transforme l'hôpital rural en hôpital local, mais sans en modifier le régime. En le qualifiant de « mode d'administration des soins courants dans les zones où l'habitat est dispersé », ce nouveau texte reconnaît le caractère indispensable d'une telle structure dans l'offre de soins. Mais tenant compte de l'évolution démographique et technique, « il rompt les illusions et lui attribue un rôle complémentaire dans un système qui a trouvé ses assises essentielles »⁵. Le rôle sanitaire de ces structures est, toutefois, confirmé par le décret n° 80-284 du 17 avril 1980 qui définit clairement les hôpitaux locaux comme unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante auxquelles peuvent s'adjoindre des sections de moyen et de long séjour.

Néanmoins, les missions de l'hôpital local demeurent floues. Depuis leur création, les hôpitaux ruraux puis locaux accueillent des populations composites (personnes âgées, personnes handicapées, indigents, mères/enfants...), ce qui induit une confusion des prises en charge, souvent entre sanitaire et social. Afin de clarifier la situation, la loi du 31 juillet 1991 consacre l'hôpital local comme Etablissement Public de Santé : s'il ne peut y avoir de chirurgie ou de gynécologie obstétrique, les activités de médecine y sont autorisées, dans le cadre d'un conventionnement avec un centre hospitalier ou un établissement privé participant au service public hospitalier. Des missions de santé publique lui sont également confiées.

⁴ C. MAILLARD, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, p 101

⁵ *Ibid.* p 102

Reste que la politique de restructuration hospitalière menée au cours des années 1990 a conduit à la fermeture de nombreux lits de médecine, l'activité de nombreux hôpitaux locaux se recentrant alors sur l'hébergement des personnes âgées. Cela a abouti à une certaine dévalorisation de l'hôpital local en tant qu'institution sanitaire. Surtout, cette logique a conduit à une inadéquation entre les structures existantes et les besoins exprimés sur le plan local. C'est la raison pour laquelle la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local entend donner aux hôpitaux locaux une place nouvelle dans le système sanitaire, afin de répondre de manière pertinente aux besoins et attentes des citoyens.

L'hôpital local est désormais reconnu comme étant nécessaire dans le paysage hospitalier en raison de ses missions de soins et de santé publique. Ses atouts de proximité à l'égard de la population lui valent de participer à de nombreux réseaux (exemple : réseau gérontologique) et, ainsi, de rompre l'isolement des campagnes. Néanmoins, fruit de son histoire, l'hôpital local fonctionne avec des moyens souvent limités du fait de son statut.

En effet, son champ d'activité a, d'entrée de jeu été restreint puisque, selon les termes de l'article L. 6141-2 du Code de la Santé Publique, l'hôpital local n'est en droit d'assurer que des hospitalisations 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 en 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 a souligné que pour qu'un hôpital local soit reconnu comme tel, il suffit pour cela qu'il pratique au moins une des activités visées dans le décret 92-1210 du 13 novembre 1992⁶ ».

Au titre de ces activités, on citera les soins de courte durée en médecine, les soins de suite et de réadaptation - soins administrés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des patients requérant des soins continus dans le but de réinsertion - et les soins de longue durée comportant un hébergement à l'attention de

⁶ J. LEBRIERE, *L'hôpital de proximité, levier de la réorganisation des soins : l'exemple de l'hôpital de Houdan comme plateforme local de santé*, p 13

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. 6141-19 du code de la santé publique, 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 en cours et lui octroie une vraie légitimité.

La circulaire n° 93-26 du 13 juillet 1993 ancre fortement l'hôpital local dans le médico-social, en lui confiant la possibilité de coordonner l'action gériatrique. 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, rénovée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

Dernière particularité et celle qui nous intéresse particulièrement ici, l'intervention de médecins généralistes libéraux qui fait la spécificité de l'hôpital local et, on peut l'affirmer, son essence même. Initialement, l'hôpital local ne pouvait assurer des soins de courte durée en médecine, en SSR et en SLD qu'avec des médecins généralistes autorisés. Confrontée à un manque de disponibilité, à un manque d'engagement de ces médecins, la réglementation a peu à peu autorisé le recrutement de praticiens hospitaliers ou de praticiens contractuels, d'abord en SSR puis en SLD, enfin, le décret 2007-1741 du 11 décembre 2007 autorise l'exercice de praticiens hospitaliers ou contractuels en service de médecine.

Ce fonctionnement médical, atypique au regard de l'organisation classique des établissements de santé, est au cœur des problématiques de l'hôpital local aujourd'hui. Il est à la fois source de richesse et de complexité. Quoi qu'il en soit, il renforce son positionnement comme établissement charnière entre le monde libéral et le monde hospitalier. L'hôpital local est au carrefour des logiques ville/hôpital et sanitaire/social.

1.1.2 L'hôpital local, un acteur local de santé publique

L'hôpital local représente le premier niveau de prise en charge. À ce titre, comme cela est rappelé dans la circulaire 2003-257 du 28 mai 2003, l'hôpital local dispense « des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile ». L'hôpital local accueille également, « dans des services adaptés, une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité ».

L'objet de l'hôpital, tel que défini à l'article R.6141-18 du Code de la Santé Publique, est de dispenser des soins de courte durée en médecine, des soins de suite ou de réadaptation et des soins de longue durée comportant un hébergement (tels que définis à l'article L. 6111-2 du Code de Santé Publique). L'hôpital local doit aussi participer aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux.

Les missions sanitaires de l'hôpital local sont préconisées par la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, celle-ci impose un changement de logique et lance une dynamique de progrès. Elle le confirme dans sa double vocation sanitaire et sociale.

Ainsi cette circulaire :

- reconnaît et promeut le court séjour de médecine ;
- incite au développement des services de soins de suite et de réadaptation ;
- conforte les unités de soins de longue durée dans le champ sanitaire ;
- propose la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète ;
- préconise le développement des consultations avancées de spécialistes, des réseaux, de l'accueil inopiné ;
- place l'hôpital local comme acteur privilégié de la prévention et de l'éducation à la santé.

La circulaire de 2003 ouvre de nouvelles perspectives à l'hôpital local, ainsi son évolution inclut et dépasse la prise en charge des personnes âgées.

« L'hôpital local devient donc un acteur local indispensable face à la demande de soins de proximité qui doit désormais occuper sa juste place dans l'offre de soins. Il doit être une véritable plate-forme de soins de proximité⁷ ».

Cela signifie que l'hôpital local doit être à la fois :

- 1) un établissement de soins de première intention.

Dans la construction du dispositif de soins gradués, l'hôpital local est appelé à devenir le premier maillon de la prise en charge. Pour assurer ce rôle, il doit pouvoir s'appuyer sur du court séjour de médecine, des soins de suites aux côtés de soins de longue durée. C'est un socle de missions indispensable, à partir duquel l'hôpital local peut diversifier ses activités et développer des consultations avancées.

Des consultations, qui sont des consultations locales spécialisées, sont un réel apport aux patients qui trouvent en un même lieu et au plus près de leur domicile, aux côtés de leurs médecins traitants, des médecins spécialistes hospitaliers ou libéraux. Ces consultations locales spécialisées s'inscrivent dans une logique où l'offre vient aux patients en évitant des déplacements, parfois fatigants, traumatisants et coûteux pour les usagers comme pour le système de santé. Mais surtout, elles favorisent une prise en charge globale et pluridisciplinaire, et permettent aux médecins traitants de travailler en équipe.

A ce titre, elles constituent un point d'ancrage de la médecine libérale : le médecin traitant passe d'un exercice isolé à un mode plus collectif. Enfin, elles sont le support d'un travail en réseau, source de complémentarités effectives.

⁷ Discours du 24 novembre 2004 de M. Douste-Blazy, ministre de la Santé, Forum national de l'Hôpital Local

2) un établissement de support de coordination.

Compte tenu des activités développées, sanitaires mais aussi d'hébergement, activités sociales, médico-sociales, services à domicile, l'hôpital local pratique quotidiennement la coordination entre ses différents acteurs dans sa double vocation sanitaire et sociale. Il est en « lui-même un réseau ville/hôpital⁸ » c'est-à-dire un outil à disposition des populations.

C'est également le lieu privilégié des coordinations et des réseaux notamment pour les personnes âgées ou atteintes de handicaps mais aussi pour les réseaux de soins palliatifs ou de diabète par exemple.

3) un établissement de maintien à domicile.

L'hôpital local possède une véritable culture dans ce domaine et a acquis un véritable savoir-faire en matière de maintien à domicile à travers :

- les soins dispensés en médecine qui évitent les recours indus aux plateaux techniques important et spécialisés des centres hospitaliers,
- les soins de suite qui constituent une étape pour le retour à domicile,
- le développement d'activités en direction des patients qui demeurent à leur domicile en retardant ainsi le plus possible le recours à un établissement : portage de repas, service de soins infirmiers à domicile, mais également accueil temporaire de jour et accueil de nuit qui viennent en appui aux familles.

4) un établissement d'ancrage de la médecine libérale.

L'hôpital local par son rôle et ses missions favorise un exercice collectif et pluridisciplinaire. Il permet l'accès des médecins généralistes à un plateau technique et humain dont ils ne disposent pas en libéral contribuant à un suivi direct de leurs patients. L'hôpital local peut concourir à la permanence des soins.

⁸ Discours du 24 novembre 2004 de M. Douste-Blazy, ministre de la Santé, Forum national de l'Hôpital Local

1.1.3 Le « rapport Larcher », un soutien pour le développement des hôpitaux locaux.

Ces différentes facettes de l'hôpital local, énoncées par la circulaire de 2003, sont reprises et développées dans le rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital d'avril 2008, présidée par le sénateur Larcher.

Ainsi, ce rapport met en avant la nécessité pour l'organisation hospitalière d'aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge.

Pour ce faire, après avoir rappelé l'importance des besoins sociaux, notamment en termes de gériatrie et de handicap nécessitant de revoir l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade et rappelé la mission de l'hôpital en termes de coordination des soins, le rapport de la commission met en avant cinq points⁹ dans lesquels se retrouvent clairement les missions et le rôle de l'hôpital local :

1. Favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée : redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social

2. Assurer la continuité du parcours de soins entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales

3. Développer les formes d'exercice pluridisciplinaire en ville : en fonction des réalités locales, permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes.

4. Améliorer l'organisation des soins non programmés : améliorer la régulation des soins; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements.

5. Offrir aux médecins des cadres d'exercice souples et valorisants : outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et des équivalences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes.

⁹ *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, présidée par M. LARCHER, p 4 et 5

Dans ce cadre, le rapport propose la création de maisons de santé pluridisciplinaires disposant d'une palette de services possibles, à géométrie variable selon les contextes : cabinets médicaux et paramédicaux; éléments de plateau technique, permanence des soins, HAD, SSIAD, services à la personne...Maison de santé qui, en l'absence d'initiative des professionnels de santé pour la création et la gestion de ces structures et à la demande de l'ARS, pourraient être créées par des hôpitaux locaux, et être gérés par eux.

Ainsi, l'hôpital local peut devenir un véritable hôpital de proximité, proposant aux populations isolées un accès à des services sanitaires de premiers niveau (consultations de spécialistes ou de généraliste et hospitalisation en médecine). C'est également un appui pour les médecins du territoire. L'hôpital local est donc un outil important de l'organisation du territoire. L'hôpital local est, par ses missions et les champs qui s'ouvrent à lui, une structure au cœur des besoins actuels de la société. Cependant, l'hôpital local mérite une réflexion plus spécifique, car aujourd'hui, deux médecines y cohabitent, la médecine libérale et la médecine hospitalière.

1.2 Le fonctionnement médical de l'hôpital local

L'hôpital local présente certaines particularités, notamment l'intervention de médecins généralistes libéraux. Jusqu'à peu, l'hôpital local ne pouvait assurer des soins de courte durée en médecine qu'avec des médecins généralistes autorisés.

Ce fonctionnement médical, atypique au regard de l'organisation classique des établissements de santé, est au cœur des problématiques de l'hôpital local d'aujourd'hui. Il est à la fois source de richesse et de complexité. Quoi qu'il en soit, il renforce son positionnement comme établissement charnière entre le monde libéral et le monde hospitalier.

Cependant, afin de conserver son rôle dans le maintien d'une médecine de proximité, l'hôpital local a du s'adapter et présente aujourd'hui une mixité de statuts pour les médecins.

1.2.1 Le médecin libéral agréé, un fonctionnement théorique.

L'hôpital rural puis local devait en principe ne fonctionner qu'avec des médecins libéraux. Si ces derniers ne sont plus les seuls praticiens, ils restent néanmoins le socle fondamental de ces hôpitaux.

Les dispositions législatives et réglementaires concernant directement leur activité en hôpital local sont regroupées dans le Code de la Santé Publique aux articles R.6141-24 et suivants.

1. Autorisation d'exercer la médecine en hôpital local

Les médecins libéraux qualifiés en médecine générale peuvent ainsi être autorisés, sur leur demande, à dispenser à l'hôpital local, au titre de leur activité libérale, des soins de courte durée en médecine et éventuellement des soins de suite ou de longue durée, à condition qu'ils s'engagent à :

1° Respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur ;

2° Exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique, préalablement déterminée par le directeur de l'ARH après délibération du conseil d'administration et avis de la CME, leur permettant de participer à la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés de cet établissement.

Les médecins libéraux qualifiés en médecine générale, qui désirent être autorisés à dispenser à l'hôpital local, au titre de leur activité libérale, des soins de courte durée, des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée, doivent adresser au directeur de l'ARH leur demande, accompagnée des avis de la CME et du conseil d'administration de l'hôpital. Celle-ci est réputée acceptée si le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition. L'autorisation est valable pour une période de cinq ans renouvelable à la demande de l'intéressé, adressée au directeur de l'ARH au moins deux mois avant expiration de l'autorisation.

Avant l'expiration de la période de cinq ans d'autorisation d'exercice, le directeur de l'ARH peut, de sa propre initiative, ou à la demande du directeur de l'hôpital local et après avis de la CME et du conseil d'administration, rayer de la liste un médecin autorisé si celui-ci ne respecte pas ses engagements vis-à-vis de l'établissement, ou est l'objet d'une sanction pénale ou ordinaire. Préalablement à la décision du directeur de l'ARH, le médecin doit avoir été mis en mesure de présenter ses observations.

2. Organisation médicale au sein de l'hôpital local

Après avis de la CME, le directeur nomme pour un mandat de trois ans renouvelable une fois, parmi « les médecins qualifiés en médecine générale autorisés ¹⁰ », un médecin responsable de la coordination des activités médicales. Ce dernier exerce cette fonction en sus de ses activités, dans le cadre d'un contrat établi pour sa rémunération par référence aux émoluments mentionnés au 1° de l'article R.6152-23 CSP.

Les principes d'organisation de la continuité médicale des soins assurée par les médecins qualifiés en médecine générale autorisés et leurs remplaçants sont arrêtés après avis de la CME, par le conseil d'administration.

Les médecins qualifiés en médecine générale autorisés et leurs remplaçants sont indemnisés au titre de leur participation à la continuité médicale des soins de l'hôpital local, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés ainsi que la nuit. Les modalités de cette indemnisation sont définies par délibération du conseil d'administration, après avis de la CME, dans une limite fixée par arrêté ministériel.

3. Rémunération des médecins libéraux intervenant en hôpital local

Les médecins libéraux qualifiés en médecine générale autorisés perçoivent des honoraires, selon les modalités habituelles en médecine de ville, fixés par les articles L.162-1-7 et L.162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale. Le paiement de ces actes ne peut excéder en moyenne et par patient un acte par jour, les deux premières semaines, et quatre actes par semaine, au-delà de cette durée en service de médecine ; trois actes par semaine en SSR et un demi-acte par semaine en SLD.

¹⁰ Article R6141-33 Code de la Santé Publique

Chaque médecin généraliste autorisé établit un état mensuel indiquant les soins dispensés à chaque malade. Il transmet cet état au directeur de l'établissement. Au vu de ces documents, l'établissement verse au médecin le montant des honoraires minorés d'une redevance de 10 % pour participation aux frais de structure, de personnel et d'équipements hospitaliers de l'établissement.

De plus, l'hôpital local verse aux médecins généralistes libéraux autorisés à intervenir en son sein une indemnisation¹¹ forfaitaire représentative de la perte de revenus occasionnée par leur participation à des actions de formation ainsi qu'à des réunions au cours desquelles des questions relatives à la qualité et à la sécurité des soins sont examinées par :

- 1° Le conseil d'administration
- 2° La commission médicale d'établissement ;
- 3° La ou les sous-commissions prévues au II de l'article L.6144-1 CSP;
- 4° Le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail ;
- 5° Le comité technique d'établissement ;
- 6° La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques;
- 7° La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- 8° Le cas échéant, les instances délibérantes des structures dotées de la personnalité morale mentionnées au 9° de l'article L.6143-1 CSP, dans lesquelles ces médecins représentent l'établissement.

Cette indemnité, fixée par réunion ou par demi-journée de formation à 5 consultations de médecins généralistes, est versée sur la base d'un justificatif de présence et dans certaines limites fixées par l'article R.6141-36 CSP. Le montant annuel des indemnités perçues au titre des formations et des réunions mentionnées ne peut excéder le tiers du montant des honoraires perçus pour la même période.

¹¹ Article R6141-36 CSP

La rémunération des médecins libéraux est donc particulièrement encadrée et notamment en ce qui concerne les soins. La rémunération de la participation aux diverses réunions est une incitation importante pour favoriser la participation des médecins.

1.2.2 Un modèle difficile à tenir

Les médecins libéraux intervenant à l'hôpital local partagent leur temps entre leur cabinet de ville et l'hôpital local où ils suivent leurs patients. Le temps passé quotidiennement par les médecins à l'hôpital est en moyenne de une heure par jour¹². Or les obligations réglementaires pesant sur l'hôpital local et les attentes des patients et de leurs familles ont augmenté depuis sa création.

L'hôpital local est soumis peu ou prou aux mêmes exigences que les centres hospitaliers généraux (nouvelle gouvernance mise à part). Ainsi, en sus des nombreuses réunions auxquelles peut être conduit à participer le médecin libéral (*cf. supra*), d'autres obligations lui sont imposées : accréditation devenue certification, PMSI, rencontre des familles... L'établissement doit, pour répondre à ces exigences nouvelles, solliciter de plus en plus le temps des médecins.

Dès lors, comment concilier cette demande de l'hôpital en « temps-médecin » pour des activités autres que proprement médicales et la nécessité pour les médecins libéraux d'avoir du temps pour leur activité libérale ?

C'est pour répondre à ce premier problème que des incitations financières ont été mises en place, notamment la rémunération des réunions. Ceci permet d'arriver aujourd'hui à un taux de participation¹³ des médecins aux CME de 87%, taux qui baisse à 66% pour les autres types de réunions. Néanmoins, le temps accordé par les médecins libéraux à l'hôpital local (en moyenne une heure par jour) reste insuffisant au regard des besoins, et notamment, au-delà des fonctions purement administratives, pour tout ce qui relève des missions de santé publique de l'hôpital.

Enfin, au-delà du manque de disponibilité des médecins pour l'institution, c'est le manque de médecins en soi auquel sont parfois confrontés les hôpitaux locaux. C'est

¹² Enquête AGHL, *Recueil des actes des 13e Assises nationales des hôpitaux locaux*, « quels médecins pour l'hôpital local ? »

¹³ *Ibid.*

pourquoi il a été permis progressivement aux hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés, d'abord en SSR puis en SLD et maintenant également en service de médecine. Ainsi, en 2005, près de la moitié des hôpitaux locaux¹⁴ (46%) fonctionnait avec des praticiens hospitaliers.

1.3 Les hôpitaux locaux, un ensemble hétérogène

Regroupés au sein de l'Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL), les hôpitaux locaux, malgré un statut juridique unique recouvrent une réalité très diverse.

1.3.1 Association nationale des hôpitaux locaux

Les hôpitaux locaux représentent en France un ensemble de 355 établissements d'une capacité totale supérieure à 57 000 lits. Leur répartition géographique est toutefois très inégale (cf. annexe III). Deux régions se démarquent : celle de Rhône-Alpes avec 55 hôpitaux locaux, et celles des Pays de la Loire avec 39 hôpitaux locaux. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte 24 hôpitaux locaux ; la Bretagne 21. A l'inverse, la Guadeloupe n'en possède que deux¹⁵ et l'Île de France en compte 7. Cette disparité est d'autant plus forte que leur rôle dans l'offre de soin est conditionné par leur environnement sanitaire.

- Activité des hôpitaux locaux

Concernant le nombre de lits par hôpital par région, là aussi, la part des hôpitaux locaux est très variable selon les régions. Elle représente moins de 10 % des lits des hôpitaux publics dans le Nord-Pas-de-Calais et en Île-de-France, et plus de 40 % des lits des hôpitaux publics en Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Auvergne. C'est dans les Pays de la Loire que le poids des hôpitaux locaux est le plus élevé avec 51% de l'ensemble des établissements publics. Les hôpitaux locaux disposent

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB), *Les hôpitaux locaux en France en 2000*, rapport d'octobre 2002.

de près de 20 % des lits des soins de longue durée et de plus du tiers des lits d'hébergement de l'ensemble des hôpitaux publics¹⁶.

La principale activité des hôpitaux locaux est actuellement gériatrique : l'hébergement représente 35 % des lits alors que le court séjour ne représentait plus que 2 % en 2004 contre 6,3 % en 2000¹⁷. Dans le cadre de son activité sanitaire, l'hôpital local assure non seulement des prestations de soin de suite et de réadaptation mais également des soins de longue durée. Certains établissements possèdent des « lits dédiés » de soins palliatifs au sein des services de médecine, d'autres bénéficient de l'intervention d'équipes mobiles de soins palliatifs.

- Personnel des hôpitaux locaux

Les hôpitaux locaux présentent des particularités dans la structuration de leur personnel. Concernant le personnel médical, dans le droit-fil de ses origines historiques, l'hôpital local voit l'essentiel de son activité assumée par des médecins libéraux. Ces derniers représentent ainsi 70% du personnel médical dans la plupart des établissements. Pour autant, certains hôpitaux locaux ont préféré faire appel à des praticiens hospitaliers pour le SSR et SLD. Ainsi quatre régions (Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Bretagne et Languedoc-Roussillon) emploient plus de 40% du personnel médical de l'ensemble des hôpitaux locaux.

Quant au personnel non médical, les données du Ministère de la Santé montrent une relative stabilité des effectifs exerçant à l'hôpital local. Ce dernier emploi moins de 15% de l'effectif total.

Ainsi, au-delà de leurs missions statutaires et de leur statut juridique commun, l'histoire de ces hospices devenus hôpitaux ruraux puis hôpitaux locaux a engendré des réalités très diversifiées que recouvre aujourd'hui le terme d'hôpital local.

L'analyse 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

¹⁶ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques, *Statistiques annuelles des établissements*, 2003,

¹⁷ J. LEBRIERE, *L'hôpital de proximité, levier de la réorganisation des soins : l'exemple de l'hôpital de Houdan comme plateforme local de santé*, p 21

géographique et les personnels intervenant en leur sein, montre de véritables disparités nous obligeant à constater l'extrême hétérogénéité des hôpitaux locaux.

1.3.2 Exemple de deux hôpitaux locaux des Yvelines, échantillon d'étude

1. Présentation

Les hôpitaux locaux de Houdan et de Montfort l'Amaury sont deux hôpitaux à l'évolution diamétralement opposée. Le premier est un hôpital capable de répondre à toutes les missions dévolues à un hôpital local, le second n'a plus d'hôpital que le nom, en effet, suite à la partition des lits USLD en cours, l'hôpital local de Montfort l'Amaury risque de perdre tous ses lits de SLD pour ne devenir qu'un grand EHPAD.

Méthodologie:

Ces deux hôpitaux représentent l'échantillon d'étude choisi. Il faut cependant noter qu'il est difficile de trouver un hôpital local représentatif (*cf. supra*). Néanmoins ces deux hôpitaux représentent chacun une évolution particulière de ce type de structure. L'un tend vers un établissement uniquement gériatrique, l'autre vers un hôpital de proximité.

L'un des biais de notre étude résulte sans doute dans la localisation même de ces hôpitaux, en Ile de France, région particulière au regard de l'organisation et du poids des institutions sanitaires et médico-sociales.

2. Présentation des hôpitaux locaux de Houdan et de Montfort l'Amaury

L'hôpital de Houdan est un établissement public de santé, classé hôpital local et régi par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Implanté dans une ville d'un peu plus de 3000 habitants, il dessert essentiellement les communes du canton de Houdan (23 041 habitants, département des Yvelines, région

Île-de-France) mais également les communes limitrophes du canton d'Anet (16 918 habitants, département d'Eure-et-Loir, région Centre)¹⁸. Il se situe dans un environnement rural, excentré des grands centres urbains yvelinois, caractérisé par une forte représentation des jeunes et des personnes âgées. Les populations de moins de 20 ans et de plus de 60 ans représentent respectivement 30 % et 16 % (contre 15 % et 7 % pour les mêmes groupes sur l'ensemble des Yvelines).

L'activité de l'hôpital local de Houdan est centrée sur les soins de proximité en milieu rural et les soins aux personnes âgées. Cet établissement a toujours été novateur dans la prise en charge des personnes âgées, et soucieux de répondre aux besoins de la population environnante, d'autant que les services libéraux, médicaux et paramédicaux sont faiblement représentés sur le canton de Houdan.

L'hôpital local de Houdan, établissement public de santé, relève du champ sanitaire, mais hébergeant des personnes âgées dépendantes, il doit également répondre aux exigences définies par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 pour son activité relevant du domaine médico-social.

En tenant compte des réformes récentes et en cours dans ces deux domaines, l'hôpital local de Houdan doit faire face à des obligations doubles en terme de qualité des prestations offertes à la population accueillie.

En effet, dans le domaine sanitaire, c'est la procédure de certification qui assure l'évaluation de la qualité de la structure et des soins donnés aux personnes hospitalisées. Dans le champ médico-social, c'est le volet qualitatif de la réforme de la tarification des EHPAD qui établit pour les établissements la nécessité d'une auto-évaluation et la signature d'une convention tripartite sur les bases de cette évaluation.

L'hôpital de Houdan est un hôpital local qui compte en 2007 318 lits et places dont 37 lits pour les services médecine - soins de suite. Il comprend actuellement 15 lits de médecine et une unité de soins palliatifs de 5 lits, 11 lits de soins de suite auxquels il faut ajouter 6 lits de soins de suite destinés à la prise en charge des états végétatifs chroniques, 50 lits de soins de longue durée, et un EHPAD de 141 lits, 5 places d'hébergement temporaire et 5 places d'accueil de jour.

¹⁸ Données du recensement de la population de mars 1999. INSEE.

L'interface avec la ville se fait grâce à une série de prestations tant sur le versant sanitaire que médico-social favorisant le maintien à domicile ou les retours à domicile après hospitalisation.

Ainsi l'hôpital gère un service de soins infirmiers à domicile de 70 places et le centre de santé du Pays Houdanais. Au sein de ce centre de santé, outre la présence de consultations de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, il existe un centre de soins de première intention où des généralistes consultent sans rendez-vous.

Enfin, l'hôpital est un acteur impliqué dans la coordination gérontologique (Centre local d'information et de coordination gérontologique) qu'il organise pour des personnes de 60 ans et plus, hospitalisées ou non, ainsi que leur entourage, dans les cantons de Houdan et d'Anet.

Une consultation d'évaluation gérontologique complète l'offre de prise en charge de personnes âgées, permettant d'évaluer entre autres mémoire et fonctions cognitives de la personne âgée, ainsi que la possibilité d'intervention de l'Equipe Médico-Sociale (E.M.S.) dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.).

Concernant le personnel médical, 18 médecins généralistes sont autorisés à dispenser des soins en médecine, SSR et SLD. Parmi ces 18 médecins, 12 ont un statut salarié (*cf.* tableau) et 6 sont uniquement des médecins libéraux autorisés intervenant ponctuellement.

Répartition du personnel médical

Statut	ETP	Service de référence
Praticien hospitalier temps plein (mis à disposition)	0.50	Unité de soins palliatifs (USP)
Praticien contractuel	0.50	Pharmacie
Praticien attaché	0.80	USP
Praticien attaché	0.30	USP
Praticien attaché- Coordonnateur EHPAD	0.50	EHPAD
Praticien attaché- Coordonnateur EMG	0.50	EHPAD/EMG
Praticien attaché- Coordonnateur médecine	0.50	MEDECINE
Praticien attaché	0.50	CHL
Praticien attaché associé	1	EVC
Vacataire	0.10	EHPAD
Vacataire	0.04	EMS
Vacataire	0.10	SSR
TOTAL	5.34	

L'hôpital de Montfort l'Amaury, quant à lui, est également un établissement public de santé relevant du champ sanitaire, mais hébergeant uniquement des personnes âgées dépendantes. C'est aujourd'hui un établissement très vétuste qui peut accueillir et prendre en charge 200 résidents dont 51 en USLD et 149 en EHPAD. Il dispose également d'une coordination gérontologique et d'une équipe médico-sociale.

Situé au sein d'une petite ville médiévale de 3000 habitants, il se compose de deux sites et est actuellement en pleine reconstruction sur un seul site. L'hôpital de Montfort, quoique situé en zone rurale est assez proche des grands centres urbains et subit l'attractivité de ces derniers. Il a ainsi perdu petit à petit tous les attributs sanitaires de l'hôpital : radiologie, service de médecine et SSR.

Le projet de reconstruction actuel prévoit le retour d'une unité de radiologie dans le cadre d'un partenariat public/privé et le développement de consultations de spécialistes, afin, de pouvoir à terme, proposer ou repropuler des services de proximité aux habitants de ce canton.

Répartition du personnel médical

Statut	ETP	Service de référence
Praticien contractuel	0.50	Pharmacie
Praticien hospitalier	0.50	USLD
Praticien Hospitalier Coordonnateur EHPAD	0.50	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
Médecin libéral autorisé	X	EHPAD
TOTAL	1,5 +	

Sept médecins libéraux autorisés interviennent sur l'établissement. L'EHPAD a été divisé en plusieurs services où interviennent ces médecins référents. L'unité de soins de longue durée est gérée par un praticien hospitalier temps partiel qui vient d'être recruté en temps plein afin d'assurer également le rôle de médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Les médecins libéraux autorisés voient leur statut changer pour devenir praticiens attachés.

En conclusion, l'hôpital local, est un établissement atypique dans le paysage hospitalier français. Fonctionnant avec des médecins libéraux, implanté dans des zones souvent isolées, il permet un maintien et un accès au service public de santé sur le territoire pour tous. C'est aussi un lieu de rencontre pour les professionnels de la prise en charge des personnes tant sur le versant sanitaire que médico-social.

2 L'hôpital local à la convergence des intérêts publics et privés

L'hôpital local, établissement public de santé fonctionnant avec des médecins généralistes libéraux est à la croisée entre le secteur public et le secteur privé. Afin de pouvoir remplir les missions qui lui incombent, l'hôpital local se doit d'être attractif pour ces médecins libéraux dont les conceptions d'exercice de leur métier ont évolué.

2.1 Les médecins aujourd'hui

Si les missions du médecin généraliste libéral ont peu évolué, la manière d'exercer et de penser leur métier de ces derniers est en pleine évolution actuellement.

2.1.1 La médecine libérale

La médecine libérale est basée sur la charte médicale de 1927. Celle-ci énonce les quatre principes de la médecine libérale. Le premier principe concerne la liberté de choix du lieu d'installation du médecin. Ce principe est régulièrement menacé par des propositions d'incitations volontaires ou coercitives.

Le deuxième principe concerne la liberté de choix par le malade de son médecin. Cette liberté est limitée depuis l'instauration à titre expérimental, depuis 1997, du contrat de confiance avec médecin référent et, depuis 2003, par l'instauration du médecin traitant.

Le troisième principe préconise la liberté de prescription du médecin, remis en cause en 1999 par l'introduction d'une clause de responsabilité dans la loi de financement de la Sécurité Sociale qui prévoyait de pénaliser financièrement les médecins, en cas de dépassement de l'enveloppe consacrée aux prescriptions, cette clause a été censurée par le Conseil d'Etat.

Le dernier principe consacre la liberté de fixation des honoraires par entente directe entre le médecin et son client, essentiellement caractérisé par le "paiement à l'acte" sans intervention de "tiers payant" et assortie du secret professionnel. Elle est de longue date

remise en cause par la mise en place des dispositifs conventionnels et par l'extension du système du tiers payant.

Mais à la différence de certains pays développés, où les soins sont assurés par un service national de santé avec salariat, trois systèmes existent en France : la médecine salariée hospitalière, la médecine salariée privée (dans des centres de mutuelles ou des cliniques) et la médecine libérale payée à l'acte, appliquant une convention signée avec les trois caisses maladie des salariés, des agriculteurs, des artisans et commerçants. Cette convention, outre des règles d'autodiscipline sur l'activité des praticiens, prévoit la négociation annuelle des tarifs d'honoraires sur lesquels sont calculés les remboursements aux malades.

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

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

Le rôle du médecin généraliste libéral.

La caractéristique du médecin généraliste libéral se définit par la spécificité de son intervention, c'est-à-dire par l'exercice d'une médecine de soins primaires qui appréhende l'individu dans sa globalité. Ainsi, le groupe de Leeuwenhorst¹⁹ définit le médecin généraliste comme suit : « le généraliste est un diplômé de médecine qui donne des soins personnels, de premier recours et continus à des individus, des familles et à un groupe de population, sans considération d'âge, de sexe ni de pathologie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. »

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

¹⁹ Groupe de médecins s'étant réuni en 1974 à Leeuwenhorst et ayant défini les principes de la médecine générale.

On peut répertorier cinq grandes fonctions du médecin généraliste²⁰ :

1. La fonction de premier recours

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

La place du médecin généraliste au sein du système de soins primaires en fait un acteur privilégié pour « le recueil de plaintes non sélectionnées, à la frontière du normal et du pathologique, au stade précoce des maladies, dès l'émergence des symptômes²¹ ».

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

2. La prise en charge globale

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

L'action du médecin généraliste s'inscrit dans la durée. Cela lui permet de s'imprégner de l'histoire personnelle et familiale du patient, de ses conditions matérielles de vie (son habitat, ses loisirs, ses conditions de travail, etc.). Il peut ainsi identifier les principales situations à risque (tant sur le plan physique que psychologique), apprécier les

²⁰ M. DENIS, *L'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local*, p 2

²¹ M. DENIS, *L'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local*, p 3

relations entre les différents symptômes, affections ou problèmes présentés, élaborer des projets thérapeutiques et obtenir l'adhésion du patient à ce projet thérapeutique.

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

3. La continuité des soins

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

Le dossier médical est l'indispensable outil de la continuité des soins. Il mémorise les données importantes de l'histoire médicale des patients. Il facilite la coordination des soins lorsque plusieurs intervenants sont consultés. Cette cohérence de soins nécessite la personnalisation et la constance de la relation soignante. L'assurance du suivi permet d'optimiser les traitements lorsque de nouveaux symptômes apparaissent, et d'éduquer le patient à l'autogestion de sa santé.

4. La coordination des soins

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

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

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

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

5. Le rôle de santé publique

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

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

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

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

Il est à noter que depuis l'arrêté du 22 septembre 2004 et dans le but de revaloriser la médecine générale, celle-ci est devenue une spécialité médicale à part entière, mesure dont toutes les conséquences n'ont pas encore été perçues. Qu'en est-il ainsi de la différenciation, consultation générale et consultation spécialisée ?

2.1.2 Les contraintes et attentes des nouvelles générations de médecins

Pendant longtemps, le discours dominant a fait état d'un nombre important et suffisant de médecins en France. Pourtant, dans le milieu des années 1990, le discours s'est inversé. En effet, si le nombre de médecin n'a jamais été aussi élevé en France, force est de constater que les politiques de régulation mises en place (*numerus clausus* en 1971) et les changements sociologiques profonds de la société risquent de remettre en cause cet état de fait. Désormais et dès 2000, une pénurie de médecins est envisagée par les pouvoirs publics²².

La crise de la démographie médicale présente une double dimension, à la fois pénurie de professionnels mais également inégalité de répartition territoriale.

L'hypothèse d'une pénurie à venir des professionnels de santé, et plus particulièrement des médecins, paraît paradoxale alors que les praticiens en activité n'ont jamais été aussi nombreux en France (on comptait 207 277 médecins au 1^{er} janvier 2006 contre 186 000 il y a vingt ans). Cette pénurie s'explique par les déséquilibres de la pyramide démographique qui vont provoquer une réduction du nombre de médecins en exercice par rapport à la population à prendre en charge. Situation aggravante, le vieillissement de la population se traduira très probablement par une demande de soins plus importante.

Concernant les médecins libéraux, leur effectif n'a fait que croître jusque dans les années quatre-vingt-dix, augmentant de 4,4 % en moyenne au cours de la période 1961-1990. Il s'est depuis stabilisé, l'augmentation du nombre de médecins (0,4 % sur la période 1991-2004) étant proche du taux de croissance de la population (0,5 %). Mais, à partir de 2007²³, les installations sont moins nombreuses du fait de la politique de réduction du nombre d'étudiants en médecine. Parallèlement, les cessations d'activité vont aller croissant au cours des années à venir, passant, selon les statistiques publiées par le Haut Comité pour l'avenir de l'assurance maladie, de 4 000 par an aujourd'hui à près de 9 000 entre 2010 et 2015. Ces départs concernent les promotions de médecins des années soixante-dix qui ont bénéficié de *numerus clausus* élevés.

²²JM. FUILHARD, *Rapport d'information fait au nom des Affaires sociales sur la démographie médicale*, p 9

²³ *Ibid.* p 10

Un scénario prospectif²⁴ jusqu'en 2025, réalisé par le ministère de la Santé, retient l'hypothèse d'un *numerus clausus* fixé à 7 000 à compter de 2006, puis stabilisé à ce niveau pour les années suivantes, et d'un âge moyen de départ à la retraite à soixante-quatre ans. Il suppose constants et identiques les comportements des médecins et étudiants observés dans les années les plus récentes en termes de redoublement, de choix de spécialité, d'installation et de cessation d'activité.

Sur ces bases, trois phases peuvent être distinguées. Jusqu'en 2007, le nombre de médecins en activité demeure stable; de 2008 à 2015, les cessations d'activité sont supérieures aux installations et le déficit s'accroît progressivement. Pendant cette période, les modifications de *numerus clausus* n'auront aucune influence sur le nombre de médecins en activité; à compter de 2016, le nombre d'installations croît plus rapidement que celui des cessations d'activité, mais il faut attendre 2025 pour que le nombre d'entrées soit égal à celui des sorties.

Ce scénario conclut à la baisse du nombre total de médecins en activité de 9,4 % entre 2006 et 2025 (soit 21 000 médecins de moins). « La densité médicale diminuerait de 15,6 %, passant de 336 médecins pour 100 000 habitants à 283 pour 100 000. Elle retrouverait ainsi en 2025 un niveau proche de celui du milieu des années quatre-vingt²⁵ ».

De plus, ce tableau pourrait encore être aggravé par des tendances dont l'évolution reste mal connue, notamment la féminisation du corps médical.

Ainsi, selon l'ONDPS: « jusqu'à présent, les femmes privilégient (...) l'exercice salarié, ce qui conduirait, puisque leur nombre s'accroîtrait fortement, à concentrer la majeure partie de la baisse à venir des effectifs sur l'exercice libéral, si leur comportement se maintenait à l'identique. Les projections réalisées avec le modèle du ministère de la santé mettent ainsi en évidence, sous l'hypothèse de constance des comportements passés, que le nombre de médecins libéraux chuterait en un peu plus de vingt ans de 15 %, passant de 122 300 en 2002 à 103 800 en 2025, alors que la diminution serait quasi nulle pour les hospitaliers, dont le nombre passerait de 59 000 en 2002 à 58 800 en 2025 ».

²⁴ *Ibid.* p 10 et suivantes

²⁵ JM. FUILHARD, *Rapport d'information fait au nom des Affaires sociales sur la démographie médicale*, p 11

Cette baisse prévisible des effectifs de médecins en activité aura pour effet d'accentuer les inégalités d'accès aux soins déjà présentes sur l'ensemble du territoire, c'est à dire un déficit de médecin dans les zones rurales.

A cela s'ajoute un changement de conception de l'exercice médical des nouvelles générations. Ainsi, les étudiants en médecine et les jeunes médecins manifestent peu d'intérêt pour l'exercice dans les zones rurales ou dans les zones urbaines en difficulté en raison de la disponibilité permanente qu'elles exigeraient selon eux.

Avant de prendre leur décision concernant le choix de leur lieu d'exercice, les médecins analysent plus ou moins méthodiquement la charge de travail future, c'est-à-dire la patientèle, l'organisation de la permanence des soins, la proximité d'autres professionnels de santé et d'un plateau technique, mais également la qualité de vie au sens général. De surcroît, ce choix est rarement individuel : le plus souvent, il s'agit d'un choix de couple. La décision finale résulte donc d'un compromis entre vie professionnelle et vie personnelle, recherche d'un cadre de vie agréable et possibilités d'activité professionnelle du conjoint.

Le milieu rural est donc perçu comme une zone de fortes contraintes. Dans l'esprit des jeunes médecins, l'exercice médical en milieu rural est synonyme d'une importante charge de travail, notamment en raison des contraintes supposées ou réelles de la permanence des soins et de l'isolement des médecins.

Un sondage réalisé pour le compte du Conseil national de l'ordre des médecins fait apparaître que 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale²⁶.

Trois arguments sont mis en avant pour justifier ce manque d'attraction :

- « On n'y a pas autant de loisirs qu'en ville » (selon respectivement 60 % des étudiants et 61 % des jeunes médecins)
- « Il est très difficile d'y entraîner son conjoint » (57 % et 64 %)
- « On doit toujours être sur les routes plutôt qu'en cabinet » (49 % et 56 %).

²⁶JM. FUILHARD, *Rapport d'information fait au nom des Affaires sociales sur la démographie médicale*, p 17

Le choix du lieu d'installation est souvent influencé par deux facteurs : la connaissance antérieure de la localité (en particulier à l'occasion de stages ou de remplacements) et la proximité d'un hôpital²⁷.

La modification législative des conditions de travail des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé (prise en compte des gardes, mise en œuvre de repos de sécurité) a entraîné une réduction de leur temps de travail.

Or, le problème de la durée de travail se pose aussi en activité libérale, pour laquelle on observe de fortes variations au sein d'un même métier, en fonction des conditions d'exercice, des périodes et des zones d'installation ou du déroulement de la carrière. Par construction, chaque réduction du temps de travail, quel qu'en soit le motif, se traduit par une diminution du temps médical disponible et donc par une dégradation de la situation générale en matière d'offre de soins.

Les jeunes générations de médecins ont des aspirations différentes, « le modèle vocationnel et artisanal à la fois, qui voulait que le médecin se rende disponible à tout moment et exerce dans sa propre maison, semble révolu en tant que référence²⁸ ».

Les médecins aspirent à des modes d'exercice différents et à la conciliation de l'activité professionnelle avec d'autres activités en termes de temps libre, de proximité d'accès aux services et de liberté d'organisation.

Cette préoccupation entraîne le rejet de certaines des contraintes attachées à la médecine, « la fragmentation de l'activité, les interruptions nombreuses, l'absence de temps pour soi programmé²⁹ », et notamment à la médecine générale perçue comme un exercice particulièrement contraignant en raison de la permanence des soins, des visites et des horaires de travail (80 % des généralistes libéraux travaillent le samedi matin). Il en résulte que le modèle libéral d'exercice ne s'impose plus comme une évidence. En Bretagne par exemple, 55 % des jeunes s'installent en exercice libéral et 45 % sont salariés. L'hôpital public est devenu le premier employeur de généralistes³⁰.

²⁷ *ibid.* p 18

²⁸ *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, les dossiers de l'Urcam, décembre 2004

²⁹ *ibid.*

³⁰ JM. FUILHARD, *Rapport d'information fait au nom des Affaires sociales sur la démographie médicale*, p 20

Par ailleurs, les jeunes médecins libéraux optent souvent pour l'exercice regroupé qui favorise les échanges professionnels et permet une meilleure organisation du travail.

Enfin, les médecins ne choisissent pas toujours d'exercer à temps plein. Le recours au temps partiel est de plus en plus fréquent et les statistiques montrent que les médecins sont surtout actifs pendant les douze premières années de leur activité³¹

2.1.3 Statut des médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers ne relèvent pas du statut général de la fonction publique hospitalière mais de statuts autonomes qui divergent sur bien des points par rapport au statut général, et ce dans l'objectif de tenir compte des singularités des missions assignées aux membres de ces corps.

Il existe de nombreux statuts pour le personnel médical hospitalier. Nous présenterons ici seulement le statut des praticiens hospitaliers et des praticiens attachés, statut s'appliquant plus particulièrement aux médecins hospitaliers des hôpitaux locaux.

1. Praticiens hospitaliers

Les praticiens hospitaliers sont régis par les articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique. Ils exercent leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier auprès des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions

Les praticiens hospitaliers exercent dans les établissements de santé publics (centres hospitaliers et hôpitaux locaux) et dans les établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Ils peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements, notamment entre un établissement public de santé et un établissement de santé privé à but non

³¹ Etude de la Dress - Juin 2007.

lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier. Pour ce faire, une convention est passée entre les établissements, après avis des commissions médicales de chaque établissement.

Les praticiens hospitaliers sont recrutés sur vacance de poste déclarée par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). La nomination dans l'établissement est prononcée par arrêté du directeur général du CNG, après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif (le cas échéant). Si ces avis sont divergents, l'avis de la commission statutaire nationale est requis.

En l'absence de candidat à la vacance, le poste est mis au concours national de praticien des établissements publics de santé. Les candidats issus de ce concours sont nommés pour une période probatoire d'un an, à l'issue de laquelle, après avis de la commission médicale d'établissement, ils sont nommés dans un emploi de praticien à titre permanent, ou admis à prolonger leur période probatoire ou licenciés par arrêté du directeur général du CNG.

2. Praticiens attachés

Les praticiens attachés sont régis par les articles R. 6152-601 et suivants du code de la santé publique. Ils exercent leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens attachés ont des fonctions analogues à celles des praticiens hospitaliers. Ils sont placés sous l'autorité du responsable de la structure médicale dans laquelle ils sont affectés, et sont chargés de le seconder.

- Recrutement

Peuvent être recrutés comme praticiens attachés les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens qui remplissent les conditions légales d'exercice de leur profession.

Le conseil d'administration de l'établissement détermine annuellement les effectifs de praticiens attachés et le nombre total de demi-journées qu'ils sont susceptibles d'effectuer, sur proposition du directeur et en fonction des besoins exprimés par les responsables de structure et après avis de la commission médicale d'établissement.

Les praticiens attachés sont recrutés par le directeur de l'établissement sur proposition du responsable de la structure prévue pour leur affectation. Ils peuvent exercer concomitamment leurs fonctions dans un ou plusieurs services du même établissement ou dans des établissements différents.

Les praticiens attachés sont recrutés pour un contrat d'une durée maximale d'un an, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre mois. A l'issue de cette période de vingt-quatre mois, le renouvellement s'effectue par un contrat de trois ans renouvelable de droit, par tacite reconduction.

La limite d'âge des praticiens attachés est fixée à soixante-cinq ans.

- Mode d'exercice

Les praticiens attachés employés à temps plein consacrent la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement. Lorsqu'ils sont employés à temps partiel, ils peuvent exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires.

Les praticiens attachés consacrent au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires.

Pour un praticien exerçant à temps plein, le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées hebdomadaires. Le travail effectué la nuit est compté pour deux demi-journées.

Lorsque le praticien exerce son activité à temps partiel, la limite horaire de ses obligations de service est définie, sur la base de quarante-huit heures, au prorata des demi-journées inscrites au contrat.

Les praticiens attachés dont le contrat prévoit une quotité de travail d'au moins cinq demi-journées peuvent accomplir, sur la base du volontariat au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires, un temps additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation.

Les praticiens attachés participent à la continuité des soins avec les autres praticiens de l'établissement.

On remarquera que si le statut de praticien attaché est adapté au sein des centres hospitaliers généraux, son application au sein des hôpitaux locaux laisse un flou quant à sa légalité concernant le recrutement et l'emploi de ces médecins. En effet, ces derniers sont censés être placés sous l'autorité du responsable de la structure médicale (c'est à dire le chef de service) dans laquelle ils sont affectés, et sont chargés de le seconder. Or, dans les hôpitaux locaux, il n'y a pas de service en tant que tel et donc pas de chef de service.

Dès lors, sauf à considérer le médecin responsable de la coordination des activités médicales, de l'organisation de la continuité médicale des soins, de jour comme de nuit tel que définit à l'article R. 6141-33 CSP comme responsable de la structure médicale, on peut s'interroger sur les modalités d'application de ce statut dans les hôpitaux locaux.

2.2 L'hôpital local, un hôpital pour le médecin généraliste

L'hôpital local, par ses missions et les possibilités qu'il peut offrir se trouve en adéquation avec les besoins de la société, la prise en charge des populations âgées et des populations isolées, d'une part et avec les attentes actuelles des médecins. Ces derniers devraient donc être naturellement portés à vouloir y travailler. Or ce n'est pas toujours le cas.

Pour tenter de comprendre ce phénomène, nous analyserons dans un premier temps la pratique au sein de nos deux établissements d'étude, puis nous tenterons de formuler des préconisations afin que médecins libéraux et hôpitaux locaux se rencontrent au profit du système de santé.

2.2.1 Quelques observations sur les hôpitaux de l'étude

L'hôpital local de Houdan, centre de santé mis à part, emploie 18 praticiens dont 12 salariés aux statuts différents. Ce qui est un nombre important au regard de la moyenne des hôpitaux locaux (10,27 médecins généralistes par hôpital local).

Ces 12 praticiens salariés se composent d'un praticien hospitalier temps plein partagé avec l'hôpital de référence et d'un praticien attaché associé. Les 10 autres médecins sont des médecins généralistes libéraux intervenant en tant que praticiens attachés ou vacataires. Les statuts de praticiens attachés ont été mis en place depuis début 2007 et à terme concerneront tous les médecins libéraux. Parmi ces médecins, il y a deux médecins coordonnateurs pour les services internes de l'hôpital (médecine et EHPAD) et un médecin coordonnateur pour l'équipe mobile gériatrique (EMG).

L'hôpital de Houdan a donc fait le choix d'une médecine salariée tout en n'excluant pas les médecins autorisés intervenant ponctuellement dans les services de l'hôpital.

Ce passage au salariat, pour un temps partiel, des médecins de villes a permis une « fidélisation³² » et une « motivation³³ » de ces médecins en créant pour ceux-ci des conditions d'exercice plus sécurisantes, ce qui leur permet de « sacrifier une partie de leur activité³⁴ » au bénéfice de l'hôpital sans crainte de perte financière.

Ce salariat partiel permet à l'hôpital de Houdan d'avoir une permanence médicale tous les jours de la semaine (hors week-end). Le salariat des médecins coordonnateurs leur a permis de s'investir de façon importante dans cette fonction en participant notamment à des travaux de groupe ou des réunions, réunions-admissions (suivi hebdomadaire des entrées et des sorties) entre autres.

Le salariat de ces médecins libéraux apporte une véritable plus-value à l'hôpital local de Houdan en créant les conditions d'une « professionnalisation » de ces médecins, professionnalisation nécessaire aux yeux du docteur DUBOIS, médecin coordonnateur EHPAD, pour qui « si le médecin généraliste veut venir à l'hôpital local, il doit devenir un professionnel »

³² Propos recueillis lors des entretiens

³³ *ibid.*

³⁴ *ibid.*

Si l'hôpital est gagnant à cette situation, les médecins libéraux ne sont pas pour autant perdants, bien au contraire. En effet, au-delà de l'aspect financier, que les médecins ne mettent pas en avant d'ailleurs, ceux-ci trouvent un intérêt particulier à venir à l'hôpital local. Car venir à l'hôpital local, c'est surtout revenir à l'hôpital, institution prestigieuse (ne dit-on pas « ex-internes des hôpitaux de ... ») qu'ils ont quitté à la fin de leurs études. C'est donc pour eux retrouver une aura, un certain prestige lié à l'image de l'hôpital et ce d'autant plus avec le statut de praticien attaché.

De plus, c'est la possibilité de sortir d'un exercice médical individuel, « isolé³⁵ » et rapidement « monotone³⁶ » pour travailler en équipe et de façon collégiale et ce, d'autant plus qu'il n'y a pas de hiérarchie médicale à l'hôpital local, le médecin coordonnateur n'ayant pas le rôle de chef de service. Ce point est important pour fédérer les médecins généralistes libéraux, profession par définition très indépendante. Ce travail en équipe est d'autant plus apprécié à l'hôpital de Houdan que de nombreux spécialistes interviennent dans le cadre du centre de santé.

Enfin, l'hôpital local est pour les médecins libéraux la possibilité d'accéder directement à un plateau technique (imagerie, spécialistes...) plus ou moins développé.

L'hôpital local de Montfort l'Amaury, quant à lui, est un exemple diamétralement opposé concernant le fonctionnement médical.

En effet, sur 9 praticiens, 7 sont des médecins de villes difficiles à mobiliser et assez peu présent dans l'établissement. Pour pallier ce déficit, un praticien hospitalier temps partiel passé temps plein a été recruté. Une réflexion sur l'évolution du fonctionnement médical, avec éventuellement le recrutement de praticiens temps plein uniquement est en cours. Mais un hôpital local ne fonctionnant qu'avec des médecins hospitaliers temps plein serait pour V.AUBIN, directrice de l'hôpital local de Montfort l'Amaury, un échec, car cela signifierait un manque d'attrait pour les médecins et donc une incapacité de l'établissement à les motiver.

³⁵ Propos recueillis lors des entretiens

³⁶ *ibid.*

De plus, le passage à un fonctionnement médical sans médecins libéraux à l'hôpital de Montfort le couperait alors de ce qui fait sa force, c'est-à-dire son réseau, son ouverture, pour devenir peu à peu une structure autarcique.

Pour tenter de remédier à ces problèmes, les médecins libéraux passent progressivement à un statut de praticien attaché, mais l'incertitude pesant sur le devenir de cet établissement, hôpital local ou EHPAD, n'encourage pas les médecins libéraux peu investis à le faire davantage.

2.2.2 Les missions de l'hôpital local en concordance avec les attentes des nouveaux médecins

Les médecins sont, faut-il le rappeler, les acteurs principaux de l'hôpital. Or, ces mêmes médecins ont aujourd'hui des aspirations différentes de celles de leurs aînés. Outre le problème de la démographie médicale, les principales attentes des nouveaux médecins peuvent être résumées ainsi :

- Volonté de concilier vie privée et vie professionnelle, ce qui se traduit par un refus d'être disponible de façon permanente et le choix d'une activité à temps partiel.
- Aspiration à un exercice salarié, aspiration particulièrement importante chez les femmes médecins.
- Souhait de ne pas exercer de façon isolée.

L'hôpital local est une des réponses aux attentes de ces nouvelles générations. En proposant des statuts variés, allant du simple médecin autorisé, au praticien attaché et jusqu'au praticien hospitalier temps plein, il permet à chaque médecin de choisir le mode d'exercice qui lui convient.

C'est également un lieu de partage, partage de la connaissance, du savoir avec ses confrères et ses collègues paramédicaux (kinésithérapeutes, IDE, diététicienne...), mais également partage des contraintes du métier. En effet, l'hôpital local peut être le pivot de la permanence des soins grâce à une répartition entre tous les médecins du secteur.

De plus, l'hôpital local, structure sanitaire de premier, recours permet un accès rapide à un plateau technique et des compétences variées rompant ainsi l'isolement sanitaire dans lequel se sentent enfermés certains médecins.

La présence d'un hôpital local sur un territoire est donc un atout important car il permet d'attirer des médecins en zone rurale. Or la présence de ces médecins est la condition *sine qua non* du fonctionnement de cet hôpital. Il y a donc une interdépendance très forte entre l'hôpital et les médecins liée à l'existence de bénéfices croisés pour ces deux acteurs de santé.

2.2.3 Premières préconisations

L'hôpital local semble donc bien être un lieu de rencontre privilégié entre le monde hospitalier et ses missions et le monde de la médecine libérale. Mais pour favoriser cette rencontre, plusieurs pistes peuvent être envisagées :

- Rappeler que l'hôpital local est un lieu d'exercice pour la médecine libérale. Malgré la possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter de médecins temps plein, ceux-ci ne doivent pas remplacer les médecins libéraux garants de l'ouverture sur la ville, de travail en réseau et de la continuité entre le sanitaire et le médicosocial.
- Favoriser l'intervention des médecins libéraux en conservant et améliorant la souplesse des statuts et de l'organisation médicale, et en valorisant le statut du médecin généraliste à l'hôpital local (ancienneté, activités transversales).
- Placer l'hôpital local comme acteur aidant et ressource auprès des médecins, support de maisons de santé, de la permanence des soins...
- Faire connaître l'hôpital local aux futurs médecins généralistes en autorisant l'accueil de stagiaires ou d'internes en médecine.

3 Le médecin à l'hôpital local, une relation nouvelle au sein de l'institution

L'hôpital local a, comme nous venons de le voir, davantage qu'un rôle sanitaire et medico-social. C'est en effet un outil important dans l'aménagement du territoire car il peut être un pôle d'attraction important dans les zones rurales « sous-médicalisées ».

Néanmoins cette attractivité ne peut se borner au simple fait de proposer aux médecins des modalités d'exercice favorables, et ce sans contre partie de ces derniers.

En effet, si l'institution hospitalière veut remplir correctement son rôle il faut délimiter des objectifs clairs pour les deux parties, médecins et hôpital, afin de sortir de situations où l'hôpital local est parfois considéré comme « la cinquième roue du carrosse » par certains praticiens. C'est-à-dire, celle dont « on s'occupe en dernier s'il reste du temps³⁷ ».

Il faut instaurer une nouvelle relation à l'hôpital local entre les deux acteurs que sont d'une part les médecins pivot, du fonctionnement hospitalier, et d'autre part l'administration garante du bon fonctionnement et du développement de l'hôpital. Comme l'ordonnance du 2 mai 2005 relative à la gouvernance des établissements publics de santé, a instauré une nouvelle gouvernance dans les centres hospitaliers rapprochant les médecins de la gestion de l'hôpital, il faut penser une nouvelle façon de fonctionner au sein de l'hôpital local.

³⁷ Propos recueillis lors des entretiens.

3.1 Modélisations

Si « le médecin est l'acteur principal de l'hôpital », il est également un acteur très particulier au sein de cette institution. En effet, c'est sa présence, son savoir qui légitime l'action de l'hôpital et pourtant, contrairement à de nombreux autres pays, en France, ce n'est pas un médecin qui dirige l'hôpital, mais un directeur issu de l'administration. Comment alors se concilient ces deux pouvoirs ?

L'hôpital peut être regardé comme une organisation au sens sociologique du terme, c'est-à-dire une structure suivant une logique propre pour l'atteinte d'un but spécifique (ici, apporter des soins dans le but de soulager ou guérir des malades).

Une organisation est un ensemble d'éléments en interaction, regroupés au sein d'une structure plus ou moins régulée, ayant un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le but de répondre à des besoins et d'atteindre des objectifs déterminés.

En ce sens, l'hôpital est une organisation dont les « éléments en interaction » sont les différents professionnels et protagonistes intervenant en son sein : soignants, médecins, administratifs, mais aussi patients, tutelles... L'hôpital est donc une organisation, siège de jeux et de rapports de pouvoirs entre ses différents acteurs, agaçant certaines relations d'agence susceptibles de réguler son fonctionnement.

Dès lors, pour répondre à la question concernant les jeux de pouvoirs entre directeur et médecins, nous pouvons nous appuyer d'une part, sur la sociologie des organisations exposée par M. Crozier et E. Friedberg dans *L'acteur et le système*, concernant la liberté des acteurs au sein d'une organisation et d'autre part sur une théorie d'économie : la théorie de l'agence définie par M. Jensen et W. Meckling comme un contrat par lequel une personne (le principal) engage une autre personne (l'agent) pour accomplir un service en son nom.

3.1.1 La liberté des acteurs

L'hôpital peut être regardé comme une organisation au sens sociologique du terme, c'est-à-dire un construit social, qui existe et se transforme seulement si elle peut d'une part s'appuyer sur des jeux permettant d'intégrer les stratégies de ses participants

et d'autre part si elle assure à ceux-ci leur autonomie d'agents libres et coopératifs.

Au sein de cette organisation, l'acteur n'est pas celui qui tient un rôle mais celui qui agit dans la situation.

L'acteur adopte des stratégies qui tiennent compte des relations de pouvoir et qui majorent ses gains personnels. On appelle « stratégie » l'ensemble des comportements que l'acteur adopte en vue de préserver ses intérêts. Toute stratégie est rationnelle dans le sens où elle tend à obtenir des résultats et elle est orientée en fonction des enjeux de la situation.

L'acteur dispose d'une certaine autonomie et est capable de décision. Mais, la recherche de la meilleure solution à un problème est impossible car « sa liberté et son information sont trop limitées pour qu'il y parvienne. Dans ce contexte de rationalité limitée, il décide de façon séquentielle et choisit pour chaque problème qu'il a à résoudre la première solution qui correspond pour lui à un seuil minimal de satisfaction ³⁸ ».

L'acteur n'a pas d'objectif clair ; ceux-ci sont multiples et plus ou moins contradictoires. Il a un comportement actif, qui n'est jamais déterminé (« même la passivité est toujours le résultat d'un choix³⁹ »), et qui a toujours un sens. Enfin, son comportement a toujours deux aspects : un aspect offensif (la saisie d'opportunité en vue d'améliorer sa situation) et un aspect défensif (maintenir et élargir sa marge de liberté).

« Les acteurs individuels ou collectifs [...] ne peuvent jamais être réduits à des fonctions abstraites et désincarnées. Ce sont des acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose « le système », disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres⁴⁰ ».

M. Crozier et E. Friedberg s'opposent à la vision taylorienne d'une organisation rationnelle (les principes scientifiques de la direction induit un comportement prévisible et parfait de l'homme), le postulat du « one best way » est rejeté, ils s'opposent également à

³⁸ M. CROZIER, E. FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, p 54

³⁹ *ibid.* p 27

la vision des structuralo-fonctionnalistes selon laquelle l'acteur n'agirait qu'en s'adaptant passivement à son rôle social et aux normes de la société.

« Une organisation est un construit humain et n'a pas de sens en dehors du rapport à ses membres⁴¹ ». « Elle est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage, et du calcul⁴² ». « Le phénomène organisationnel apparaît [...] comme un construit politique et culturel⁴³ » intégrant les comportements stratégiques des acteurs relativement autonomes. Les stratégies des acteurs ne doivent pas être conçues comme des objectifs et des projets cohérents d'acteurs mais comme des jeux contingents au comportement et au vécu des acteurs dans l'organisation.

Les actions des différents acteurs de l'organisation sont coordonnées par des mécanismes de jeu. Le jeu «est l'instrument que les hommes ont élaboré pour régler leur coopération. C'est l'instrument essentiel de l'action organisée. Le jeu concilie la liberté et la contrainte. Le joueur reste libre⁴⁴ ». Cette structuration est contingente, elle est sans cesse actualisée par les comportements individuels et les relations de pouvoir.

Le pouvoir est une relation d'échange, une négociation, un marchandage dont le résultat n'est pas fixé. Il n'existe pas en soi. Il dépend des circonstances et se construit dans la complexité de l'action. C'est également une relation asymétrique qui implique un de A d'obtenir que dans sa négociation avec B les termes de l'échange lui soient favorables⁴⁵ ».

L'individu qui maîtrise le mieux les sources d'incertitude, c'est-à-dire des zones où existe une marge de manœuvre ou une possibilité d'action, a un comportement imprévisible. Le pouvoir s'exerce rapport de force.

« C'est un rapport de force dont l'on peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. Le pouvoir de A sur B correspond à la capacité par le contrôle des « zones d'incertitude » qui accroît la marge

⁴⁰ *ibid.* p 29, 30

⁴¹ *ibid.* p 50

⁴² *ibid.* p 45

⁴³ *ibid.* p 197,198

⁴⁴ *ibid.* p 113

⁴⁵ *ibid.* p 69

de liberté individuelle des acteurs (Ex : un commercial qui connaît bien son client, un employé qui connaît une procédure, un informaticien lors de l'informatisation de l'entreprise ...).

Les sources du pouvoir sont nombreuses dans une organisation. Ce pouvoir n'est pas lié à la personne de l'acteur mais aux ressources dont il dispose et à sa place dans l'organisation. M. Crozier et E. Friedberg distinguent quatre grandes sources de pouvoir engendrées par :

- La possession d'une compétence particulière,
- La maîtrise de l'information concernant l'environnement de l'organisation
- Le contrôle de la communication et des informations interne (celui qui connaît le mieux l'organisation a un pouvoir de rétention, de sélection de déformation de l'information),
- La connaissance des règles de fonctionnement de l'organisation (pouvoir de changer les règles, d'arbitrer entre les règles, de les créer).

En conséquence, l'organisation est en permanence un lieu de tensions. Une régulation est nécessaire pour parvenir à la coopération.

Le concept de « système d'action concret » permet de transposer l'analyse organisationnelle à toutes les activités humaines.

Un système d'action concret est « un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux⁴⁶ ».

La sociologie des organisations peut permettre d'expliquer les rapports de force et les jeux de pouvoirs au sein de l'institution hospitalière. D'autres modèles peuvent également être appliqués à l'hôpital, c'est notamment le cas de la théorie de l'agence.

⁴⁶ *ibid.* p 286

3.1.2 La théorie de l'agence

La théorie de l'agence est une théorie économique d'essence néo-classique qui réduit l'entreprise à un nœud de contrats, explicites ou implicites, passés entre divers agents économiques : entre dirigeants et actionnaires, entre dirigeants et créanciers, entre dirigeants et salariés, etc.

Mais la théorie de l'agence, dans sa version la plus orthodoxe et la plus simple, se concentre essentiellement sur la relation entre les dirigeants et les actionnaires. Dans le vocabulaire de cette théorie, l'actionnaire est le principal, celui qui détient le pouvoir de gestion et le délègue, et le dirigeant, l'agent, celui qui par délégation exerce le pouvoir. Ce qui s'apparente à la relation de mandat des juristes, avec mandant et mandataire.

L'étude des problèmes liés à la relation d'agence a pour origine les interrogations d'Adam Smith (1776) sur l'inefficacité des sociétés dont la direction était confiée à un agent non-proprétaire⁴⁷. « Les directeurs de ces sortes de compagnies (les sociétés par actions) étant les régisseurs de l'argent d'autrui plutôt que de leur propre argent, on ne peut guère s'attendre à ce qu'ils y apportent cette vigilance exacte et soucieuse que des associés apportent souvent dans le maniement de leurs fonds. Tels les intendants d'un riche particulier, ils sont portés à croire que l'attention sur les petites choses ne conviendrait pas à l'honneur de leurs maîtres et ils se dispensent très aisément de l'avoir. Ainsi, la négligence et la profusion doivent toujours dominer plus ou moins dans l'administration des affaires de la compagnie ».

A. Berle et G. Means (1932) prolongent la réflexion en montrant que la séparation entre la propriété et le contrôle conduit à une situation où la divergence des intérêts entre propriétaires et dirigeants est problématique.

En effet, les grandes entreprises modernes seraient dirigées par des managers qui n'auraient aucune raison d'avoir les mêmes objectifs que les propriétaires du capital. La relation actionnaire/dirigeant est alors présentée comme un cas particulier de la relation d'agence.

⁴⁷ JC. JOUIN, *Professionnalisation de l'association et rapport entre personnel salarié et personnel bénévole*, p 9

« La conception de l'entreprisethéorie de l'agence s'apparente à celle proposée par la théorie des droits de propriété qui représente la firme comme une forme d'organisation de la production en équipe (A. Alchian et A. Demsetz, 1972). M. Jensen et W. Meckling (1976) ne feront qu'élargir la conception de A. Alchian et H. Demsetz (1972) en incluant dans leur analyse l'ensemble des contrats établis entre l'organisation et son environnement, et pas uniquement les contrats liés à la fonction de production⁴⁸ ».

Complémentaire de l'économie des droits de propriété, la théorie de l'agence constitue aujourd'hui le cadre dominant d'analyse de l'entreprise. « Celle-ci y est conçue comme un ensemble de contrats qui, dans un univers d'information imparfaite, assurent la gestion des conflits individuels et canalisent les comportements à travers la mise en place d'incitations appropriées⁴⁹ ».

Ce courant propose de considérer les organisations comme un nœud de contrats. L'essence de l'entreprise, élargie aux organisations en général, se trouve dans les relations contractuelles (employés, fournisseurs, clients). Celle-ci ne s'assimile pas à un individu, c'est une fiction qui sert de foyer à un processus complexe au sein duquel les objectifs conflictuels des agents sont amenés à l'équilibre à travers un ensemble de relations contractuelles. Son point de départ est donc l'analyse de la relation d'agence.

. Définition de la relation d'agence

Jensen et Meckling définissent une relation d'agence comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (principal) engage une autre personne (agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent ».

De part sa nature, la relation d'agence pose problème dans la mesure où les intérêts personnels du principal et de l'agent sont divergents.

⁴⁸ *ibid.* p 4

⁴⁹ P. COHENDET et P. LLENERA, *La conception de la firme comme processeur de connaissances* p 211

La théorie de l'agence ou théorie des mandats remet en cause le postulat représentant l'entreprise comme un acteur unique pour mettre l'accent sur les divergences d'intérêts potentielles entre les différents partenaires (dirigeants, actionnaires et créanciers). Le comportement de l'entreprise résulte dès lors d'un processus complexe d'équilibrage qui occasionne un certain nombre de coûts appelés coûts d'agence et qui sont nécessaires pour que les dirigeants, par exemple, adoptent un comportement conforme à l'intérêt des actionnaires qui les ont mandatés. La théorie de l'agence ou des mandats correspond donc à une tentative de mise en parallèle de la théorie financière et de la théorie des organisations.

De cette définition on dégage les caractéristiques de la relation d'agence:

- Elle repose sur la relation d'autorité.
 - Elle pose le problème d'information imparfaite des contractants.
 - La relation d'agence est asymétrique.
 - Elle conduit à l'opportunisme qui se décompose en risque moral et sélection adverse
- L'opportunisme est un comportement qui consiste pour l'agent à rechercher l'intérêt personnel en recourant aux diverses formes de tricherie.
- La sélection adverse: opportunisme ex ante (tricherie avant conclusion du contrat), les transactions risquent de se réaliser incorrectement car le principal ignore une caractéristique de l'agent qui a un impact sur l'issue de l'accord.
- Le risque moral: opportuniste ex poste, il est difficile et coûteux de savoir si l'agent respecte ou non ses engagements. Le contrôle de ce risque entraîne des coûts appelés coût d'agence.

Les problèmes qu'étudie la théorie de l'agence apparaissent lorsque :

- les intérêts des deux parties peuvent diverger.
- il y a information imparfaite et asymétrie d'information entre les parties ; il y a alors risque d'opportunisme.

Jensen et Meckling généralisent en 1976 la notion de la relation d'agence. Elle recouvre en fait toute relation de coopération et non seulement relation agent-principal.

En conclusion, on parle de relation principal-agent lorsqu'un principal cherche à obtenir d'un agent qu'il maximise sa satisfaction alors qu'on se trouve dans une situation d'asymétrie d'information au détriment du principal. Ce problème se résout grâce à la contractualisation.

3.2 La place du médecin, un rôle à redéfinir.

3.2.1 Application des modèles (liberté des acteurs et relation d'agence) à l'hôpital et plus particulièrement aux relations directeur/médecin

1. La liberté des acteurs au sein de l'hôpital local

L'hôpital peut être regardé comme une organisation au sens sociologique du terme, c'est-à-dire un construit social, qui existe et se transforme seulement si elle peut s'appuyer d'une part sur des jeux permettant d'intégrer les stratégies de ses participants et d'autre part si elle assure à ceux-ci leur autonomie d'agents libres et coopératif.

Dans cette organisation hospitalière, chaque catégorie de personnel et à l'intérieur de celle-ci chaque personne est un acteur indépendant appliquant ses propres stratégies.

Notre propos se limitera aux deux groupes que sont le directeur d'une part et les médecins d'autre part, en l'occurrence les médecins libéraux intervenants à l'hôpital local.

Si ces deux groupes, tous deux au sommet de la hiérarchie hospitalière travaillent apparemment ensemble au profit de l'institution hospitalière, c'est à dire au bénéfice du malade, M. Crozier et E. Friedberg ont démontré que chacun opère selon des stratégies afin de préserver ses intérêts. C'est donc sur les intérêts respectifs de ces deux groupes que nous allons nous pencher afin de comprendre les interactions qui les lient.

Le directeur de l'établissement, fonctionnaire hospitalier, doit gérer son établissement sous une double contrainte réglementaire et financière. Son objectif est donc de respecter ses obligations réglementaires pour un coût minimum ne dépassant pas son budget. Or, pour répondre à certaines de ces obligations réglementaires, il a

besoin de la participation active des médecins : tour de garde, permanence médicale, activité... Mais le directeur, n'est pas intéressé financièrement (ou assez peu) à la tenue de ces objectifs. Néanmoins, les obligations qui pèsent sur lui peuvent engager sa responsabilité pénale si elles ne sont pas respectées. Il s'efforcera donc de les respecter. Sans intéressement financier, son intérêt est alors de réaliser ces objectifs avec le moins de contrainte possible pour lui.

Les médecins intervenant à l'hôpital local sont principalement des médecins libéraux, leur intérêt est simple, c'est de remplir au plus vite leurs obligations afin de se dégager du temps pour leur activité libérale. Toute nouvelle obligation imposée par l'hôpital doit pouvoir se concilier avec cet impératif.

Voici donc les intérêts principaux de ces deux groupes. Pour comprendre les relations les régissant, il faut maintenant s'intéresser aux pouvoirs que chacun détient dans l'institution. M. Crozier et E. Friedberg distinguent quatre sources de pouvoir.

Ces quatre sources de pouvoirs peuvent être divisées en deux, deux pour chaque groupe. La possession d'une compétence particulière et le contrôle de la communication et des informations internes de l'organisation sont l'apanage des médecins.

Le savoir médical est une compétence rare, source principale du pouvoir du corps médical à l'hôpital comme dans la société. Le fonctionnement de l'hôpital dépend de la volonté des médecins de vouloir venir y travailler ou pas, c'est ce qui fait leur force. Une fois installés dans l'hôpital, il reste aux médecins une seconde source de pouvoir, la maîtrise de la communication et des informations internes. En effet, l'administration, et donc le directeur, est dépendante de ces informations (besoins en personnel, codage des actes, activité...).

Le directeur quant à lui est à la fois maître des informations externes (circulaires, textes législatifs, dotations...) et surtout maître des règles de fonctionnements de l'organisation, il peut les adapter plus ou moins, au gré des besoins de l'institution et des rapports de forces, c'est une marge d'incertitude importante pour les autres acteurs qui constitue son véritable pouvoir.

L'hôpital est donc perpétuellement tiraillé entre ces deux pouvoirs. Pour pouvoir fonctionner, il faut sortir de ce tiraillement au profit de l'un de ces deux groupes.

Pour l'hôpital local, et surtout pour l'hôpital local moderne, le directeur doit sortir vainqueur de ce rapport de force afin de pouvoir réguler la propension des médecins à ne pas être présents à l'hôpital.

Pour ce faire, on peut choisir l'affrontement, mais dans ce cas, le directeur va à l'encontre de son intérêt puisqu'il lui faut alors imposer, contrôler, tâche très prenante et dont le résultat n'est pas garanti. Le directeur peut également choisir une voie plus consensuelle en associant les médecins à la réflexion autour d'une stratégie claire en adéquation avec les informations, contraintes extérieures de l'établissement.

L'association du médecin aux grandes orientations, la reconnaissance de ses compétences permet de faire émerger de nouveaux intérêts pour ce dernier, ce qui l'attache un peu plus à l'hôpital. Ainsi, associer un médecin à un projet mêlant acteurs externes (DDASS par exemple) et internes à l'hôpital « obligera » le médecin à s'investir afin de faire reconnaître ses compétences.

2. Les relations d'agences appliquées à l'hôpital.

Jensen et Meckling définissent une relation d'agence comme « un contrat par lequel une ou plusieurs personnes (principal) engage une autre personne (agent) pour exécuter en son nom une tâche quelconque qui implique une délégation d'un certain pouvoir de décision à l'agent ».

En ce sens, il existe de nombreuses relations d'agences au sein d l'hôpital, entre chaque groupe d'acteur notamment. Nous nous limiterons ici à la relation directeur/médecin.

Il existe une relation d'agence évidente entre un directeur, principal de cette relation, qui engage un médecin, l'agent, pour exécuter en son nom, du moins au nom de l'établissement, une tâche (ici le soin) qui implique une délégation du pouvoir de décision. Cette délégation est très importante. En effet, le code de Déontologie, repris dans le code de la Santé Publique consacre l'indépendance de décision⁵⁰ du médecin dans l'exercice de son art. Le contrôle exercé alors sur ce dernier ne peut être que limité.

⁵⁰ Article R. 4127-95 CSP

Enfin, comme toute relation d'agence, celle-ci est caractérisée par une asymétrie d'information importante entre l'agent-médecin, détenteur de l'information et le directeur-principal.

Si relation d'agence il y a, il y a donc risque d'opportunisme. Le risque moral est ici double, soit l'agent/ médecin minimise sa charge de travail à accomplir afin d'être moins présent à l'hôpital, soit au contraire, il exagère sa charge de travail afin d'avoir des moyens (personnel, matériel...) ou une rémunération supérieurs. La sélection adverse consistant à employer un médecin ne correspondant pas aux critères voulus n'est pas ici le risque le plus important.

Cet opportunisme engendre des frais d'agence afin de s'assurer que l'agent médecin travail dans l'intérêt du principal. Or ce contrôle ne peut être que limité étant donné la position du médecin dans l'institution (*cf. supra*).

Dès lors, dans le cadre de la relation d'agence, seul un contrat formalisé entre le directeur/principal et le médecin/agent est à même d'assurer un fonctionnement cohérent de la structure hospitalière car il permet au directeur de « contrôler », non pas les actions directes du médecin, mais les conséquences de ces dernières auxquelles le médecin est astreint par contrat.

En créant les bases d'une gestion participative, la contractualisation des relations entre le médecin et le directeur de l'établissement semble donc, quelle que soit l'approche envisagée, une solution pour favoriser l'investissement des médecins au sein de l'hôpital.

Cette contractualisation nécessite une mutation importante de la gestion hospitalière et des esprits des acteurs concernés. Elle ne peut être imposée, et doit se réaliser par une véritable négociation définissant les droits, notamment financiers, et obligations de chacun. Le contrat ne peut néanmoins se limiter à cela, il faut donner « un contenu et un sens partagé au concept de contractualisation⁵¹ ».

⁵¹ P. LACHEZE-PASQUET, *Management hospitalier pour le praticien*, p 180

3.2.2 Les relations médecins / direction dans l'échantillon d'étude.

L'hôpital local de Montfort l'Amaury a des difficultés à mobiliser ses médecins (praticien temps plein mis à part) malgré une volonté marquée de les intégrer à l'hôpital et ce notamment dans le cadre de la reconstruction.

La piste du passage à un fonctionnement avec des médecins temps plein a été évoquée mais non retenue (*cf. supra*).

Les disfonctionnements relevés, notamment dans les relations avec les familles (difficulté à rencontrer le médecin par exemple) sont des arguments pour faire évoluer cet état. Néanmoins, cette situation évolue, même si c'est assez lentement et la difficulté de trouver des médecins libéraux prêts à venir à l'hôpital de Montfort l'Amaury contraint la direction à conserver les médecins actuels, ce qui renforce, la liberté et le pouvoir de ces derniers au sein de l'institution.

Cependant, dans un effort continu d'intégration de ces médecins au fonctionnement de l'hôpital, la mise en place progressive du statut de praticien attaché et donc la contractualisation concomitante, devrait permettre une amélioration de la participation de ces derniers.

Il faut cependant noter que le faible nombre de médecin et les relations cordiales entretenues avec la direction, permettent de les considérer comme un soutien dans de nombreux projets plutôt que comme une force opposante.

L'hôpital local de Houdan quant à lui est dans une situation très différente. De longue date, les médecins sont impliqués dans le fonctionnement de l'hôpital et le passage au statut de praticien attaché est pour la plupart l'aboutissement d'un processus plus que la mise en place d'une stratégie.

Ce processus est marqué par une association de longue date des médecins à tous les projets de l'établissement, association bénéfique grâce à la connaissance et à la vision différente des médecins qui n'hésitent pas à remettre en cause ce qui est établi.

Cette association se traduit par une participation à chaque projet mais également une collaboration à la marche quotidienne de l'établissement avec notamment une réunion hebdomadaire regroupant les médecins coordonnateurs et « responsables » de service et le directeur afin d'évoquer les affaires en cours. Cette réunion peut s'analyser comme une sorte de conseil exécutif⁵² (bien que membres de la direction et du corps médical ne soient pas représentés à part égale) où sont débattus les orientations et les problèmes quotidiens de l'établissement.

De plus, les médecins sont également associés au suivi d'activité, démarche qui leur est familière eu égard à leur condition de médecin libéral et donc rémunéré à l'acte.

Ces deux hôpitaux locaux présentent donc deux situations très différentes héritées de leur histoire. Depuis la mise en place de la direction commune, la gestion du corps médical tend à s'uniformiser sur les deux hôpitaux. Néanmoins, cette uniformisation n'est pas encore terminée. On peut cependant penser que le nouvel établissement en construction à Montfort l'Amaury pourra contribuer (grâce à sa nouveauté, au confort d'exercice qu'il apporte) au rapprochement des médecins dans la gestion de l'hôpital et peut-être, être un facteur d'attractivité pour de nouveaux praticiens.

3.2.3 Propositions d'organisation

Il n'y a pas de recette miracle pour obliger les médecins libéraux à venir et à s'investir à l'hôpital local, mais selon les situations, les conditions externes et internes de l'établissement, il existe des leviers afin d'atteindre cet objectif. L'observation du fonctionnement de l'hôpital local à travers le prisme de la sociologie des organisations et de la théorie des relations d'agence permet de proposer trois leviers d'action.

Le premier de ces leviers et le plus simple ou tout du moins le plus rapide à mettre en place est la contractualisation entre le médecin et le directeur représentant de l'hôpital.

⁵² Instance présidée par le directeur d'établissement et composée en parité du corps de direction et du corps médical La mission du conseil exécutif est l'élaboration et la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens.

Ce contrat permet de définir des objectifs clairs et consensuels entre les deux parties. En cas de non exécution ce contrat est un appui pour le directeur afin de prendre les mesures appropriées (sanction, rappel ou redéfinition des objectifs...).

Un second levier possible est la création d'une véritable dynamique associant les médecins aux projets et à la gestion de l'hôpital. Sans aller jusqu'à la création de pôles hospitaliers et de conseils de pôles instaurés par l'ordonnance du 2 mai 2005 dans les centres hospitaliers, ce qui n'aurait aucun sens dans une structure de la taille d'un hôpital local, le conseil exécutif quant à lui, dans une forme adaptée, semble une instance permettant d'aller dans cette direction.

Dernier point recoupant les deux premiers : la reconnaissance du médecin généraliste. Il s'agit tout d'abord d'une reconnaissance symbolique de sa place au sein de l'institution hospitalière. En effet, malgré la création de la spécialité de médecine générale, le médecin généraliste reste souvent considéré comme un médecin de deuxième ordre⁵³. Sa fonction hospitalière fait partie de cette reconnaissance, mais il faut aller plus loin en faisant un véritable auxiliaire du directeur. D'autre part, il faut reconnaître le médecin généraliste comme un professionnel de l'hôpital en lui donnant les moyens de cette professionnalisation.

⁵³ M. JAISSON, *L'honneur perdu du médecin généraliste*

Conclusion :

L'hôpital local est le fruit d'une longue histoire. Héritier des anciens hospices devenus hôpitaux ruraux puis hôpitaux locaux, il semblait après avoir été porteur d'un certain espoir puis voué à la disparition, du moins dans sa composante sanitaire.

Reconnu comme un maillon important du système de santé français par la circulaire de mai 2003 et mis en avant par le Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, l'hôpital local est aujourd'hui porteur d'espoir pour l'organisation sanitaire. C'est à la fois un point d'appui pour les médecins dans les zones isolées et « sous-médicalisées », un phare permettant d'attirer les médecins, mais parallèlement, il offre un service important aux populations isolées comme 1^{er} recours à l'institution sanitaire.

Si l'hôpital local peut être un atout pour fixer les médecins dans les zones sous-médicalisées, c'est qu'il répond aux aspirations des médecins et notamment des médecins généralistes libéraux, intervenants par définition de l'hôpital local. En effet, le médecin généraliste trouve à l'hôpital local un plateau technique et des compétences (notamment paramédicales) qu'il n'a pas en cabinet, ainsi qu'un lieu d'exercice regroupé, lieu d'échange avec ses confrères. C'est aussi un « retour aux sources », c'est-à-dire dans cette institution hospitalière prestigieuse qu'il a quitté après ses études de médecine.

De plus l'hôpital local, grâce à l'évolution de la législation peut proposer des statuts de salarié temps plein ou temps partiel aux médecins, répondant, et de ce fait étant attractif, aux aspirations des nouvelles générations de médecins.

L'hôpital local est donc un outil important d'aménagement du territoire mais aussi un lieu privilégié de rencontre entre médecine libérale et monde hospitalier. Cette rencontre n'est pourtant pas évidente car les intérêts de l'hôpital, représenté par le directeur, et ceux des médecins libéraux ne sont pas nécessairement convergents. Ainsi, le médecin libéral aura tendance à favoriser son activité libérale au détriment de l'hôpital. Pour remédier à ce problème, diverses modes d'incitations peuvent être mis en place allant de la contractualisation formelle des relations entre médecin et hôpital, à une association, une intégration importante du médecin libéral dans la vie institutionnelle de l'hôpital ayant pour but d'attacher le médecin aux intérêts de l'hôpital.

En conclusion, l'hôpital local, fort de ses missions nouvelles et clarifiées, et s'appuyant sur un exercice médical rénové peut devenir un véritable hôpital de proximité, « espoir des années 2010 » face à la réorganisation du système de santé. Enfin, si « le rôle du médecin généraliste à l'hôpital local et celui du médecin coordonnateur sont ouverts à l'imagination et à l'esprit créatif de tous, (...) n'oublions pas le patient pour ne s'occuper que des médecins⁵⁴ ».

⁵⁴ Enquête AGHL, *Recueil des actes des 13e Assises nationales des hôpitaux locaux*, « quels médecins pour l'hôpital local »

Bibliographie

Ouvrages

- ABBAD. J, 2001, *Organisation et management hospitalier*, Berger-Levrault, 2001, 417pages
- CROZIER. M et FRIEDBERG. E, 1977, *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil, 1981, 493 pages
- LACHEZE-PASQUET. P, 1997, *Managements hospitaliers pour le praticien*, Masson, 1997, 271 pages
- MAILLARD. C, 1986, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Paris, Dunod, 200 pages

Mémoires d'étude

- DENIS. M (sous la direction), 2003, *L'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, ENSP, 30 pages
- DENIS. M (sous la direction), 2004, *Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ?*, Module Interprofessionnel de Santé Publique, ENSP, 30 pages
- JOUIN. JC, 2006, *Professionnalisation de l'association et rapport entre personnel salarié et personnel bénévole*, Université Paris XIII, Mémoire de Master 2, 46 pages
- LEBRIERE.J, 2006, *L'hôpital de proximité, levier de la réorganisation des soins : l'exemple de l'hôpital de Houdan comme plateforme local de santé*, ENSP, Mémoire de DESS, 75 pages
- MOURAS. C, 2004, *La conception des dynamiques de développement en hôpital local. Une approche de management stratégique à l'hôpital local de la Châtaigneraie*, ENSP, Mémoire de DESS, 80 pages

Rapports et enquêtes

- BERLAND. Y, 2005, *Rapport de la Commission de la démographie médicale*, Ministère des solidarités, de la santé, et de la famille, 61 pages.
- FUILHARD. JM, 2008, rapport du Sénat n°14, *Rapport d'information fait au nom des Affaires sociales sur la démographie médicale*, Sénat, 86 pages
- LARCHER. G, 2008, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 102 pages

- Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques, *Statistiques annuelles des établissements*, 2003
- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques, *Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres N° 578*, juin 2007

- Enquête AGHL, *Recueil des actes des 13e Assises nationales des hôpitaux locaux, « quels médecins pour l'hôpital local »*, Levroux, les 11 et 12 juin 2005
- *Actes du forum de l'hôpital local en région centre*, Sully sur Loire, le 28 juin 2004
- Discours de M. Douste-Blazy, ministre de la Santé, Forum national de l'Hôpital Local, le 24 novembre 2004

- Observatoire Régional de Santé d'Ile de France, *La santé observée en 2006 dans les Yvelines*, rapport de février 2007
- Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB), *Les hôpitaux locaux en France en 2000*, rapport d'octobre 2002

- *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, les dossiers de l'Urcam, décembre 2004

- Plateforme de propositions pour l'Hôpital Local 2007-2012, ANHL-AGHL, 12 pages

Revue et Articles

- CHABROL. A, 2007, *Etre médecin demain*, le Bulletin de l'Ordre des médecins n°10, décembre 2007, pages 8-12
- COHENDET. P et LLENERA. P, 1999, *La conception de la firme comme processeur de connaissances*, Revue d'Economie Industrielle, n°88, pp. 211-235
- JAISSON. M, 2002, *L'honneur perdu du médecin généraliste*, Actes de la Recherche en Science Sociales volume 143 n°1, pages 31-35
- JENSEN M. et W. MECKLING, 1976, *Theory of the firm: managerial behavior, agency cost, and ownership structure*, Journal of Financial Economic, 1976, pp. 305-360.

Cartes

- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, DHOS, 04 septembre 2008, http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/densite_med-hl/hl_mgv8_2.swf

Références juridiques

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel de la République Française du 3 janvier 2002 page 124
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, Journal Officiel de la République Française n°27 du 2 février 1994 page 1807
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Journal Officiel de la République Française n°179 du 2 août 1991 page 10255
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales, Journal Officiel de la République Française du 1 juillet 1975 page 6604
- Loi du 21 décembre 1941 portant réorganisation des hôpitaux et hospices civils, Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1941 page 5574

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel de la République Française n°102 du 3 mai 2005 page 7626
- Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, Journal Officiel de la République Française du 12 décembre 1958 page 11169

- Décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel de la République Française n°0289 du 13 décembre 2007 page 20148
- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel de la République Française n°267 du 17 novembre 1992 page 15755
- Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier, Journal Officiel de la République Française du 23 avril 1980 page 1017
- Décret n°72-1078 du 6 décembre 1972 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier en centres hospitaliers, centres de convalescence, cure ou réadaptation et unités d'hospitalisation, Journal Officiel de la République Française du 7 décembre 1972 page 12626
- Décret n°59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et des hospices publics, Journal Officiel de la République Française du 5 août 1959 page 7820

- Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, Journal Officiel de la République Française n°233 du 6 octobre 2004 page 17076
- Arrêté du 16 janvier 1956 classement des hôpitaux et hospices publics dans les diverses catégories énumérées au titre 1 du décret du 17-04-1943, Journal Officiel de la République Française du 1 février 1956 page 1360

- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Circulaire DH/EO 3 n° 93-26 du 13 juillet 1993 relative aux réseaux gérontologiques et à la coordination

Liste des annexes

Annexe I :

Grille d'entretien

Annexe II :

Liste des personnes interrogées

Annexe III :

Carte de densité médicale et des hôpitaux locaux en France métropolitaine

Annexe I : Grille d'entretien

Hôpital

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

Rôle

- activités de soins / coordonnateur
- participation aux instances : CME, CA, CLIN, Comité du médicament, CSSI, vigilances sanitaires (hygiène, hémovigilance, matériovigilance) : trop d'instances ? Trop de réunions ?
- rôle du médecin généraliste en matière de qualité : projet médical, protocoles, accréditation, dossier médical
- Quel statut ?
- une différence entre HL et CH
- le médecin libéral du médecin hospitalier

Motivations

Quels facteurs d'attractivité :

- Proximité / Finances / Humain / Formation / Intérêt pour le patient / Statut / Atténuation de la responsabilité / Reconnaissance ?

La rémunération des réunions institutionnelles a-t-elle modifié votre participation ? Si non, pourquoi ?

Quel bénéfice l'institution et le médecin trouvent-ils à travailler ensemble ?

Relations / Communication

Entre médecins et directeur ? (perçu, souhaité)

Entre médecins et équipe soignante ? (perçu, souhaité)

Entre médecins et élus ? (perçu, souhaité)

Entre médecins et patients / familles ? (perçu, souhaité)

Entre médecins et services sociaux ? (perçu, souhaité)

Entre collègues (intervenant à l'hôpital et les autres) (perçu, souhaité)

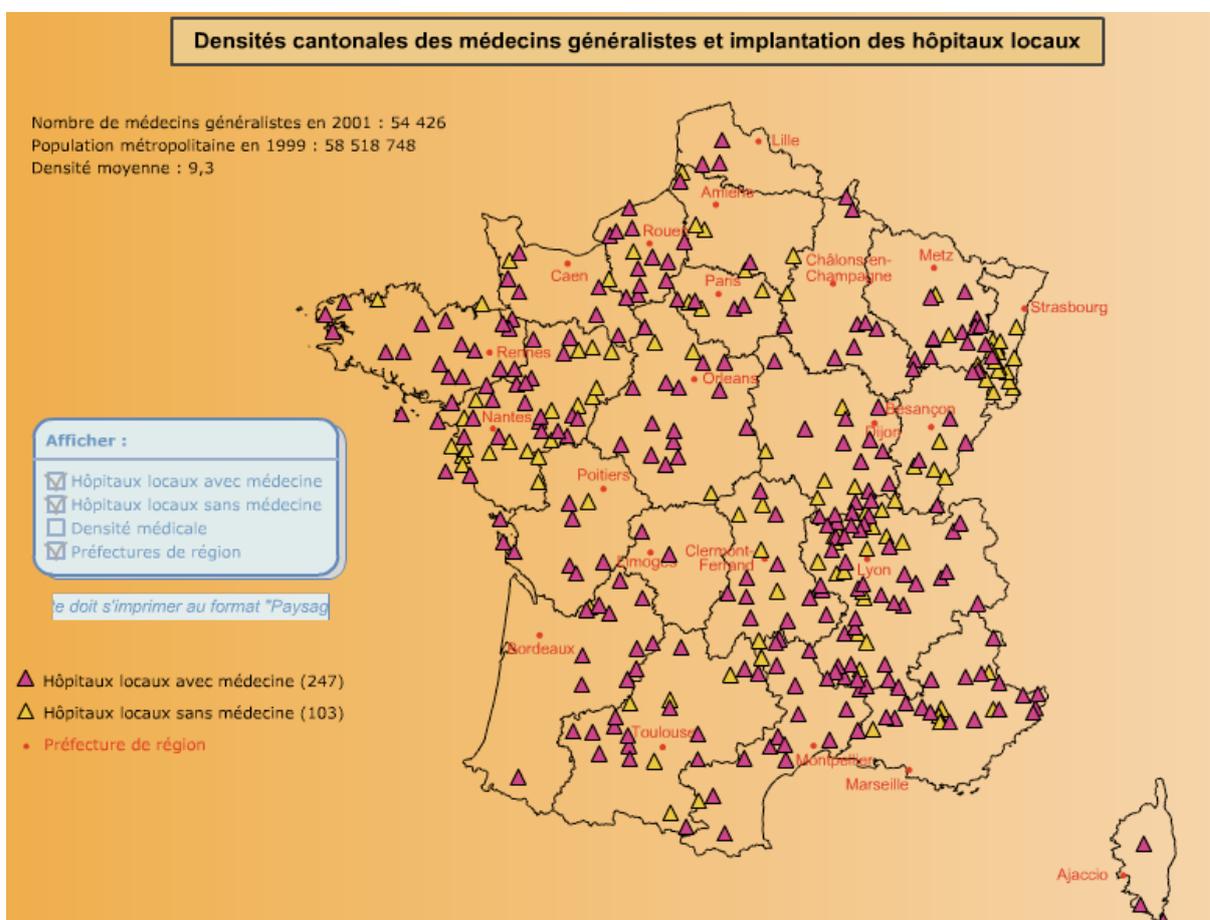
Annexe II : Liste des personnes interrogées

Ont été interrogés dans le cadre d'entretiens spécifiques :

- Virginie AUBIN, directrice des hôpitaux de Houdan et de Montfort l'Amaury
- Marie VASSOUT BOUCHARD, attaché d'administration en charge des affaires médicales
- Docteur BABLED, médecin libéral intervenant à HL HOUDAN
- Docteur DUBOIS, médecin libéral, praticien attaché à HL Houdan
- Docteur GENDRY, président de l'AGHL
- Docteur GRANGE, praticien hospitalier HL Houdan
- Docteur MEKKI, praticien hospitalier HL Montfort l'Amaury
- Docteur OUHIBI, médecin libéral, praticien attaché à HL Houdan

Annexe III :

Carte de densité médicale et des hôpitaux locaux en France métropolitaine



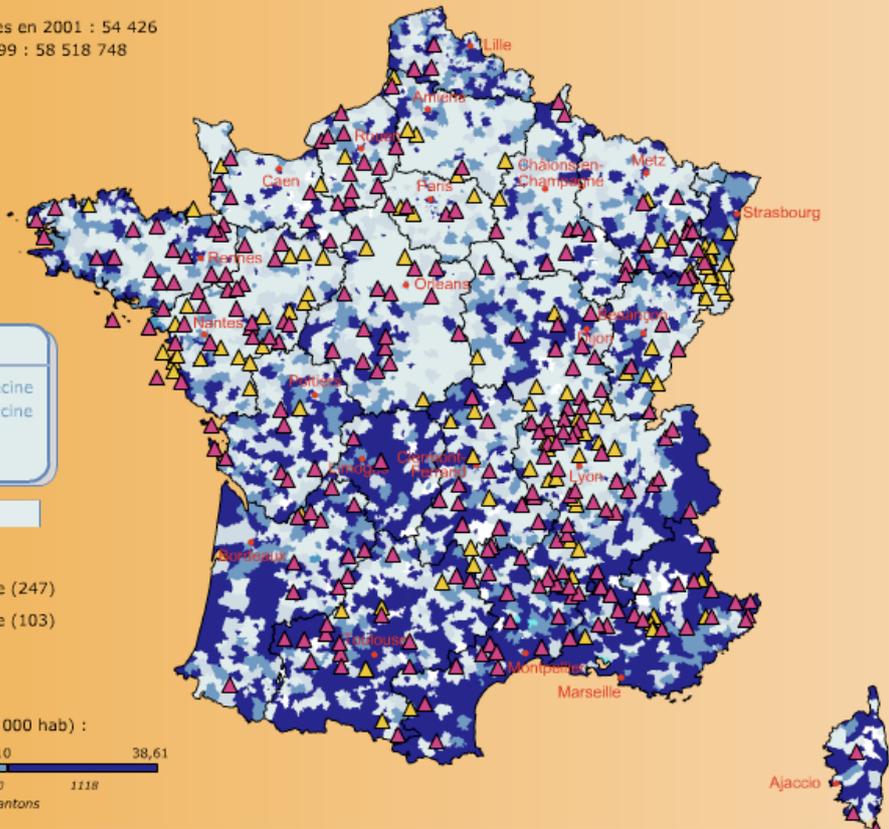
Densités cantonales des médecins généralistes et implantation des hôpitaux locaux

Nombre de médecins généralistes en 2001 : 54 426
 Population métropolitaine en 1999 : 58 518 748
 Densité moyenne : 9,3

- Afficher :**
- Hôpitaux locaux avec médecine
 - Hôpitaux locaux sans médecine
 - Densité médicale
 - Préfectures de région

Format "Paysage"

-  Hôpitaux locaux avec médecine (247)
-  Hôpitaux locaux sans médecine (103)
-  Préfecture de région



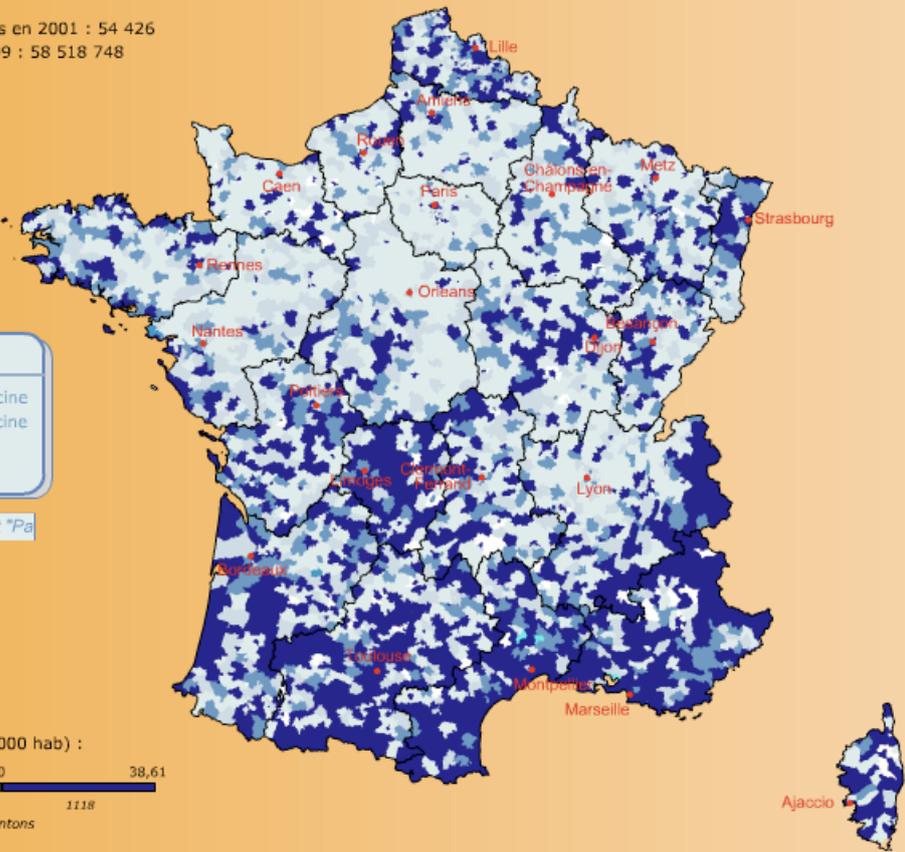
Densités cantonales des médecins généralistes et implantation des hôpitaux locaux

Nombre de médecins généralistes en 2001 : 54 426
 Population métropolitaine en 1999 : 58 518 748
 Densité moyenne : 9,3

- Afficher :**
- Hôpitaux locaux avec médecine
 - Hôpitaux locaux sans médecine
 - Densité médicale
 - Préfectures de région

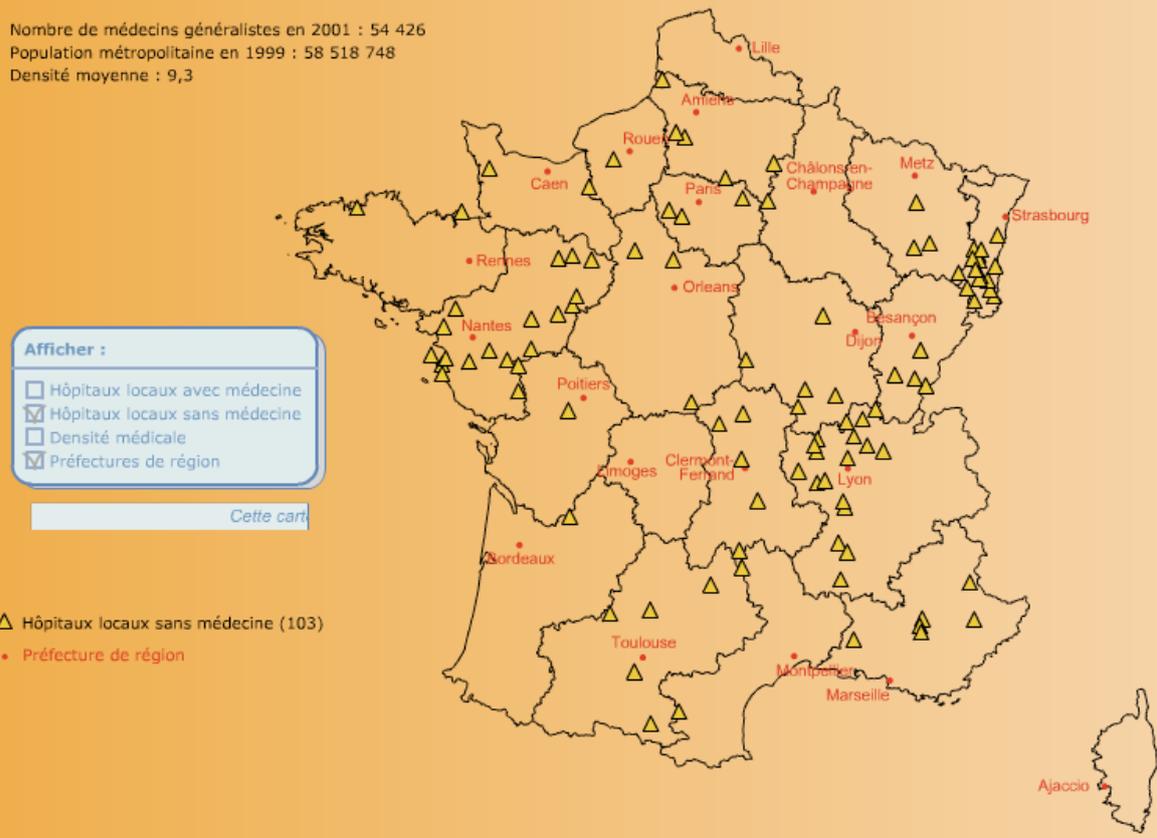
Format "Paysage"

-  Préfecture de région



Densités cantonales des médecins généralistes et implantation des hôpitaux locaux

Nombre de médecins généralistes en 2001 : 54 426
 Population métropolitaine en 1999 : 58 518 748
 Densité moyenne : 9,3



Densités cantonales des médecins généralistes et implantation des hôpitaux locaux

Nombre de médecins généralistes en 2001 : 54 426
 Population métropolitaine en 1999 : 58 518 748
 Densité moyenne : 9,3

