



**Directeur d'Établissement Sanitaire
Social et Médico-Social**
Promotion : **2022 - 2023**
Date du Jury : **Novembre 2023**

**L'élaboration d'une pratique
collaborative interprofessionnelle
entre l'hôpital de proximité et la
médecine de ville pour garantir une
prise en soins efficace de l'utilisateur**

Hamed SALAMEH

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagné dans l'élaboration de ce mémoire ainsi que durant la formation de D3S, notamment :

Monsieur Serge MORARD, directeur adjoint de la filière médico-sociale du centre hospitalier de Saint Nazaire et directeur délégué du site de Savenay, pour son accompagnement, sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils,

Natacha et Rudy, directeurs des deux hôpitaux de proximité dans lesquels j'ai effectué mon stage de professionnalisation,

L'ensemble du personnel des deux hôpitaux de proximité, particulièrement, Thierry, Catherine, Alexis, Carine, Chloé, Nadine, Pascale, Emmanuel, Eric, Marylin, Katia, Fouzia et Isabelle pour leur collaboration et leur bienveillance.

Une pensée particulière à mon épouse et à mes trois filles que j'ai délaissées durant ces deux années de formation...

Sommaire

Introduction	1
1 Le décloisonnement ville – hôpital est une nécessité au service du parcours de santé de l'utilisateur.....	11
1.1 Du service public hospitalier à un service public territorial de santé : la mutation de notre système de santé pour décloisonner ses différents secteurs	11
1.2 L'hôpital de proximité est un réel trait d'union entre l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux.....	13
2 La collaboration entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville renforce l'offre de soins de proximité	14
2.1 Le territoire conditionne l'accès aux soins	14
2.2 L'hôpital de proximité et le nouveau cadre de labellisation est un élément de réponse à l'offre de soins de premier recours.	16
2.3 La synergie entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville garantit une offre de soins de proximité sur le territoire	18
3 La mise en œuvre d'une pratique collaborative interprofessionnelle entre les équipes hospitalières et les médecins généralistes permet de garantir une offre de soins de proximité	20
3.1 Bien que la collaboration interprofessionnelle entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville présente des atouts, il existe également des limites qu'il convient de souligner.....	20
3.2 Le rôle du directeur est de renforcer la collaboration interprofessionnelle entre l'hôpital et la médecine de ville pour assurer une prise en soins de qualité.....	30
Conclusion	41
Bibliographie	43
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMP	Aide médico-psychologique
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continu
ANFH	Association nationale pour la formation du personnel hospitalier
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
CDU	Commission des usagers
CLS	Contrat local de santé
CMG	Commission médicale de groupement
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP	Code de la santé publique
CVS	Conseil vie sociale
DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social, médico-social
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DPI	Dossier patient informatisé
E	Entretien
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et dépenses
ESP	Equipe de soins primaires
ETP	Equivalent temps plein
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de Santé

HPST	Hôpital, patient, santé et territoire
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IPA	Infirmier en pratique avancée
L	Ligne
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LOTSS	Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
ORS	Observatoire régional de santé
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PSMS	Pôle social et médico-social
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SPH	Service public hospitalier
SPTS	Service public territorial de santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et réadaptation
TOM	Taux d'occupation moyen

Introduction

Le choix du thème de mon mémoire est lié à mon expérience professionnelle hospitalière et s'inscrit dans le domaine des coopérations entre les différents secteurs de la santé pour accompagner l'utilisateur dans son parcours de vie.

Ergothérapeute de formation initiale en milieu hospitalier, une de mes missions principales concernait l'accompagnement des personnes âgées hospitalisées vers leurs lieux de vie. Le retour et le maintien à domicile des usagers en situation de handicap nécessitaient une coordination avec les professionnels de santé de ville.

Par ailleurs, après avoir intégré l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) en tant qu'élève Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS), j'ai fait le choix de réaliser mon stage de professionnalisation dans un hôpital de proximité A situé dans le sud de la Drôme en région Auvergne-Rhône-Alpes. En effet, ce choix est lié à mon projet professionnel, je souhaite diriger un établissement sanitaire ou médico-social de petite taille. Mon intérêt professionnel porte sur les structures qui coopèrent avec les différents secteurs de la santé et sur l'accès aux soins dans les territoires isolés.

D'ailleurs, après avoir commencé mon stage à l'hôpital de proximité A en décembre 2022, un des premiers éléments qui a attiré mon attention est le constat que les patients hospitalisés dans les unités de médecine et de Soins de suite et réadaptation (SSR) sont pris en charge exclusivement par des médecins généralistes libéraux exerçant dans une Maison de santé pluri professionnelle (MSP). En fait, après avoir consulté les rapports d'activité et l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) de l'établissement, j'ai noté que l'effectif médical comptait un médecin coordonnateur à temps partiel pour le secteur médico-social. Ce médecin participait également à la coordination du projet de soins des patients du secteur sanitaire pendant le staff hebdomadaire.

En ce qui concerne le territoire, l'hôpital de proximité A est en direction commune avec un deuxième hôpital de proximité B dans lequel j'intervenais ponctuellement et qui ne présente pas la même organisation médicale. Cette dernière s'appuie sur un effectif de 3 médecins hospitaliers à temps partiel dont un médecin coordonnateur et 2 médecins généralistes qui assurent la prise en charge des

patients du secteur sanitaire. En effet, il s'agit d'un fonctionnement mixte où la continuité des soins nécessite une collaboration entre médecins salariés et libéraux.

Par ailleurs, dans un contexte de pénurie de médecins et d'un accès aux soins difficile dans certains territoires, le pouvoir exécutif entend développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins. Les hôpitaux de proximité sont au cœur de la démarche.

Ainsi, la direction a fait le choix de demander la labellisation hôpital de proximité pour le compte des deux établissements A et B et de développer la coopération avec la médecine de ville pour garantir une prise en soins et un accompagnement de qualité des usagers hospitalisés ou hébergés dans le secteur médico-social. En effet, depuis plusieurs années, recruter un médecin hospitalier reste une tâche difficile et complexe pour la direction.

En conséquence, après avoir observé le fonctionnement médical au sein de l'établissement de santé A et échangé avec les équipes hospitalières et les médecins libéraux sur ce partenariat, j'ai décidé de m'intéresser à la coopération entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville.

Pour autant, s'agit-il du bon terme pour définir cette relation de partenariat entre deux secteurs distincts qui n'ont pas la même approche professionnelle pour prendre en soins les usagers ? Le terme de coopération vient du latin *cooperatio* qui signifie « *part prise à une œuvre faite en commun* » (Le Grand Robert, 2001). Selon Laurens, la coopération « *repose sur la division des tâches entre les participants à un travail dans un agencement logique pour atteindre l'objectif fixé* » (2016, p.56-57). Or, dans le cadre de ce partenariat, les médecins généralistes qui interviennent au sein de l'hôpital pour soigner les patients ou les résidents opèrent avec les équipes soignantes hospitalières. En fait, ils font partie d'une même équipe pour un travail commun. C'est pourquoi, il me semble que le terme approprié pour décrire ce type de relation est la collaboration qui signifie « *travail en commun* » (Le Grand Robert, 2001).

Enfin, étant donné qu'il s'agit d'un partenariat où des membres de différents secteurs de la santé travaillent en collaboration pour atteindre un objectif, il serait

opportun d'utiliser les termes de *collaboration interprofessionnelle* qui est « faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients » (D'amour, 1997).

C'est pourquoi, dans le cadre de mon sujet de mémoire et de mon travail de recherche, je me suis interrogé sur le bénéfice et le risque de cette collaboration de l'hôpital avec le secteur libéral.

- **Question de départ**

Quels sont les atouts et les limites d'une collaboration entre un hôpital de proximité et la médecine de ville ?

Après avoir effectué un premier recueil d'informations auprès des équipes médicales, paramédicales, administratives et auprès des tutelles, des élus locaux, et après avoir consulté le diagnostic territorial de santé du territoire concerné, la problématique de l'accès aux soins de la population locale est clairement mise en lumière. Dans ce contexte, une deuxième question précise davantage l'objet de recherche :

- **Sous-question**

Comment la collaboration entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville permet-elle d'assurer un accès aux soins hospitaliers de premiers recours à une population âgée dans un territoire rural isolé ?

Toutefois, malgré les ambitions de « *Ma santé 2022* » de décroiser les différents secteurs de la santé et de réorganiser les soins, la collaboration entre les équipes hospitalières et des médecins généralistes qui ne possèdent pas la même culture professionnelle du prendre soins nécessite d'être définie et encadrée dans l'intérêt de l'utilisateur.

- **Problématique retenue**

Ainsi, il paraît opportun d'envisager la problématique suivante dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire :

En quoi l'élaboration d'une pratique collaborative interprofessionnelle entre l'hôpital de proximité et la Médecine de ville permet-elle d'assurer une prise en soins efficace des usagers ?

- **Hypothèse de recherche**

Ma première hypothèse de recherche reposera sur l'idée qu'une collaboration de l'hôpital de proximité avec la Médecine de ville peut se révéler comme une opportunité pour assurer la prise en charge des patients et des résidents dans un contexte où les hôpitaux font face à une pénurie de médecins. Néanmoins, cette collaboration demeure fragile à cause d'un temps de présence limité des médecins généralistes et d'une culture professionnelle différente. C'est pourquoi, il convient que le chef d'établissement contribue à l'élaboration d'une pratique collaborative efficace entre les deux secteurs en proposant aux médecins généralistes des formations adaptées afin de mieux connaître l'environnement hospitalier et les procédures spécifiques hospitalières. Aussi, la définition d'une organisation médico-soignante par l'ensemble des acteurs doit clarifier le rôle et les missions de chacun pour une meilleure coordination.

La seconde hypothèse souligne la question de l'adaptation des équipes soignantes hospitalières à une collaboration avec le secteur libéral et la nécessité de développer davantage leurs compétences (des pratiques avancées) pour assumer une autonomie de fonctionnement au quotidien auprès des usagers.

Méthodologie de l'enquête

a. Enquête exploratoire

Afin de définir de façon plus précise l'objet de recherche qui s'articule autour du partenariat entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville, il m'a semblé

pertinent de commencer ce travail avec une pré-enquête ou une enquête exploratoire pour « *recentrer l'objet de recherche, de dépasser le stade du thème, de réduire l'investigation* » (Eymard, Thuillier & Vial, 2004, p.31). Effectivement, cette pré-enquête permet de « *tester la pertinence de l'objet de recherche au terrain des pratiques : l'objet est-il en relation d'actualité avec les pratiques professionnelles ?* » (Ibid.).

- **Entretien avec la présidente de la Commission médicale d'établissement**

Ainsi, j'ai décidé dans un premier temps d'effectuer un entretien avec la présidente de la Commission médicale d'établissement (CME) qui se trouve médecin généraliste travaillant au sein de la MSP de la commune et correspondante du Service d'aide médicale urgente (SAMU). Le médecin a répondu rapidement à mes sollicitations d'entretien au cours duquel je l'ai interrogé sur l'organisation médicale mise en place.

Mme C. semble satisfaite de cette organisation établie avec le directeur de l'établissement. Elle explique que les patients sont admis et suivis à l'hôpital par leurs médecins traitants et que la prise en charge des autres patients est répartie entre les médecins généralistes de la MSP. Ce sont 4 médecins généralistes qui interviennent en Médecine et en SSR, le médecin coordonnateur de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est le seul médecin salarié à temps partiel, son rôle est de coordonner la prise en soins des résidents en EHPAD et de coordonner également le projet de soins des patients dans le secteur sanitaire (un staff a lieu tous les mardis matins de 11h à 12h, axé principalement sur la gestion des entrées et des sorties des patients).

Selon elle, malgré le fait qu'il n'y ait pas de praticiens hospitaliers à l'hôpital A, l'organisation mise en place a permis une bonne continuité et sécurité des soins.

Cette organisation innovante entre l'hôpital et la médecine de ville présente plusieurs avantages :

- Des échanges et communication entre confrères (médecins généralistes) ;
- Un suivi assuré par le médecin traitant (domicile - hôpital) ;
- Réassurance du patient pendant et après l'hospitalisation.

Egalement, elle souligne que les pathologies rencontrées au sein de l'établissement ne sont pas complexes.

Enfin, elle précise que le cadre de santé des unités de Médecine et SSR ou les Infirmiers diplômés d'Etat (IDE) peuvent appeler la MSP en urgence la journée si le médecin traitant du patient est indisponible ou si aucun médecin n'est présent au sein des unités. Et à partir de 18h et jusqu'à 06h du matin, une astreinte médicale assure la continuité des soins.

- **Entretien avec la chargée de mission du Contrat local de santé**

Dans un deuxième temps, j'ai contacté Mme M. qui est en charge de l'élaboration du Contrat local de santé (CLS) pour l'interroger sur la place qu'occupe l'hôpital dans l'offre de soins du territoire et sur la collaboration ville-hôpital. En effet, l'intervention de médecins généralistes de ville au sein du secteur sanitaire de l'hôpital A est une nouveauté pour Mme M. (c'est la première fois que l'interviewée rencontre ce type de fonctionnement). Elle souligne lors de l'entretien que ce type de coopération représente un système d'alternance entre la MSP et l'hôpital. Mme M. évoque les contrats et aides proposés par l'Agence régionale de santé (ARS) pour inciter les médecins de ville à s'installer sur le territoire et à collaborer avec l'hôpital.

Par ailleurs, elle affirme que la collaboration hôpital – médecine de ville est une opportunité qui permet de palier les manques de médecins traitants. Néanmoins, elle pense que cela nécessite de définir une organisation solide pour assurer la continuité des soins.

De plus, l'enjeu pour Mme M. est d'assurer un accès aux soins grâce à un maillage territorial fort. L'organisation médicale mise en place entre l'hôpital et la MSP permet d'assurer une prise de poste rassurée pour un médecin de ville car non seulement il peut s'appuyer sur ses pairs mais il peut également compter sur un hôpital de proximité offrant des soins de premier recours.

Egalement, Les 2 MSP des deux communes principales sont investies dans des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du territoire. Néanmoins, il n'est pas simple pour la MSP de la commune A de fonctionner avec

une CPTS implantée sur deux départements, le maillage peut paraître complexe, c'est pourquoi, il est toujours plus simple de ne s'appuyer que sur la MSP.

En ce qui concerne l'hôpital de proximité A, la population locale est très attachée à son établissement de santé et à l'accès aux soins. Les élus aussi sont investis pour faciliter l'accès aux soins à leur population et surtout aux plus vulnérables. En effet, l'hôpital est inséré dans le tissu local et il apparaît que le système de santé local s'appuie sur un établissement de santé – ville. Cependant, il est essentiel de poursuivre le développement de l'hôpital en rénovant les locaux de la radiologie, en créant un centre de prélèvement (biologie) et en développant la télésanté avec le Groupement hospitalier de territoire (GHT).

Si bien que Mme M. est convaincue que l'hôpital de proximité A joue le rôle d'interface entre le secteur des soins de ville et le secteur hospitalier, toutefois, il y a un travail de pédagogie à faire, selon elle, car l'hôpital de manière générale est plutôt mal vu par rapport à la maltraitance dans les EHPAD et l'affaire ORPEA. Elle souligne qu'il ne faut pas oublier le lien hôpital et le maintien à domicile et l'hôpital de proximité représente un maillon dans le parcours de santé de l'usager. C'est un acteur qui coopère avec d'autres acteurs comme la médecine de ville, avec d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, les acteurs du maintien à domicile et tout cela dans un maillage territorial coordonné.

Enfin, elle souligne de nouveau l'importance d'une organisation médicale solide qui assure cette permanence des soins.

- **Entretien avec la directrice de l'hôpital de proximité B**

Il m'a semblé intéressant d'avoir le point de vue de la directrice de l'hôpital B dans lequel j'ai noté des avantages à une organisation médicale mixte comme le temps de présence des médecins hospitaliers la journée qui assure une continuité et sécurité des soins. Néanmoins, cette organisation médicale mixte présente également des inconvénients soulignés par des difficultés de communication entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes qui influent sur le suivi du patient. Il apparaît également que les médecins généralistes expriment des difficultés à suivre les procédures médicales « *chronophages* » de suivi des patients

par manque de temps, un élément souligné par les experts de la Haute autorité de santé (HAS) pendant la visite de certification.

A l'issue de cette enquête exploratoire et du recueil des premiers éléments qui concernent ce partenariat, l'objet de recherche se recentre sur les conditions de mise en place de cette collaboration entre deux secteurs différents du système de santé. Ces conditions sont-elles définies pour organiser et coordonner ce travail pluri professionnel ? Est-ce que les équipes hospitalières et les médecins généralistes connaissent le rôle et les missions de chacun ?

b. Une approche clinique pour étudier la pratique collaborative entre les équipes hospitalières et la médecine de ville

Pour conduire ce travail de recherche sur cette nouvelle forme de collaboration qui permet de décroiser le secteur sanitaire, médico-social et la médecine de ville, je me suis appuyé sur une approche clinique en utilisant les entretiens semi directifs et le questionnaire comme outils. Comme le précise Chantal Eymard, « *le but de la méthode clinique n'est pas de généraliser mais de s'intéresser au discours singulier du sujet* » (2009, p. 12). Cette méthode permet également de préciser la spécificité de l'objet de recherche.

De même, après avoir défini le thème de mon mémoire, j'ai décidé de noter quotidiennement dans un cahier l'ensemble des éléments qui me semblaient en lien avec la problématique.

Avant de commencer mon enquête de terrain, j'ai demandé l'autorisation au directeur de l'établissement en précisant le sujet de mémoire. J'ai également donné cette information à l'équipe de direction pendant la réunion de direction hebdomadaire et lors de la CME du mois d'avril où j'ai sollicité les médecins généralistes en exposant ma problématique. L'ensemble des équipes trouvaient le sujet intéressant et ils ont accepté de participer à ce travail de recherche.

- La recherche documentaire

Pour déterminer les thématiques et les concepts centraux de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de la santé, j'ai réalisé une recherche

documentaire sur plusieurs bases ou moteurs de recherche comme CAIRN, GOOGLE SCHOLAR et BDSP avec l'indication des mots « *collaboration interprofessionnelle, équipes hospitalières et médecine de ville* ». En effet, je n'ai pas retenu les mots « *hôpital de proximité* » car très peu d'articles ou d'ouvrages ont été rédigés sur cette thématique qui est assez récente dans le système de santé en France. Egalement, j'ai consulté sur mon lieu de stage l'ensemble des documents qui sont en lien avec la labellisation de l'hôpital de proximité, les conditions contractuelles qui liaient les médecins généralistes à l'établissement de santé ainsi que des données sur le modèle économique existant lié aux charges du personnel médical.

- **La conduite d'entretiens (annexe II)**

Pour définir les questions des entretiens, le recours à une bibliographie a été essentiel et m'a permis d'identifier les facteurs déterminants de la pratique en collaboration interprofessionnelle :

- ✓ Les facteurs interactionnels ;
- ✓ Les facteurs organisationnels ;
- ✓ Les facteurs macro-structurels.

J'ai également pu souligner des avantages de la collaboration pour les usagers mais également pour les professionnels de santé comme l'encouragement de l'esprit d'équipe. C'est pourquoi, les questions ont été construites autour de 5 thématiques :

- La connaissance de l'environnement hospitalier et des procédures des prises en soins ;
- La communication médico-soignante ;
- La définition des rôles et des missions des intervenants extérieurs ;
- La gouvernance médico-administrative ;
- L'impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi, compte tenu du temps de présence limité des médecins généralistes à l'hôpital, j'ai décidé d'interviewer uniquement les agents hospitaliers qui collaborent au quotidien avec les médecins de ville comme le directeur, les cadres de santé,

les IDE et les responsables du service qualité. Au total, 10 entretiens ont été effectués dans les deux hôpitaux de proximité A et B.

- **Le questionnaire (Annexe I)**

Par ailleurs, afin de recueillir les opinions des médecins généralistes et hospitaliers, il m'a semblé judicieux d'utiliser le questionnaire étant donné que ces médecins ont un temps d'intervention limité à l'hôpital.

Les questions ont été élaborées à partir des mêmes thématiques soulignées lors de la recherche documentaire. Il s'agissait de faire un parallèle avec les entretiens et de comparer les données. Une trentaine de questions ont été définies autour de sept thématiques :

- ✚ La formation ;
- ✚ La communication ;
- ✚ L'organisation ;
- ✚ La coordination ;
- ✚ L'identité et la culture professionnelle ;
- ✚ La gouvernance ;
- ✚ La rémunération et les conditions de travail.

Un lien qui permet d'ouvrir un formulaire dans GOOGLE FORMS a été envoyé par mail aux 13 médecins qui interviennent dans les deux hôpitaux de proximité. Sept médecins ont répondu au questionnaire ce qui représente un taux de réponse de 54%.

Ainsi, dans ce contexte, ce travail décrira dans un premier temps l'évolution du notre système de santé à travers les différentes réformes et le développement des partenariats entre l'hôpital public et la médecine de ville pour répondre aux besoins de l'utilisateur dans son parcours de santé (1). Puis, dans un deuxième temps, je soulignerai l'importance de la collaboration entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville permettant de renforcer l'offre soins de proximité (2). Enfin, j'insisterai sur le rôle essentiel que peut jouer le directeur d'un établissement de santé de proximité en élaborant une pratique collaborative interprofessionnelle avec la médecine de ville pour garantir une prise en soins efficace de l'utilisateur (3).

1 Le décloisonnement ville – hôpital est une nécessité au service du parcours de santé de l’usager

La mutation du service public hospitalier (SPH) et son ouverture aux différents secteurs de la santé a été essentielle pour répondre aux besoins de santé de la population (1.1). L’hôpital de proximité est un des maillons qui permet de décloisonner le secteur sanitaire, médico-social et libéral (1.2).

1.1 Du service public hospitalier à un service public territorial de santé : la mutation de notre système de santé pour décloisonner ses différents secteurs

La loi du 31 juillet 1970 crée le SPH et l’aligne sur les grands services publics avec les principes d’égalité, de neutralité, de continuité et d’adaptabilité. Les missions et obligations du service public assurées uniquement par les établissements publics sont désormais inscrites dans le Code de la santé publique (CSP). Les établissements privés non lucratifs peuvent participer ou être associés, les établissements privés commerciaux peuvent, sous certaines conditions, être concessionnaires de service public. En effet, la loi de 1970 a pour ambition de créer avec l’ensemble des établissements publics et privés « *un grand service public unifié de l’hospitalisation [...] un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l’essentiel des besoins sanitaires du pays* » (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière).

Cependant, cette approche organique du SPH a été questionnée par le droit européen qui ne connaît pas le service public mais le service d’intérêt général et le service d’intérêt économique général situé dans le champ concurrentiel. C’est dans ce contexte que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, a supprimé le SPH et redéfini des missions de service public au nombre de 14 et une ouverture au secteur privé lucratif.

D’ailleurs, bien que le système de santé demeure hospitalo-centré, la problématique de l’accès aux soins pour tous surtout dans les territoires ruraux et où il existe un

déficit de médecins généralistes se pose de manière importante. Effectivement, la loi HPST ne prévoit pas d'imposer aux médecins de s'installer dans les zones déficitaires mais elle vise l'élaboration d'un plan pointant les zones menacées par la désertification médicale.

Missionné par le Ministre de la santé en 2012 pour recréer un « *pacte de confiance* » pour l'hôpital, Edouard Couty formule dans son rapport en mars 2013 45 recommandations articulées autour de la rénovation du SPH et son inscription dans le parcours de santé et les territoires.

C'est pourquoi, parmi les mesures retenues dans le cadre de la mission Couty et dans la perspective de l'élaboration d'une nouvelle loi de santé publique, une autre mission a été confiée à Bernadette Devictor pour définir un service public territorial de santé (SPTS). Dans son rapport (mars 2014), le SPTS est défini comme « *l'offre de service, portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les offreurs en santé* » (médecine de ville, médico-social et social sous la régulation de l'ARS). L'objectif est de concevoir une nouvelle organisation territoriale en favorisant une prise en charge coordonnée et pluri professionnelle des usagers malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Ainsi, la question du service public territorial s'est traduite en 2016 par la création des CPTS et des Equipes de soins primaires (ESP) « *afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé* » (article L1411-1 du CSP). Les professionnels de santé peuvent se regrouper en CPTS s'ils le souhaitent en formalisant « *un projet de santé qu'ils transmettent à l'ARS* » (loi n° 2019-774 relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé (LOTSS) du 24 juillet 2019).

Le président de la république a annoncé en septembre 2018 le déploiement de 1000 CPTS pour mailler le territoire à l'horizon 2022 et la labellisation dès 2020 des premiers hôpitaux de proximité qui assureront des missions hospitalières de proximité. Aujourd'hui, nous comptons sur le territoire national près de 760 CPTS et 300 hôpitaux de proximité.

1.2 L'hôpital de proximité est un réel trait d'union entre l'ensemble des acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux

Après la suppression de la notion d'hôpital local par la loi HPST en 2009, la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en 2015 a créé la catégorie des hôpitaux de proximité en précisant leur mission spécifique en matière d'accès aux soins. Cette nouvelle catégorie d'hôpitaux a été définie par la LOTSS comme des établissements publics ou privés qui « *constituent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers* ».

Egalement, le rôle de ces établissements de santé de proximité est d'orienter les usagers qui le nécessitent vers des établissements de second recours et d'apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de santé de la population. Leurs missions sont exercées conjointement avec les professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

Aussi, les établissements doivent s'engager dans les quatre missions de l'hôpital de proximité (définies par l'article L6111-1-3 du CSP) :

- Appui au premier recours et aux acteurs du territoire ;
- Appui à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et au maintien au domicile ;
- Prévention et promotion de la santé ;
- Permanence des soins et continuité des prises en charge.

Ces missions représentent des objectifs communs à atteindre dans un projet construit en partenariat avec les acteurs du territoire (médecine de ville, acteurs du médico-social et du domicile, usagers, élus...).

Le plan « *Ma santé 2022* » a défini l'hôpital de proximité comme un des maillons structurant de la réponse sanitaire dans les territoires. Avec les CPTS, son objectif est d'inciter les professionnels de santé à améliorer ensemble la réponse sanitaire et médico-sociale de proximité.

2 La collaboration entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville renforce l'offre de soins de proximité

L'accès aux soins dans les territoires ruraux et isolés reste difficile (2.1). Le nouveau cadre de labellisation hôpital de proximité semble proposer une réponse adaptée aux soins de premier recours (2.2). Aussi, le partenariat entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville permet de garantir une offre de proximité sur le territoire (2.3).

2.1 Le territoire conditionne l'accès aux soins

L'hôpital de proximité A dans lequel j'effectue mon stage de professionnalisation est en direction commune avec un deuxième hôpital de proximité B qui sont situés respectivement dans deux communes qui concentrent les ressources et services y compris en matière de santé.

Toutefois, l'Observatoire régional de santé (ORS) de la région Auvergne-Rhône-Alpes souligne dans le diagnostic local de santé qu'il a élaboré en novembre 2020 que la communauté de communes se trouve dans un territoire rural, éloigné des grands axes de communication et où 30% de la population est âgée de 65 ans et plus. Aussi, une personne sur cinq vit sous le seuil de pauvreté. En effet, il s'agit d'un territoire qui connaît de fortes contraintes en matières de déplacements ce qui représente un enjeu sensible pour les personnes âgées et les publics précaires qui n'ont pas de véhicule et ont un accès très contraint à toutes les ressources, y compris les ressources de santé.

En ce qui concerne l'accès aux soins, il est noté qu'il existe des difficultés d'accès aux médecins généralistes malgré une densité en professionnels de santé supérieure aux moyennes départementales et régionales. En mars 2018, des élus locaux ont lancé un cri d'alarme face aux déserts médicaux et ont dénoncé le projet porté par l'ARS de nouvelle cartographie des zones fragiles sur le plan démographique médical de la région Auvergne-Rhône-Alpes (*Le cri d'alarme des élus face aux déserts médicaux*, Le Dauphiné, 18 mars 2018).

Cependant, les installations récentes de médecins généralistes sur le territoire et la présence de deux MSP dans les deux communes principales créent un atout pour attirer et maintenir sur le territoire des médecins généralistes et d'autres professionnels de santé. Nous notons une dynamique professionnelle forte à la MSP de la commune où se trouve l'hôpital de proximité A.

Par ailleurs, la présence de deux hôpitaux de proximité propose une offre gériatrique qui répond aux besoins de la population âgée du territoire avec des possibilités de radiologie et un projet de télémédecine avec le centre hospitalier C, ancien établissement support du GHT, situé à 75 kilomètres. Aussi, une offre en laboratoire d'analyse médicale qui fait défaut dans cette partie du territoire devrait se développer par l'hôpital A.

Concernant la santé mentale, la présence de Centre médico-psychologique (CMP) adultes et enfants et une permanence du CMP adultes dans les communes principales favorisent l'accès aux soins psychiques des habitants de la communauté de communes.

En lien avec le profil de la population, les besoins de santé sont importants mais il existe une tendance marquée au sous-recours aux soins et aux dépistages. Ces éléments peuvent expliquer le taux plus élevé de mortalité prématurée (avant 65 ans) par rapport au département et à la région.

Il existe également d'autres problématiques repérées en matière de santé comme la santé mentale, les consommations de produits psychoactifs, les refus de vaccination, le mal logement et les logements inadaptés au vieillissement.

De même, des points de vigilance en matière d'état de santé des personnes âgées ont été soulignés. Des difficultés de recrutement d'Aides-soignants (AS), d'Aides médico-psychologiques (AMP) et d'auxiliaires de vie sont notées. Aussi, d'autres points de vigilance sont mis en évidence :

- Difficultés d'accès aux soins dentaires ;
- Logements inadaptés au vieillissement et chutes à domicile ;
- Isolement social et souffrance psychique ;

- Orientation tardive vers un diagnostic des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes.

Enfin, il existe sur le territoire de nombreuses ressources de soin et de maintien à domicile en faveur des personnes âgées qui peuvent s'appuyer notamment sur un ancien hôpital local nouvellement labellisé hôpital de proximité.

2.2 L'hôpital de proximité et le nouveau cadre de labellisation est un élément de réponse à l'offre de soins de premier recours.

En prenant en considération l'offre de soins du territoire et après concertation avec l'ARS et le conseil de surveillance de l'établissement, l'ancienne directrice a fait le choix de demander la labellisation hôpital de proximité en 2021. L'ARS a répondu favorablement à cette demande en janvier 2022.

En effet, la réforme de 2021 des hôpitaux de proximité définit une nouvelle labellisation qui repose sur :

- Un dialogue continu entre l'établissement candidat et son ARS ;
- Un processus de labellisation propre à chaque ARS ;
- Un nouveau label qui remplace la labellisation de 2016, les hôpitaux de proximité doivent déposer un nouveau dossier auprès de leur ARS ;
- Un engagement à proposer une offre de soins de proximité pour assurer les quatre missions générales obligatoires de l'hôpital de proximité.

La nouvelle labellisation Hôpital de proximité s'accompagne d'un nouveau mode de financement qui vise à favoriser les coopérations et les mutualisations de ressources et à sécuriser les activités socles des hôpitaux de proximité.

Les trois modes de financement :

- Une garantie pluriannuelle de financement de l'activité de médecine (sur trois ans prenant pour base de calcul la moyenne des recettes historiques de l'activité de médecine au cours des deux dernières années) ;

- La dotation de responsabilité territoriale affectée en vue de soutenir les missions partagées avec les acteurs du territoire, avec une part fixe (commune à tous les hôpitaux de proximité) et une part variable (avec une logique de financement au « projet ») ;
- Le bonus à la qualité déterminé en fonction d'objectifs de réalisation des missions de proximité.

Les établissements qui veulent demander la labellisation doivent remplir des conditions préalables. Au moment du dépôt de dossier de labellisation, l'établissement :

- Doit disposer d'une autorisation de médecine ;
- Ne doit pas disposer d'une autorisation en chirurgie et obstétrique ;
- Peut disposer d'autres autorisations d'activité (par exemple : SSR, soins de longue durée...) ;
- Disposer d'une offre de soins diversifiée comme des activités médicales minimales :
 - Des consultations de plusieurs spécialités ;
 - Des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté.

Pour réussir son dossier de labellisation, l'établissement :

- doit adopter une démarche d'une co-construction d'un projet territorial d'accès aux soins de proximité avec ses partenaires du territoire (article 35 de la LOTSS du 24 juillet 2019) ;
- Mettre en place une gouvernance partagée (convention de territoire, contractualisation avec le GHT...) ;
- Généraliser et renforcer des filières de soins structurées et graduées : les « parcours de soins territoriaux ».

2.3 La synergie entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville garantit une offre de soins de proximité sur le territoire

L'hôpital de proximité A est une ancienne maison dite de l'aumône créée en 1316. Puis reconnu comme « hospital » des pauvres au 17^e siècle, un hôpital bi-cantonal au 19^e et un hôpital militaire pendant la Grande guerre, la population locale semble très attachée à ce bâtiment historique situé au centre d'un village de 4 000 habitants.

Cet établissement de santé propose une offre de soins diversifiée. Il existe un secteur sanitaire qui comporte une unité de médecine de 6 lits et une unité de SSR de 19 lits. Aussi, il y a un EHPAD qui compte 119 places d'hébergement permanent et un Pôle d'activités de soins adaptés (PASA) de 14 places. Il existe également un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 51 places et une résidence d'autonomie de 10 pavillons individuels qui y est rattachée. En plus, pour rappel, cet établissement est en une direction commune avec un deuxième hôpital de proximité B situé à 30 km et qui propose une offre de soins similaire avec un service de médecine générale de 10 lits et un SSR polyvalent de 25 lits. Aussi, le secteur médico-social comporte un EHPAD de 104 lits d'hébergement complet, 2 lits d'hébergement temporaire, un PASA de 14 places, un accueil de jour de 6 places et une résidence d'autonomie de 11 pavillons individuels.

Ces deux hôpitaux de proximité ont également une convention de gestion d'un Pôle sanitaire et médico-social (PSMS).

En ce qui concerne la prise en charge médicale de l'établissement A, ce sont uniquement des médecins généralistes (au nombre de quatre) exerçant dans la MSP de la commune qui interviennent dans le secteur sanitaire. Deux autres médecins généralistes de la même MSP et un médecin coordonnateur, seul médecin salarié de l'établissement à 0,5 ETP, interviennent dans le secteur médico-social.

Ayant interrogé la cadre de santé du secteur sanitaire sur la prise en soins médicale des patients, j'ai noté qu'une organisation médicale a été définie par les médecins généralistes et la direction pour permettre une permanence des soins la journée se traduisant par la présence d'au moins un médecin l'après-midi. Une fois toutes les deux semaines, un médecin est présent également le vendredi matin (souvent, il

n'y a pas de médecin présent le matin). Toutefois, en cas d'urgence, la cadre de santé ou les IDE peuvent solliciter l'intervention d'un médecin en contactant par téléphone le secrétariat de la MSP la journée si le médecin traitant du patient est indisponible ou si aucun médecin n'est présent au sein des unités de soins. De surcroît, à partir de 18h et jusqu'à 06h du matin, une astreinte médicale assure la continuité des soins.

Par ailleurs, l'offre de soins de proximité se traduit également par la MSP créée en 2019 dont le projet de construction a été engagé par la commune. Cette MSP accueille plusieurs médecins généralistes et des professions paramédicales comme les kinésithérapeutes et les infirmiers et assure une permanence du CMP adultes une fois par semaine.

Actuellement, la CPTS est en cours de construction. C'est pourquoi, le partenariat entre l'hôpital et la MSP s'est renforcé ces dernières années pour assurer une offre de soins de proximité aux habitants du territoire.

Egalement, après l'actualisation du diagnostic local de santé, un CLS est en cours de mise en place sur ce territoire avec 2 ans de décalage à cause du Covid-19. Le CLS est pilotée par une chargée de mission recrutée par la communauté de communes avec l'accord de l'ARS. Le pilote du CLS a précisé au cours d'un entretien que son élaboration repose sur 4 axes :

- Accès à la prévention et aux soins ;
- Parcours de santé (personnes âgées, personnes handicapée, femmes enceintes, enfants...);
- Définition d'objectifs généraux et stratégiques ;
- Santé mentale et environnementale.

Elle a souligné également l'importance de travailler avec les élus du territoire pour construire des fiches d'action et pouvoir répondre aux problèmes de santé de leurs populations. A la fin de l'entretien, elle a souhaité souligné le rôle essentiel de l'hôpital de proximité, acteur privilégié dans le CLS.

3 La mise en œuvre d'une pratique collaborative interprofessionnelle entre les équipes hospitalières et les médecins généralistes permet de garantir une offre de soins de proximité

La collaboration interprofessionnelle présente des atouts mais également des limites (3.1) qu'il faut identifier pour que la direction puisse la renforcer afin de garantir une prise en soins efficace et de qualité (3.2).

3.1 Bien que la collaboration interprofessionnelle entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville présente des atouts, il existe également des limites qu'il convient de souligner.

La collaboration interprofessionnelle entre un hôpital de proximité et la médecine de ville présente de prime abord une idée intéressante et innovante pour assurer la prise en soins des patients ou résidents dans un contexte de pénurie de médecins. La direction des deux hôpitaux de proximité s'est toujours positionnée en faveur du développement de ce partenariat qui s'est révélé efficace non seulement pour l'hôpital en maintenant un taux d'activité à l'équilibre et donc des produits permettant de supporter les charges liées essentiellement à une masse salariale représentant près de 75% du budget de l'hôpital. Cette collaboration est également essentielle pour faciliter l'accès aux soins à une population locale vivant dans un territoire isolé.

Aussi, la signature d'une convention de partenariat entre l'établissement de santé A et la MSP nouvellement créée a été encouragée par l'ARS et les élus locaux.

Notons également que l'un des avantages majeurs de cette collaboration se situe au niveau du suivi de l'usager, un suivi médical réalisé souvent par le même médecin traitant au domicile et à l'hôpital. La responsable du service qualité de l'hôpital B a souligné lors de l'entretien que « *les patients trouvent que c'est une chance d'être suivi par leur médecin libéral* » (Entretien (E) 2, ligne (L) 110). C'est d'ailleurs l'avis d'une IDE qui précise que « *ce n'est pas mal d'avoir des médecins*

généralistes qui suivent leurs patients, c'est plutôt une force » (E5, L83). Effectivement, le suivi de l'utilisateur par son médecin traitant à l'hôpital présente également un intérêt au niveau de la définition du projet de soins pendant l'hospitalisation. Le médecin connaît souvent bien l'utilisateur, ses antécédents médicaux, sa famille, son lieu de vie et son environnement social. Il s'agit indéniablement d'un atout qui permet d'assurer un parcours de santé de qualité et cohérent tenant souvent compte des choix de l'utilisateur.

Cependant, le travail de recherche mené sur le terrain a permis de mettre en lumière des limites et des freins qui fragilisent cette collaboration interprofessionnelle.

- **Une connaissance limitée du milieu hospitalier qui pourrait être améliorée par la formation**

Lors des entretiens, il apparaît que l'ensemble des membres des équipes hospitalières pensent que les médecins généralistes connaissent relativement bien l'environnement hospitalier. Selon la responsable du service qualité de l'hôpital A, les médecins connaissent l'environnement hospitalier « *dans les obligations de prise en charge* » (E7, L21). D'ailleurs, ce sont souvent des médecins généralistes qui interviennent à l'hôpital depuis plusieurs années ou des jeunes médecins qui, selon un des cadres de santé, « *connaissent l'hôpital public parce qu'à un moment donné dans leur cursus, dans leurs études, ils ont forcément été en contact avec l'hôpital* » (E10, L22).

Néanmoins, 71% des médecins ayant répondu au questionnaire affirment n'avoir jamais participé à des formations spécifiques concernant la connaissance de l'environnement hospitalier comme le rôle des instances ou le pilotage budgétaire de l'hôpital. Or, un des obstacles à la collaboration interprofessionnelle « *réside dans l'absence d'une compréhension commune entre les disciplines qui utilisent des vocabulaires et des modes de questionnement différents* » (Kosremelli & Wacheux, 2007). De surcroît, la formation peut constituer un frein au développement du partenariat avec la médecine de ville quand « *elle est dispensée de manière cloisonnée* » (ibid.). Ainsi, seuls 43% des médecins ont déjà effectué des formations financées par les deux établissements pour développer leurs

compétences dans le cadre de la prise en charge médicale et hospitalière des usagers.

De même, je me suis intéressé à la connaissance des procédures hospitalières de prise en soins des malades par les médecins généralistes. Effectivement, l'hôpital possède une identité professionnelle qui a évolué depuis la création du SPH. Pour assurer un état de bien être des usagers au sein des établissements de santé, les autorités définissent des procédures qui s'imposent aux équipes hospitalières et à tout intervenant extérieur qui opère dans le cadre de cette prise en charge. Il est vital pour un établissement de santé dans le cadre de la qualité des soins de respecter ces procédures pour être certifié par la HAS.

Pour les équipes hospitalières, les médecins semblent connaître ces procédures, cependant « *il faut leur rappeler, par exemple les contentions* » (E6 L37). Les entretiens révèlent que ce sont souvent les cadres de santé et les IDE qui apportent ces éléments d'information sur les procédures aux médecins pour que ces derniers les suivent. Selon un des cadres de santé, l'intérêt que portent les médecins pour les procédures hospitalières reste secondaire et quand ils ne les maîtrisent pas, « *ils ne savent pas où aller les chercher* » (E10, L42).

En revanche, 43% des médecins affirment qu'ils n'ont pas eu d'informations sur les procédures spécifiques de prise en charge des patients quand ils ont commencé à intervenir au sein de l'hôpital de proximité. Un des médecins a souligné dans le questionnaire que ce sont effectivement souvent les IDE, les cadres ou les secrétaires médicaux qui informent le corps médical, « *mais rien de très formel* » (Annexe I, question 5). Enfin, 57% des médecins n'ont jamais suivi des formations sur l'utilisation du Dossier patient informatisé (DPI) ou tout autre logiciel en lien avec la prise en charge médicale des patients ou des résidents.

- **Une communication médico-soignante insuffisante à cause d'un temps de présence limité des médecins généralistes**

La communication constitue un facteur essentiel qui peut influencer le degré de collaboration car « *son importance réside dans le fait que la communication constitue un véhicule pour d'autres facteurs comme le respect mutuel et le partage* »

(Kosremelli & Wacheux, 2007). De manière générale, l'encadrement qualifie la communication médico-soignante de fluide et constructive dans les deux établissements de santé. Ce sont les IDE qui restent les interlocuteurs privilégiés des médecins. Toutefois, Les aides-soignants sont souvent consultés pour leur expertise en lien avec l'autonomie des usagers.

Bien que 57% des médecins déclarent participer aux relèves inter-équipes, un des cadres de santé a souligné lors de l'entretien que « *les médecins participent peu à la relève* » (E10, L49). C'est pourquoi, les soignants se sont adaptés en développant une méthode de transmissions ciblées soit dans le DPI soit sous forme d'une feuille de relève dans laquelle les infirmiers notent les informations essentielles et les problématiques liées à la prise en soins du malade et qu'ils présentent aux médecins. Les échanges ont lieu principalement dans le bureau infirmier ou dans les chambres des patients.

En outre, un des moments privilégiés de la communication médico-soignante se déroule pendant la réunion pluridisciplinaire ou « staff » qui a lieu une fois par semaine dans les deux hôpitaux. Les médecins participent de façon plus régulière à cette réunion pour le suivi du projet de soins des patients.

Cependant, 57% des médecins ayant répondu au questionnaire semblent ne pas toujours disposer de toutes les informations nécessaires pour assurer une prise en charge médicale efficace des patients.

- **Difficultés de concilier l'organisation des soins « traditionnelle » avec une organisation médicale libérale**

Dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle, il est important de définir une organisation de travail commune qui convient à l'ensemble des partis. Il s'agit donc de concilier une organisation des soins « traditionnelle » de l'hôpital avec celle de la médecine libérale.

En ce qui concerne l'hôpital A, bien qu'une organisation médicale ait été définie et validée par la direction et les médecins généralistes, les équipes hospitalières et surtout les cadres de santé pensent qu'il est difficile de concilier ces deux

organisations à cause principalement d'un temps de présence trop limité des médecins. Selon un des cadres de santé, « *entre le service public et l'activité libérale, ce sont deux visions paradoxales. La difficulté actuelle est l'organisation avec les médecins libéraux de la MSP [...] ils ne viennent pas à chaque fois* » (E10, L57 ; 66) malgré la définition d'un planning des présences des médecins en semaine.

L'hôpital de proximité B qui fonctionne avec une organisation médicale mixte (3 médecins hospitaliers et 2 médecins généralistes) ne connaît pas les mêmes difficultés d'organisation. En effet, la présence des médecins hospitaliers facilite la collaboration avec les équipes soignantes. Cependant, il semble que les médecins généralistes interviennent en dehors de l'ouverture de leur cabinet, c'est-à-dire soit très tôt le matin, soit tard le soir. C'est pourquoi, le suivi médical des patients dans le secteur sanitaire pose plus de difficultés aux IDE qui s'adaptent à leurs créneaux d'intervention.

D'ailleurs, la directrice de cet établissement pense que nous sommes plutôt dans une configuration où c'est plutôt l'organisation de l'hôpital qui s'adapte à celle des médecins. Elle a souligné que lorsque le médecin généraliste arrive dans l'établissement, « *il s'en fout un peu que l'infirmière distribue les médicaments et il lui laisse finir sa tâche qui est en cours mais après voilà, il lui dit en gros, c'est maintenant et pas dans 3 heures où je ne serai plus là* » (E3, L60).

Du côté des médecins, 57% d'entre eux ne connaissent pas tout à fait l'organisation des soins des unités dans lesquelles ils interviennent comme par exemple les horaires des toilettes ou la distribution des médicaments. Néanmoins, ils sont un peu plus de la moitié (57%) à penser que l'organisation médicale mise en place dans les deux hôpitaux tient compte de l'organisation des soins des patients et des résidents. Egalement, une majorité des médecins pensent que leur organisation répond aux situations d'urgence. Un des médecins a noté dans le questionnaire que « *l'astreinte fonctionne bien et est rodée* ».

- **Une coordination entre les équipes hospitalières et la médecine libérale insuffisamment définie**

Par ailleurs, travailler ensemble décrit une relation interprofessionnelle qui nécessite une coordination qui consiste à « *organiser, combiner harmonieusement les actions pour parvenir à réaliser efficacement des tâches* » (Laurens, 2016, p. 58). Or, pour un travail coordonné, il est nécessaire de connaître le rôle et les missions de chaque intervenant. En fait, la complémentarité des rôles « *exige une meilleure connaissance des compétences spécifiques et communes de chaque membre ou groupe professionnel de l'équipe ainsi qu'une clarification des rôles et responsabilités de chacun* » (Louis Simonet, 2017).

En conséquence, j'ai interrogé les équipes hospitalières pour savoir si les missions des médecins ont été définies. L'ensemble des personnes interrogées a répondu par la négative. Plus précisément, ils ignorent si cela a été fait. La responsable du service qualité de l'hôpital A affirme qu'il n'existe pas de fiche de postes pour les médecins généralistes, mais « *il y a des protocoles de prise en charge [...] mais qui sont très généralistes et c'est vraiment l'ensemble de l'équipe* » (E7, L91).

En revanche, seuls 29% des médecins précisent qu'une fiche de poste qui décrit leurs missions au sein de l'hôpital avait été définie et près de la moitié (42%) affirment qu'ils connaissent les fiches de postes des soignants avec lesquels ils collaborent comme les IDE et les aides-soignants.

- **L'hôpital et la médecine de ville représentent deux identités et cultures professionnelles différentes**

La médecine de ville et l'hôpital de proximité représentent deux secteurs distincts de notre système de santé. La volonté du ministère de la santé de les décloisonner en les incitant à collaborer ensemble est un vrai défi car ces deux secteurs sont régis par des cadres réglementaires différents. Aussi, « *les barrières les plus communes varient de la dilution de l'identité professionnelle aux différences d'horaires et de routines professionnelles* » (Kosremelli & Wacheux, 2007).

Comme l'avais souligné le cadre de santé lors de l'entretien (E10), il s'agit de deux secteurs qui n'ont pas la même identité professionnelle et qui ne partagent pas la même vision du prendre soin. De même, les équipes hospitalières constatent que l'obligation de traçabilité dans le dossier patient à l'hôpital est un élément qui pose des difficultés aux médecins généralistes qui « *ont du mal à se plier à cette contrainte, ils ont choisi d'être libéraux, ils vous le disent bien, ce n'est pas pour faire ça* » (E6, L27).

A cela s'ajoute « *les différences historiques et culturelles [...] les différences de langage et de jargon et des niveaux variés de préparation, qualification et statuts* » (ibid.). Ainsi, la directrice de l'hôpital B a souligné lors de l'entretien l'existence d'une tension entre les médecins hospitaliers et les libéraux à cause principalement d'un statut différent. Elle a également précisé qu'un des médecins hospitaliers « *pendant longtemps a voulu évincer les libéraux parce qu'il considérait que ce n'est pas une pratique optimale au sein de l'établissement* » (E3, L97). Si bien que lors des premiers jours de mon stage, j'ai constaté que les médecins généralistes interviennent à l'hôpital habillés en civil alors que les médecins hospitaliers portent une blouse médicale et un stéthoscope autour de leur cou en se déplaçant dans les unités de soins.

D'ailleurs, près de 86% des médecins interrogés sont d'accord avec l'idée que la médecine de ville et l'hôpital de proximité représentent des cultures professionnelles différentes avec des approches de prise en charge différentes.

- **Une gouvernance médico-administrative en construction**

Des récents textes législatifs et réglementaires renforcent le rôle de la communauté médicale au sein des établissements publics de santé. Effectivement, l'ordonnance du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ainsi que les décrets n° 2021-675 et n° 2021-676 modifient les modalités de gouvernance au sein des établissements publics de santé à compter du 1^{er} janvier 2022. Il s'agit d'une nouvelle gouvernance partagée entre le président de la CME et le directeur.

Dans le cadre de ce travail de recherche, il serait opportun de connaître principalement la position des médecins généralistes par rapport à cette évolution de la gouvernance à l'hôpital et quelle place ils souhaitent occuper. Au sein de l'hôpital B qui bénéficie d'une organisation médicale mixte, les médecins hospitaliers se sont rapidement emparés du sujet en voulant prendre plus de responsabilité. Mme M, la directrice de l'établissement, a précisé qu'un des médecins « *part du principe que l'hôpital devrait être gouverné uniquement par le médecin et c'est le médecin qui devrait tout programmer et ensuite c'est que le reste en découle* » (E3, L109).

Toutefois, il semble que ce n'est pas la position du président de la CME qui se trouve médecin généraliste et qui privilégie une relation constructive et de dialogue avec la direction. D'ailleurs, la directrice précise qu'elle a une « *relation de confiance, apaisée et constructive avec un médecin et là en l'occurrence c'est le cas avec le Dr A. président de CME et la richesse de son poste c'est qu'elle est aussi médecin libéral* » (E3, L114). Également, la responsable du service qualité de l'établissement B constate que le binôme médico-administratif fonctionne bien et qu'il « *y a des discussions saines et ouvertes* » (E2, L150).

Cependant, le directeur de l'hôpital A ne partage pas la vision d'un binôme médico-administratif qui gouverne l'hôpital, il pense qu'il existe une approche systémique où l'hôpital de proximité représente un système de pouvoir dans lequel il y a plusieurs sous-systèmes avec « *un système qui est le fonctionnement médical, quelque chose qui est autour du pouvoir de la direction administrative et quelque chose qui est autour du fonctionnement soignant* » (E8, L44).

Toutefois, l'encadrement affirme que le manque de médecins sur le territoire place les médecins généralistes dans une position de force où « *le médecin a toujours raison [...] c'est très difficile de recruter* » (E10, L169, 175). Effectivement, dans un contexte où la demande (recruter un médecin) est plus forte que l'offre (pénurie), et selon la pensée néo-institutionnaliste de Philip Selznick, « *les organisations font face aux pressions de leur environnement externe qui en altèrent les finalités et en transforment les objectifs* » (Saphia Richou, 2017). Par conséquent, il n'est pas étonnant de noter que ce soit l'administration qui s'adapte au fonctionnement médical libéral et non l'inverse.

En effet, après avoir observé le fonctionnement de la CME et des enjeux de pouvoirs qui s'affichent entre les médecins et la direction, je me suis interrogé sur mon futur rôle de directeur et de ma responsabilité de favoriser entre les équipes hospitalières et les médecins libéraux une collaboration interprofessionnelle qui « *dépend de la reconnaissance par les professionnels de leur interdépendance* » (D'amour, 1997) dans un hôpital de proximité qui représente un système professionnel qui « *est basé sur l'autorité et le pouvoir* » (Ibid.).

Par ailleurs, 86% des médecins qui ont répondu au questionnaire connaissent le rôle des différentes instances de l'hôpital et il apparaît qu'ils y participent tous, principalement aux directoires et aux CME mais également aux Conseils de vie sociale (CVS) et aux Commissions des usagers (CDU). De même, certains médecins déclarent que la gouvernance médico-administrative est en cours de construction. Néanmoins, d'autres médecins regrettent que leur avis n'est que consultatif pendant les instances et que les décisions sont prises de façon unilatérale par la direction. Egalement, ils qualifient les instances de « *chronophage* » et qu'il faudrait que l'administration se mette « *au service des soins aux patients et non pas le soin qui doit s'adapter à l'administration* » (Annexe I, question 26).

- **Les médecins généralistes pensent que leur rémunération est inadaptée face à une charge de travail importante et des prises en soins complexes qui rendent leurs conditions de travail difficiles.**

Au sein des deux hôpitaux de proximité, les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte. Effectivement, le décret n°2011-345 du 28 mars 2011 prévoit que le directeur d'un établissement public de santé peut admettre des médecins exerçant à titre libéral à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.

Les conditions et modalités d'exercice de cette activité font l'objet d'un contrat conclu entre le professionnel de santé concerné et le directeur de l'établissement public de santé. Ce contrat est approuvé par le Directeur Général de l'ARS (DGARS) après avis du directeur, du chef de pôle et du président de CME, pour

une durée de 5 ans, renouvelable par un avenant. La demande de renouvellement est adressée par le professionnel de santé au directeur de l'établissement au plus tard trois mois avant le terme du contrat. Aussi, la révision et le renouvellement sont approuvés par le DGARS dans les conditions prévues à l'article R. 6146-17.

Concernant l'aspect financier, chaque professionnel de santé transmet au directeur de l'établissement un état mensuel des actes dispensés à chaque patient. Ainsi, l'établissement procède à la détermination du montant et au versement des honoraires prévus à l'article L. 6146-2, fixés aux tarifs prévus au code de la sécurité sociale et applicables au secteur 1 et communique les états mensuels à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève le praticien.

Enfin, le praticien est indemnisé au titre de sa participation à la permanence des soins de l'établissement, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés ainsi que la nuit. Cette indemnité est forfaitaire et s'ajoute aux honoraires prévus à l'article L. 6146-2. (Articles L6146-2 et R6146-17 à R6146-27 du CSP).

D'ailleurs, les médecins généralistes qui se sont exprimés en répondant au questionnaire pensent que la rémunération à l'acte fixée aux tarifs prévus au code de la sécurité sociale n'est pas adaptée à la charge de travail rencontrée au sein de l'établissement. Selon un des médecins libéraux, « *vu la lourdeur et des responsabilités, non. Quand on passe une heure sur un dossier complexe rémunéré 23 € ça fait mal* » (Annexe I, question 27). De plus, les professionnels libéraux soulignent que les contraintes administratives sont « *de plus en plus lourdes et chronophages* » (Ibid.).

De surcroît, en interrogeant les médecins sur leurs conditions de travail, 57% d'entre eux affirment qu'elles sont plutôt bonnes et seuls 14% des médecins indiquent que leurs conditions de travail sont plutôt mauvaises en soulignant « *trop de pression, trop de situation complexe* » et « *la contrainte de temps reste un point central, les soignants semblent toujours insatisfaits de notre présence (ou absence)* » (Annexe I, question 29).

3.2 Le rôle du directeur est de renforcer la collaboration interprofessionnelle entre l'hôpital et la médecine de ville pour assurer une prise en soins de qualité.

N'ayant pas réussi à recruter un médecin hospitalier, le directeur avec l'appui de l'ARS et des élus locaux s'est tourné vers la médecine de ville pour développer le partenariat avec les 4 médecins généralistes de la MSP de la commune afin d'assurer la continuité et la sécurité des patients et résidents au sein de l'hôpital de proximité A.

Pourtant, l'hôpital B se trouvant sur un territoire différent bénéficie d'un fonctionnement médical mixte qui repose sur un travail collaboratif entre 3 médecins hospitaliers et 2 médecins généralistes.

Pour les deux établissements de santé, la direction a mis en place des actions pour favoriser cette collaboration interprofessionnelle. D'abord, ce partenariat est officialisé par la relation contractuelle qui définit les modalités d'intervention du médecin généraliste et sa rémunération. Puis, une organisation médicale a été définie dans les deux établissements pour assurer la prise en charge des usagers et la continuité des soins avec la mise en place d'astreintes médicales.

Toutefois, l'enquête de terrain a démontré que la relation entre l'hôpital public et les médecins libéraux peut se révéler fragile et il convient pour un chef d'établissement de renforcer ce partenariat en élaborant une pratique collaborative interprofessionnelle dans l'intérêt d'une prise en charge sécurisée, pertinente, de qualité et efficace du patient et du résident.

- **Favoriser l'acquisition des connaissances et des savoirs faire dans un milieu peu connu**

Un des éléments principaux d'une approche collaborative « *consiste à identifier un langage commun* » (Kosremelli & Wacheux, 2007). C'est pourquoi, il me semble essentiel dans un premier temps de définir des modalités d'accueil d'un nouveau médecin généraliste recruté par un hôpital de proximité. L'accueil pourrait être

confié au responsable du service qualité qui octroie habituellement les droits d'accès au DPI et délivre le livret d'accueil de l'établissement.

Je préconise également d'avoir un temps dédié à cet accueil dans le bureau du qualicien afin qu'il puisse donner des informations sur l'utilisation des différents logiciels et des procédures hospitalières en lien avec la prise en soin du malade. Egalement, l'encadrement aura un rôle à jouer en présentant les équipes hospitalières au nouveau médecin et en lui faisant visiter l'établissement.

De même, il serait intéressant que le directeur organise une rencontre avec le nouveau médecin pour lui souhaiter la bienvenue mais également pour évoquer la possibilité d'effectuer une formation sur l'environnement hospitalier. Les Associations nationales pour la formation du personnel hospitalier (ANFH) proposent ce type de formation comme par exemple « *connaître l'environnement institutionnel et comprendre ses évolutions* ». Il s'agit d'une nouvelle formation proposée par l'ANFH en Bretagne en 2021 et dont l'objectif est d'acquérir des connaissances réglementaires et organisationnelles sur le milieu sanitaire et hospitalier. En effet, ce type de formation pourrait faciliter l'intégration d'un nouvel agent qui méconnaît le secteur hospitalier.

Préconisation n°1 : définir une procédure d'accueil du nouveau médecin généraliste pour lui fournir les informations nécessaires concernant le fonctionnement de l'hôpital de proximité et les procédures liées à la prise en charge de l'utilisateur.

Enfin, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), il serait opportun que le directeur définisse un plan de formation avec le président de la CME destiné aux médecins. Sur le plan réglementaire, l'hôpital de proximité doit consacrer au minimum 0,75% de sa masse salariale médicale au financement du DPC. Et étant donné que les deux établissements A et B sont adhérents à l'ANFH, ils peuvent bénéficier de crédits supplémentaires en provenance de l'agence nationale du DPC (ANDPC) pour contribuer au financement des programmes et actions prioritaires réalisés par les médecins. Toutefois, le statut des médecins généralistes ne leur permet pas de bénéficier de ce plan de formation sauf si leur exercice est mixte (salarie et libéral).

Ainsi, stratégiquement, la définition de ce plan de formation permettrait de développer les savoirs et les compétences spécifiques du corps médical dans le milieu hospitalier comme l'utilisation du matériel médical. Effectivement, lors d'un entretien avec un infirmier de l'hôpital A, ce dernier a souligné la difficulté de certains médecins à utiliser du matériel spécialisé où par exemple « *il faut changer une gastrostomie, un cystocath, ça se change régulièrement, et puis ça, là-dessus, on n'est pas au clair* ». (E9, L44).

Préconisation n°2 : établir un plan de formation spécifique avec le président de la CME destiné au corps médical et favoriser le départ en formation des médecins généralistes.

- **Améliorer la communication médico-soignante**

Parmi les facteurs interactionnels qui favorisent la collaboration interprofessionnelle, la communication « *est un antécédent critique puisqu'il sert de précurseur à l'articulation d'autres antécédents de la collaboration* » (Kosremelli & Wacheux, 2007). En fait, favoriser les échanges entre les différents intervenants à l'hôpital constitue un préalable qui facilite la mise en place d'autres facteurs de type organisationnels et macro structurels pour l'élaboration d'une pratique collaborative.

Or, suite au constat souligné lors de l'enquête d'une insuffisance de communication entre les médecins et les équipes hospitalières (souvent à cause d'un temps de présence limité des médecins dans les unités de soins), la direction et l'encadrement devrait s'intéresser aux moyens qui permettent d'améliorer les interactions entre les professionnels.

En effet, il semble difficile de prime abord de modifier les horaires des relèves inter-équipes ou des staffs (qui ont lieu en début d'après-midi) pour permettre aux médecins libéraux d'y participer de manière plus fréquente. C'est pourquoi, un des moyens qui existe et qui permet d'assurer des échanges entre les professionnels est le dossier médical partagé (DMP). Pourtant, En Auvergne-Rhône-Alpes, un dossier régional du patient est un outil innovant proposé aux professionnels de

santé pour permettre d'échanger et de partager des informations « *entre les médecins libéraux, les professionnels intervenants, les professionnels hospitaliers et les pharmaciens* » (E2, L40). Il s'agit d'un outil qui s'appelle *MONSISRA* et qui a été mis en place à l'hôpital de proximité B.

En conséquence, il serait essentiel d'harmoniser les pratiques entre les deux établissements en mettant en place cet outil également au sein de l'hôpital A. Cela permettrait aux soignants de communiquer plus facilement avec les médecins via une messagerie sécurisée. De plus, les IDE pourront saisir l'ensemble des informations et alertes concernant des situations urgentes de patients ou de résidents dans le DMP. Cet outil pourrait remplacer la feuille de transmission des IDE qui n'est pas conforme aux modalités de traçabilité des informations confidentielles liées à la prise en soins de l'utilisateur.

Préconisation 3 : améliorer la communication médico-soignante via les outils numériques (DMP) pour garantir une meilleure transmission des informations entre les équipes soignantes et les médecins libéraux.

- **Optimiser l'organisation médicale et la coordination entre les équipes hospitalières et les médecins généralistes**

Bien qu'une organisation médicale ait été définie au sein de l'hôpital A, les médecins libéraux semblent souvent ne pas pouvoir respecter les horaires établis dans le cadre de leur planning à cause d'une activité libérale importante et soutenue. Par conséquent, il serait intéressant dans le cadre d'une CME de faire un état des lieux sur cette organisation en ayant comme fil conducteur la qualité de la prise en charge de l'utilisateur. En effet, dans le cadre du projet d'établissement qui est en cours de réactualisation, les partenaires sociaux ont formulé une demande du personnel soignant de mettre en place le travail en 12 heures. Il s'agit d'un moment propice pour engager une réflexion avec l'ensemble des personnels sur une organisation du prendre soin et qui convient au suivi des patients et des résidents. D'ailleurs, l'arrivée d'un nouveau médecin généraliste à la fin de l'année 2022 a mis l'accent sur le fait que la définition d'un temps d'intervention médical l'après-midi du lundi au vendredi ne convient pas forcément à l'ensemble des

médecins et qu'il serait opportun d'envisager de personnaliser ces créneaux en fonction des disponibilités et de l'organisation de travail de chaque médecin.

Il appartient également aux cadres de santé de mener cette réflexion de manière participative avec le personnel soignant non-médical sur la possible conciliation de son organisation avec celle du secteur libéral. Effectivement, l'organisation traditionnelle d'une unité de soins ne favorise pas la collaboration interprofessionnelle, « *les activités spécifiques à chaque profession et tâches multiples à accomplir durant une journée de travail laissent peu de temps en commun pour communiquer et partager les informations essentielles en lien avec la prise en charge globale des patients* » (Louis Simonet, 2017). C'est pourquoi, il serait intéressant d'étudier avec les IDE la possibilité de former un infirmier en pratiques avancées (IPA) pour faciliter l'intervention des médecins généralistes dans un temps restreint en renouvelant les prescriptions médicales par exemple.

De plus, il serait essentiel que l'ensemble des médecins généralistes qui interviennent à l'hôpital connaisse l'organisation des soins de l'établissement comme les horaires des toilettes ou la distribution des médicaments. Cela permettrait de les sensibiliser aux contraintes quotidiennes que vivent les soignants en rapport avec leurs fiches de tâches.

Préconisation 4 : Evaluer et réajuster l'organisation médicale en fonction des objectifs du projet d'établissement et dans une démarche participative.
Envisager une formation d'infirmier en pratique avancée.

Par ailleurs, réfléchir à une organisation nécessite de mener en parallèle un travail sur la coordination afin de définir le rôle de chacun. Etant donné que les missions des médecins n'ont pas été suffisamment définies, il serait utile de définir une fiche de poste afin de clarifier leurs tâches. Il s'agit d'une fiche de poste qui pourrait être établie par le responsable du service qualité en concertation avec les intervenants libéraux. Cette fiche de poste devrait être validée en CME et jointe à tout nouveau contrat signé entre l'établissement et un médecin généraliste. L'intérêt d'une telle fiche de poste est de préciser par exemple les modalités de traçabilité des actions du médecin lors de la prise en charge des patients. Aujourd'hui, cet

élément n'est pas clarifié, et la traçabilité est assurée en partie par la secrétaire médicale, la cadre de santé et le responsable du service qualité.

Toutefois, la limite de cette action réside dans le fait que l'action de tracer dans le DPI est perçue comme chronophage par les médecins. Une fiche de poste avec l'obligation de traçabilité pourrait dissuader des nouveaux médecins de s'engager auprès de l'hôpital. C'est pourquoi, il serait judicieux d'étudier la possibilité de proposer des documents pré-remplis pour faciliter cette tâche aux médecins.

Préconisation 5 : établir une fiche de poste des médecins généralistes pour clarifier leurs missions afin de favoriser une coordination entre les équipes.

- **Favoriser l'intégration des médecins généralistes à l'hôpital pour constituer une équipe**

La collaboration interprofessionnelle est « *une façon de travailler, de s'organiser et de fonctionner de manière à mettre les ressources soignantes au service de la prestation des services de santé en toute efficience et efficacité et au mieux des intérêts des patients ou des clients servis* » (Jones & Way, 2004). Pour cela, il est nécessaire de dépasser le clivage et les rivalités interprofessionnelles qui peuvent exister entre les équipes hospitalières et le secteur libéral. C'est pourquoi, afin de rapprocher ces deux identités professionnelles, il serait opportun dans un premier temps de faciliter leur intégration au sein de l'établissement en leur proposant un lieu, un bureau, qui va marquer une première appartenance à l'hôpital.

Actuellement, au sein de l'établissement A, les médecins s'installent dans le bureau infirmier pour consulter le DPI, prescrire les traitements médicaux des usagers dans le logiciel PHARMA et échanger avec les soignants. De même, ce sont les seules personnes qui se trouvent en civil au sein des unités, un élément qui m'a interpellé quand j'ai commencé mon stage. Ainsi, il faudrait leur attribuer des blouses médicales, une deuxième marque d'appartenance à l'institution qui leur permettrait de se conformer également aux procédures d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales.

Bien évidemment, ces propositions pourraient être discutées lors de la CME en évoquant aussi la question de l'harmonisation des pratiques médicales. Pour rappel, il existe une tension dans les relations entre les médecins hospitaliers et généralistes due essentiellement à une différence de statut. Ainsi, clarifier les pratiques en instance médicale en lien avec les procédures hospitalières pourrait apaiser ces tensions et favoriser un travail d'équipe.

Préconisation 6 : faciliter l'intégration des médecins généralistes au sein de l'hôpital de proximité : leur attribuer un bureau, des tenues professionnelles.

Préconisation 7 : œuvrer pour harmoniser les pratiques médicales entre les médecins hospitaliers et généralistes.

- **Renforcer la gouvernance médico-administrative en clarifiant le rôle de chacun**

Il se trouve que les deux présidents des CME des établissements A et B sont des médecins généralistes. Le fonctionnement des binômes médico-administratifs est décrit comme constructif, bien que les médecins hospitaliers expriment une volonté de pouvoir jouer un rôle plus décisif dans l'institution.

Cependant, les deux présidents de l'instance médicale n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique en lien avec son fonctionnement. Or, selon l'article D6143-37-5 du CSP, à l'occasion de la prise de fonction du président de la CME, une formation lui est proposée pour :

- Connaître le fonctionnement général et les missions de la CME et de la Commission médicale de groupement (CMG) ;
- Appréhender au travers des diverses réformes les transformations profondes du système de santé et en particulier la réforme « *Ma santé 2022* » ;
- Assimiler les statuts des personnels médicaux ;
- Découvrir des innovations dans le domaine de la santé ;
- Se familiariser avec le pilotage économique.

En effet, ce type de formation pourrait faciliter le nouveau rôle du médecin au sein de cette instance et lui permettre de mieux appréhender son rôle dans un nouvel environnement professionnel.

Par ailleurs, l'ensemble des médecins participent principalement aux directoires et aux CME. Néanmoins, ils regrettent l'aspect chronophage de ces instances. Afin de les inciter à y participer de façon régulière, il serait intéressant d'étudier avec les médecins la possibilité de programmer le déroulement de ces réunions à partir de midi et proposer la prise de repas en même temps, ce qui pourrait créer un moment convivial et de partage favorisant le travail collaboratif.

De même, il est important de souligner auprès des nouveaux médecins qui interviennent dans l'établissement qu'ils peuvent bénéficier d'une indemnisation complémentaire. Il s'agit d'une « *indemnité forfaitaire représentative de la perte de revenus résultant de sa participation [...] à des réunions des instances délibératives ou consultatives de l'établissement* » (article 5, indemnisation complémentaire éventuelle, contrat de participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements de santé).

Préconisation 8 : proposer une formation au président de la CME afin qu'il appréhende les missions de cette instance et inciter les médecins à participer aux différentes instances de l'établissement en adaptant l'horaire et la durée des réunions.

- **Réévaluer le modèle économique des charges du personnel médical**

Une des particularités que j'ai soulignée au niveau du fonctionnement médical de l'hôpital de proximité A est l'intervention exclusive de quatre médecins généralistes dans le secteur sanitaire. Une de mes interrogations concerne le coût de ces interventions des médecins qui sont rémunérés à l'acte (les charges du personnel médical). Ayant interrogé le directeur de l'établissement A à ce sujet, ce dernier a souligné lors de l'entretien que les médecins « *assurent une disponibilité continue des soins, qui est assez efficace et qui ne nous coûte pas que s'ils étaient payés au tarif hospitalier ce serait bien plus cher* » (E8, L14).

De même, je me suis rapproché d'une des adjointes des cadres qui m'a communiqué le total de la rémunération des médecins pendant l'année 2022, c'est-à-dire ce qui relève du budget H (hôpital), les quatre médecins ont perçus 94 456 euros, ce qui représente en moyenne 23 000 euros de rémunération par médecin et par an. Pour rappel, cette rémunération couvre les actes médicaux réalisés en semaine pendant leur présence dans les unités de soins, l'astreinte médicale le week-end et les gardes médicales.

Ainsi, dans un contexte où il semble difficile de recruter des médecins hospitaliers dans ce territoire, il serait opportun de proposer aux 4 médecins généralistes d'être salariés à 0,2 Equivalent temps plein (ETP) ce qui correspond à un temps de présence d'une journée ou de deux demi-journées par médecin et par semaine. Puis, la direction pourrait proposer une rémunération à l'acte pour toute autre intervention en dehors de ce créneau comme par exemple des consultations, des astreintes médicales, la participation à des réunions institutionnelles ou des formations. L'avantage de ce dispositif mixte (salarié et rémunéré à l'acte) inciterait les médecins à respecter leurs plages horaires définies dans le cadre de leur temps de travail.

Par conséquent, cela faciliterait l'organisation et la coordination des soins avec les équipes hospitalières. Aussi, un temps de présence plus important des médecins libéraux permettrait d'augmenter le taux d'occupation moyen (TOM) en médecine et en SSR. Actuellement, le rapport d'activité 2022 indique que ce TOM est de l'ordre de 65% et un taux d'occupation faible pendant l'été et en fin d'année à cause des départs en congé des médecins.

Il serait bien évidemment bénéfique pour l'hôpital d'augmenter ce taux pour supporter plus facilement les charges de l'établissement.

De même, le coût de la rémunération d'un praticien contractuel à 0,8 ETP est de l'ordre de 40 000 euros (le traitement brut par an d'un praticien contractuel de niveau 1 est aux alentours de 51 300 euros), ce qui laisserait des marges de manœuvre au directeur de l'établissement pour financer les autres charges liées au fonctionnement de l'équipe médicale.

Toutefois, les médecins ont une charge de travail importante au sein de la MSP et il n'est pas sûr qu'ils acceptent la proposition d'adopter ce dispositif. En tout cas, il s'agit d'un élément à soumettre en instance et à discuter avec l'ensemble des professionnels médicaux pour trouver la solution la plus adaptée pour chaque médecin et dans l'intérêt du malade.

Préconisation 9 : proposer aux médecins généralistes d'être praticien contractuel à temps partiel pour valoriser leur rémunération et les inciter à augmenter leur temps de présence auprès des usagers à l'hôpital.

En ce qui concerne les conditions de travail, le point central souligné par les médecins et qui semble leur poser des difficultés est une charge de travail importante à l'hôpital avec un manque de temps de présence auprès des usagers et des équipes soignantes. Un des médecins déclarent qu'ils ont « *trop de pression, trop de situation complexe, pas assez de temps proportionnellement au nombre de patients supervisés* » (Annexe I, question 29).

C'est pourquoi, avec l'aide de l'ARS, il faudrait que le service des ressources humaines de l'établissement poursuive les recherches de recrutement d'un médecin hospitalier. C'est le cas de l'hôpital B qui a réussi à recruter un médecin salarié à 0,4 ETP grâce au dispositif « *400 médecins* », c'est-à-dire 400 médecins généralistes recrutés dans des territoires fragiles afin de pallier le manque de médecins. Il s'agit d'un dispositif proposé dans le cadre de la réforme « *Ma Santé 2022* » et qui promeut les postes à exercice partagé ville-hôpital ou des postes de médecins généralistes salariés. En fait, l'établissement de santé bénéficie d'une aide financière conséquente pour deux ans pour financer les charges liées au personnel médical recruté.

Préconisation 10 : Poursuivre les recherches de recrutement d'un médecin salarié ou à exercice mixte hôpital-ville en s'appuyant sur l'ARS.

Conclusion

Pour répondre aux difficultés d'accès aux soins de la population surtout dans les territoires ruraux et isolés, le pouvoir exécutif a tenté depuis plusieurs décennies de décloisonner les différents secteurs de la santé pour faciliter le parcours de santé de l'utilisateur. Les dernières réformes comme la loi Santé et « *Ma santé 2022* » ont défini l'hôpital de proximité comme un des maillons essentiels de l'offre de soins de proximité. Sa place dans les CPTS et sa collaboration avec la médecine de ville a permis de renforcer cette offre de soins et de répondre aux besoins de santé des plus vulnérables.

Toutefois, bien que la collaboration interprofessionnelle entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville présente des avantages indiscutables comme le suivi de l'utilisateur dans son parcours de santé et la garantie d'avoir une présence médicale à l'hôpital, elle présente également des limites qui influent sur la qualité de la prise en charge du malade. Par conséquent, il appartient au chef d'établissement de favoriser une pratique collaborative entre les deux secteurs pour assurer une prise en soins efficace.

De plus, je pense que l'évolution de notre système de santé devrait se poursuivre et se diriger vers davantage de partenariat et de décloisonnement. En effet, Pourrions-nous envisager d'externaliser les compétences et ressources hospitalières vers les MSP pour soutenir les médecins généralistes dans leurs tâches administratives en leur proposant un temps de secrétariat médical ?

Enfin, ce mémoire m'a permis de prendre conscience des enjeux liés au territoire et auxquels je serai confronté dans quelques mois lors de ma prise de fonction en tant que directeur.

Bibliographie

- **Articles**

D'AMOUR D, FERRADA-VIDELA M, RODRIGUEZ LSM & BEAULIEU M-D., 2005, The conceptual basis for interprofessional collaboration : core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, Vol. 19 (suppl 1), p. 116-131.

DEBACKER, P., 2023, L'organisation médicale mixte avec les médecins libéraux profite au CH de Bort-les-Orgues. Actualité des territoires de santé, Hospimédia.

FRIOT-GUICHARD V., 2023, L'hôpital de proximité : acteur de santé publique au cœur de son territoire. *Réflexions hospitalières*, 610, p. 24-27.

KOSREMELLI ASMAR M, WACHEUX F., 2007, Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Conférence Internationale en Management, Beyrouth, Liban, p. 57-75.

LE COSSEC C, GIACOPELLI M, DE CHAMBINE S., 2018, Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Santé Publique*, Vol. 30, p. 213-224.

LOUIS SIMONET M., 2017, Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. *Revue médicale suisse*, Vol. 579.

- **Chapitres d'ouvrage**

RICHOU, S., 2017, Levier 7. Institutionnaliser la coopération. Coopération en action : 10 leviers pour élaborer votre stratégie, stratégie d'entreprise, Dunod, p. 133-164.

- **Mémoires, Thèses**

CAREAU E., 2013, Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : *proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires*. Faculté de Médecine, Université LAVAL, Québec, Thèse.

GERMAIN, A., 2021, Réinventer l'offre hospitalière dans un bassin rural : doit-on poser l'hypothèse d'un « hôpital de proximité » ou aller vers un centre hospitalier sobre et innovant ? L'exemple du territoire de Dinan (DH), EHESP, 51p.

STURIONE B., 2021, L'instauration d'une direction commune entre l'établissement support d'un GHT et un hôpital de proximité : menace ou opportunité ? (DESSMS), EHESP, 40p.

- **Ouvrages**

EYMARD, C., 2009. *Initiation à la recherche en soins et santé*. Toulouse, France : Editions Lamarre.

Le Grand Robert de la langue Française 2^{ème} Edition. Paris 2001. ISBN 2-85036-673-0

LAURENS, C., 2016, *Les interactions soignantes à l'hôpital. La relève interéquipe, moment clé de communication*. (1^{ère} éd.). Paris, France : Seli Arslan.

- **Rapports administratifs**

Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), 2022, Hôpital de proximité : la labélisation pas à pas.

BOLAMPERTI P, GIOVANNINI E, MEDINA P., 2020, Diagnostic local de santé, Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Haute Autorité de Santé, 2008, Les nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé. Lettre d'information de la HAS, n°12, p. 1, 3-5.

- **Site internet**

Le cri d'alarme des élus face aux déserts médicaux. Consulté le 12 mai 2023, <https://www.ledauphine.com/drome/2018/03/17>. Le Dauphiné Libéré, 18 mars 2018 ;

Fiches Ville/hôpital : Dream Team du territoire de santé ? Consulté le 19 mai 2023, www.solidarites-sante.gouv.fr. Grands dossiers, Ma santé 2022 ;

Ministère de la santé et de la prévention – hôpitaux de proximité. Consulté le 20 avril 2023, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

- **Textes législatifs ou réglementaires**

Articles L.6111-3-1 et suivants du CSP ;

Articles L.6111-24 et suivants du CSP ;

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ;

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009 ;

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019 ;

Ordonnance n°2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoires et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;

Ordonnance 2021-582 du 12 mai 2021 relative à la labellisation, la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité modifiant l'article L 6111-3-1 du CSP ;

Décret d'application 2021-586 du 12 mai 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité ;

Arrêté du 2 juin 2021 fixant le dossier de labellisation à renseigner par l'établissement sur la déclinaison concrète des missions et qui doit être instruit par l'ARS ;

Arrêté du 3 mars 2022 modifiant l'arrêté du 2 juin 2021 relatif à la labellisation des hôpitaux de proximité par les directeurs généraux des agences régionales de santé, présentant en annexe, le dossier de candidature ;

Liste des annexes

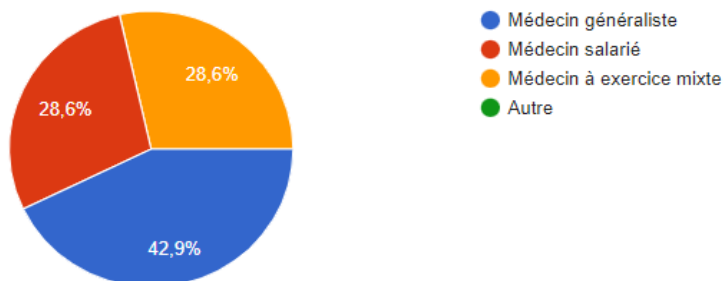
Annexe I : questionnaire à destination des médecins sur la collaboration entre l'hôpital de proximité et la Médecine de ville

Annexe II : 10 entretiens semi-directifs

Annexe I : Réponses au questionnaire à destination des médecins sur la collaboration entre l'hôpital de proximité et la Médecine de ville

Vous êtes :

7 réponses



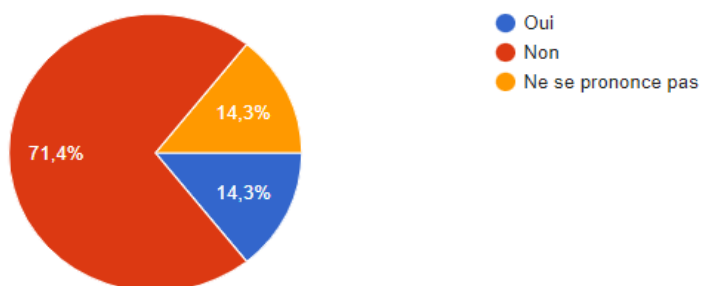
1) Depuis combien de temps exercez-vous ou intervenez-vous à l'hôpital ?

- 13 ans
- 30 ans
- juillet 2020
- 15 ans
- 18 mois
- 10 ans
- 32 ans dans 2 établissements différents

Chapitre I – Formation

2) Avez-vous participé à des actions de formation spécifiques qui concernent la connaissance de l'environnement hospitalier (par exemple : gouvernance de l'hôpital, fonctionnement des instances, pilotage budgétaire...)?

7 réponses



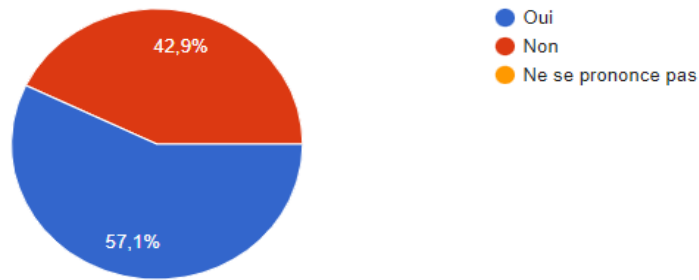
3) Si vous avez répondu oui à la question 2, pourriez-vous préciser l'intitulé ou le thème de la formation ?

Une réponse

pilotage et interpretation budget

- 4) Quand vous avez commencé à intervenir à l'hôpital, avez-vous eu des informations sur les procédures spécifiques de prise en charge des patients ou résidents ?

7 réponses



- 5) Si vous avez répondu oui à la question 4, quelle était la personne qui vous a communiqué ces informations (Cadre de santé, IDE, ...) ?

4 réponses

Respo qualité surtout, puis cadre et ide

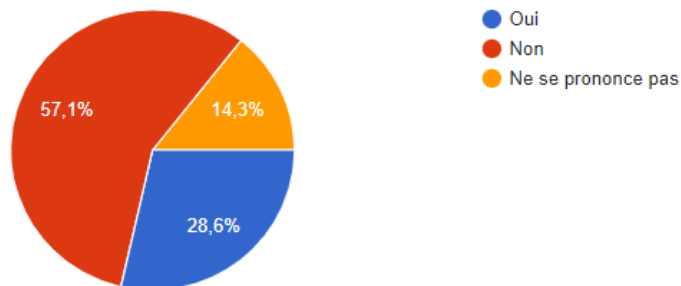
médecin, IDE, cadre de santé

cadre ide autres medecins secretaires medicales

IDE, Cadre de santé, secrétaire médicale, mais rien de très formel, plutôt du coup par coup

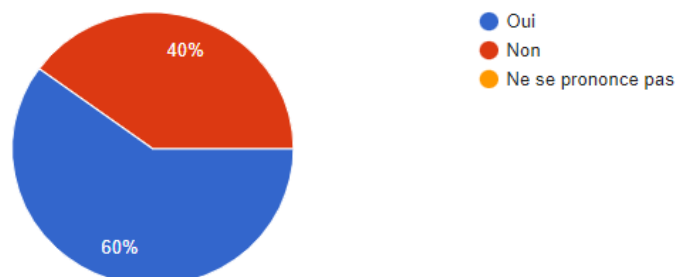
- 6) Avez-vous suivi des formations sur l'utilisation du Dossier patient informatisé (DPI) ou tout autre logiciel en lien avec la prise en charge médicale des patients / résidents ?

7 réponses



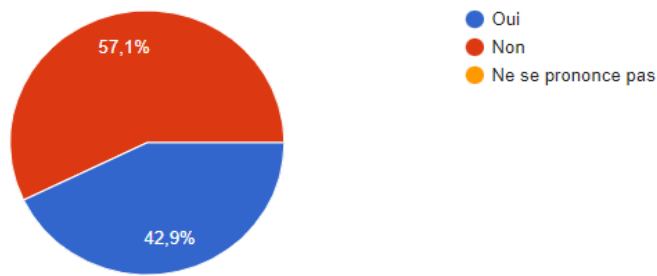
- 7) Si vous avez répondu non à la question 6, avez-vous eu des informations ou démonstrations sur l'utilisation des logiciels hospitaliers (DPI, etc.) ?

5 réponses



- 8) Avez-vous suivi des formations financées par l'hôpital pour développer vos compétences dans le cadre de la prise en charge médicale et hospitalière des patients/résidents ?

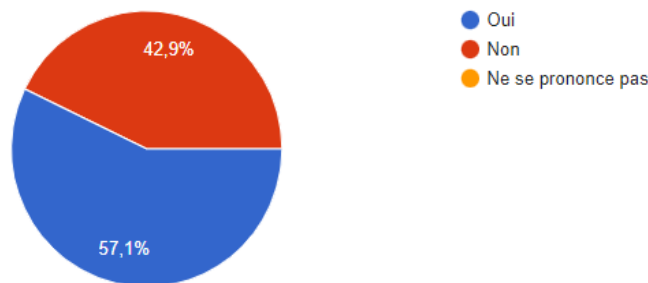
7 réponses



Chapitre II – Communication

- 9) Participez-vous aux relèves soignantes inter-équipes ?

7 réponses



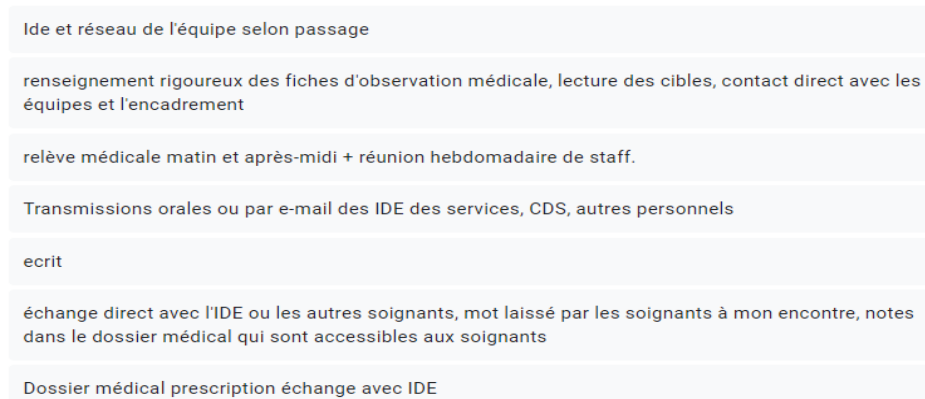
- 10) Si vous avez répondu oui à la question 9, combien de fois par semaine ?

4 réponses



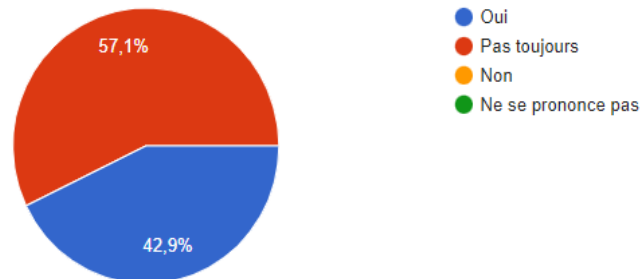
- 11) Si vous ne participez pas aux relèves soignantes, quels moyens utilisez-vous pour transmettre ou recueillir des informations auprès des équipes soignantes / encadrement ?

7 réponses



- 12) Lors de vos interventions à l'hôpital, disposez-vous de manière générale de toutes les informations nécessaires pour assurer une prise en charge médicale efficiente des patients / résidents ?

7 réponses



- 13) Que proposeriez-vous pour améliorer la communication interprofessionnelle (notamment médico-soignante) ?

6 réponses

Plus de lien via les cadres. Une expérimentation vis ma vie d'1/2 j tirage au sort le med suit le kine, le cadre avec le Dr,...on le fait à la msp

rigueur dans les transmissions écrites

des réunions régulières pour préciser les missions, droits et devoirs de chacun ainsi que le processus décisionnel.

Amélioration écrite informations et observations médicales des médecins généralistes intervenants dans le dossier classeur papier de chaque résident EHPAD

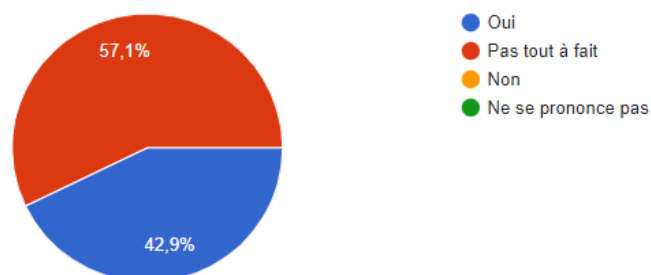
un espace d'échanges spécifique (ou l'assurance que ce qu'on doit savoir est noté qq part et inversement que ce que l'on écrit soit lu par les soignants)

Dossier structure informatique

Chapitre III – Organisation

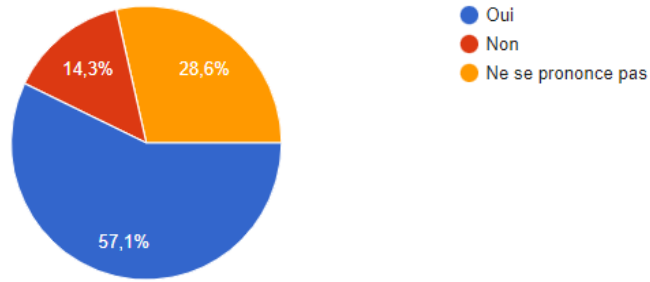
- 14) Connaissez-vous l'organisation des soins des unités dans lesquelles vous intervenez (horaires des toilettes, distribution des médicaments, pansements...) ?

7 réponses



- 15) Est-ce que l'organisation médicale mise en place (présence médecins, visites médicales...) au sein de l'établissement tient compte de l'organisation des soins des patients / résidents ?

7 réponses



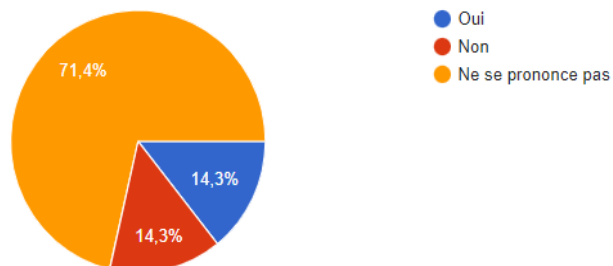
- 16) En cas d'urgence et en dehors des présences des médecins sur l'établissement, l'organisation médicale mise en place (Astreinte médicale, permanence des soins...) permet-elle de joindre facilement un médecin pour intervenir à l'hôpital ?

7 réponses

L'astreinte fonctionne bien et est rodée
en théorie oui, en pratique la question serait à poser aux soignants...
oui.
oui MDG sinon 15 selon les horaires
en théorie
je pense, en tout cas c'est pensé pour (pas toujours fluide de savoir qui est d'astreinte pour les soignants mais toujours qq'un qui sera disponible)
J'espère

- 17) Pensez-vous que l'organisation "traditionnelle" des soins représente un frein à la collaboration interprofessionnelle hôpital - médecine de ville ?

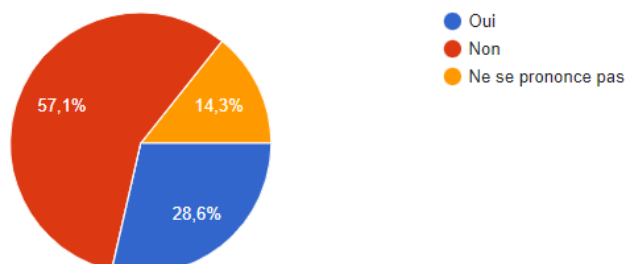
7 réponses



Chapitre IV – Coordination

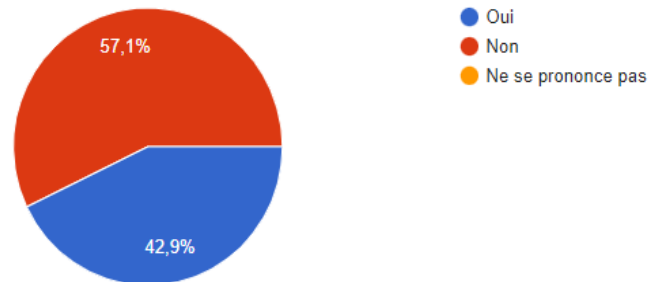
- 18) Avez-vous une fiche de poste qui définit vos missions au sein de l'hôpital ?

7 réponses



- 19) Connaissez-vous les fiches de poste des soignants qui collaborent avec vous (IDE, Aides-soignants, Kinésithérapeute...) ?

7 réponses



- 20) Que pensez-vous de la collaboration entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers ?

7 réponses

Ce sont la plupart du temps les mêmes...

pourrait mieux faire..... trop souvent les perspectives de prise en charge sont encore étrangères l'une à l'autre

Elle est quantitativement nulle.

Sans difficultés nous nous connaissons depuis très longtemps et nous téléphonons facilement

difficile

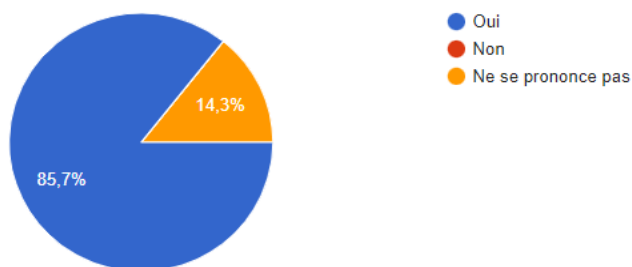
au sein de notre HL il s'agit des mêmes personnes donc ça va ;-)
si on parle des médecins des autres hôpitaux (plus gros), ça n'est pas toujours facile pour eux de comprendre notre fonctionnement et notre structure (limite de compétences/ressources, besoin d'aide à la réflexion/avis spécialisé, isolement)

A améliorer

Chapitre V - Identité et culture professionnelles

- 21) Etes-vous d'accord que la médecine de ville et l'hôpital de proximité représentent des cultures professionnelles différentes avec des approches de prise en charge différente ?

7 réponses



- 22) A votre avis, quels sont les éléments (ou les outils) qui permettent d'élaborer une pratique collaborative efficiente entre l'hôpital et la Médecine de ville ?

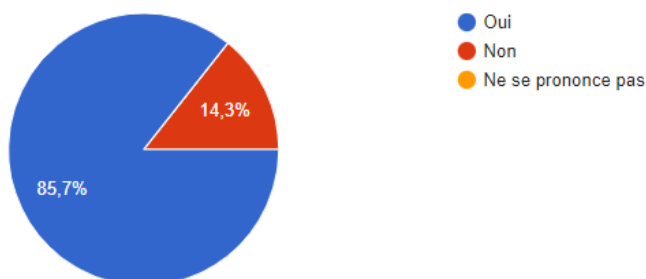
7 réponses

- La com, l'esprit d'équipe, l'aide aux tâches administratives par les métiers transversaux (secrétaire, assistant medical), un bon logiciel
- échanges entre médecins, formalisés et informels
- D'abord se parler et savoir quels sont les envies et besoins de chacun.
- Rencontres et FMC à multiplier
- plus de personnel medical
- faciliter les entrées et sorties, avoir des cadres de santé qui font le lien avec les soignants de ville pour préparer un retour, agents (administratifs ou CdS) qui récupèrent les contacts de ville (pas que le MT mais aussi IDE, kiné, aux de vie, ...)
- Informations régulières sur état des patients

Chapitre VI – Gouvernance

23) Connaissez-vous le rôle des différentes instances de l'hôpital ?

7 réponses



24) Participez-vous aux instances de l'hôpital ?

7 réponses



25) Si vous avez répondu oui à la question 24, lesquelles (DCME, CS, CSE, CSIRMT, CVS, CDU...) ?

6 réponses

- Dcme
- CME
- CS, CME et bientôt probablement la CSMIRT.
- CME, Directoire, CVS...
- DCME, CS, CDU
- Directoire CME

26) Comment qualifieriez-vous la gouvernance médico-administrative (directeur/médecin(s)) au sein de l'hôpital ?

7 réponses

l'hôpital de proximité lui permet de la souplesse au service du bien-être des patients et du bon fonctionnement des soins

Elle me semble en train de se construire.

A l'écoute les uns des autres.

les medecins n ayant qu un avis consultatifs ,les decisions sont prises par ...

D'une part cette participation aux instances est lourde, chronophage et répétitive. Les contraintes/instances sont les mêmes que pour un hôpital (beaucoup) plus gros. Par ailleurs, la participation des médecins est essentielle pour se rapprocher de la réalité soignante et du coeur de métier de l'hôpital. Je comprends le pragmatisme des personnels administratifs, il ne faut cependant pas perdre de vue que c'est l'administration qui est au service des soins aux patients et non pas le soin qui doit s'adapter à l'administration (ses priorités, ses axes de réflexion, ses préoccupations économiques ou d'indicateurs qualité très technocratiques et non fonctionnels)

Trop administrative

Chapitre VII - Rémunération et conditions de travail

27) La rémunération des médecins généralistes à l'hôpital est définie par l'article L 6146-2 du CSP fixée aux tarifs prévus au code de la sécurité sociale et applicable au secteur 1. Pensez-vous que cette rémunération à l'acte est adaptée ?

7 réponses

Vu la lourdeur de la charge et des responsabilités, non. Quand on passe une h sur un dossier complexe rémunéré 23€ ça fait mal.

pour un médecin en exercice libéral exclusif elle est bien en deçà de ce qu'il serait en droit d'exiger au prorata du temps passé d'autant plus que les contraintes administratives sont de plus en plus lourdes et chronophages. Par voie de conséquence cela est plutôt dissuasif

Je n'ai pas d'avis car je suis salarié.

je ne sais pas, je suis salariée PH

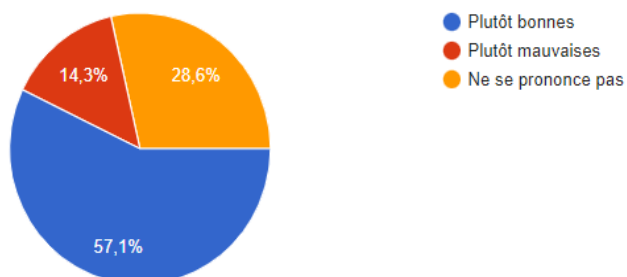
cme fei

pas franchement ! 90% de 25 euros quand on passe en moyenne 30 à 40 minutes avec un patient ou son dossier, ça n'est pas cher payé

De moins en moins

28) Comment trouvez-vous vos conditions de travail à l'hôpital ?

7 réponses



29) Si vous estimez que vos conditions de travail sont mauvaises à l'hôpital, pourriez-vous préciser les causes ?

2 réponses

Trop de pression, trop de situation complexe, pas assez de temps proportionnellement au nombre de patients supervisés

la contrainte de temps reste un point central, les soignants semblent toujours insatisfaits de notre présence (ou absence), alors même que le temps passé en volume de patients pris en charge est toujours énorme et "peu rentable" (pas seulement au plan économique mais aussi en terme de temps/patient)

Chapitre VIII – Conclusion

- 30) Que pensez-vous aujourd'hui de la collaboration entre l'hôpital et les médecins généralistes ?

7 réponses

Tous dans le même bateau qui galère, donc plutôt bonne.

vide supra, question 27 //

Une arlésienne que tout le monde appelle de ses vœux mais que personne ne voit.

A mon avis elle est correcte mais dépend plus de la personnalité de chacun et de la connaissance, des bonnes relations des uns et des autres que ... de procédures ou protocoles !

manque de temps , trop administratif a l hopital

il faut la bichonner pour que le service aux patients reste en proximité et que ces soins restent de qualité, tout en prenant soin de la santé et du bien-être au travail des soignants (médecins compris !)

La médecine de ville s'éloigne de l'hôpital de proximité Peut on imaginer une autre façon de collaborer ?

Annexe II : Entretiens semi-directifs

Personnes interrogées (Hôpital de proximité A et B) : deux directeurs, 4 cadres de santé, deux responsables service qualité et deux IDE.

Questions :

- Pourriez-vous vous présenter ?
- Pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de l'hôpital et de me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?
- Estimez-vous que les médecins connaissent l'environnement hospitalier ?
- Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des patients/résidents à l'hôpital ? (relance : utilisation logiciels DPI...)
- Que pensez-vous de la communication médico-soignante ? (relance : relèves, staff, transmissions DPI...)
- Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle » avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la prise en soins de l'utilisateur ?
- Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?
- Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative efficiente avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?
- Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils plus autonomes ?
- Que pensez-vous du binôme médico-administratif à l'hôpital (directeur – médecin président CME) ?

Question spécifique service qualité :

- Quel est l'impact aujourd'hui de la collaboration de la Médecine de ville sur la pertinence, sécurité et qualité de la prise en soins de l'utilisateur (relance : certification, FEI...) ?

1 Entretien numéro 1 (E1) : Marylin – Cadre de santé
2 Réalisé le 27 juin 2023
3 Durée de l'entretien : 25 minutes 42 secondes
4 Service : Médecine/SSR Hôpital B
5 **ED3S : Bonjour Madame, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de**
6 **l'hôpital et de me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Marylin** : actuellement nous avons un médecin à 60% équivalent temps plein (ETP) attaché qui ne
8 fait que 60% sur l'hôpital et qui n'a pas d'activité libérale, on a un médecin 60% ETP praticien
9 hospitalier (PH) sur l'établissement et 40% en libéral au sein de l'hôpital pour des échographies et
10 on a un médecin attaché à 40% ETP qui est aussi le médecin coordonnateur et qui a un 60%
11 d'activité libérale en cabinet de ville. On a un seul médecin à l'heure actuelle complètement libéral
12 qui intervient par vacation, c'est le docteur A. et qui ne suit que ses patients.

13 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
14 **hospitalier ?**

15 Marylin : pour ce qui existe en ville à l'heure actuelle, il y en a pas mal qui sont intervenus sur l'hôpital
16 et qui ont arrêté **donc eux la connaissent**, ils sont au moins 2. Pour les autres qui n'interviennent
17 pas à l'hôpital et qui ne sont jamais intervenus je ne sais pas s'ils le connaissent bien. Je dirai qu'il
18 y a une bonne partie qui connaissent, des médecins de M. qui interviennent quand ils sont de garde.
19 On fait appel à eux si on a un problème médical au niveau de nos patients, le médecin de garde
20 intervient. **Le seul qui ne connaît pas c'est un médecin qui fait des remplacements** et qui vient de P.
21 Il fait des remplacements mais que pour des gardes médicales du coup il ne connaît pas du tout
22 notre fonctionnement.

23 **ED3S (relance) : est-ce que vous pensez qu'il est important de connaître l'environnement**
24 **hospitalier quand on est médecin généraliste qui y intervient ?**

25 Marylin : Le matin, si on a une entrée, on n'a pas le médecin de suite pour voir le patient. Il faut qu'on
26 ait au minimum un médecin pour pouvoir nous adresser un patient. Généralement, ça se passe très
27 bien parce qu'ils le savent, ils nous disent « *je peux l'admettre demain* » c'est jamais des urgences,
28 quand ils nous les adressent de ville, c'est jamais des urgences, c'est souvent du maintien à domicile
29 difficile. Par contre, quand c'est un service d'urgence qui nous appelle et nous demande si on peut
30 accueillir un patient en urgence, pour dégager un lit d'urgence, c'est un peu plus délicat, on leur dit
31 de nous faxer d'abord l'ordonnance pour voir si on a les spécialités. Dès fois ça prend un délai de 4
32 à 5 jours, prendre les médicaments qu'ils nous envoient avec le patient ça peut dépanner mais c'est
33 délicat parce que si on a un rappel de lot, on ne connaît pas de lot qui n'est pas enregistré dans son
34 stock.

35 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
36 **patients/résidents à l'hôpital ?**

37 **Marylin** : pour ceux qui exercent comme les 2 60% et 40%, **ils connaissent relativement bien**, après
38 **pour ceux qui pratiquent la médecine libérale à temps complet comme le docteur A. depuis de**
39 **nombreuses années, connaissent bien les pratiques hospitalières**, les autres n'interviennent plus
40 donc, ils ne connaissent pas forcément, surtout les dernières procédures. Certains médecins qui
41 sont intervenus les connaissent, certains médecins interviennent en EHPAD donc ils connaissent un
42 petit peu puisque l'EHPAD fonctionne de la même manière et (sonnerie téléphone du cadre),
43 excusez-moi, et donc les médecins qui interviennent en EHPAD connaissent relativement bien les
44 procédures parce que c'est les mêmes, qu'on soit en EHPAD ou en médecine/SSR on a peu de
45 différence dans la procédure de fonctionnement et de l'organisation de l'établissement, puisqu'on
46 fonctionne avec la même PUI, le service qualité, etc...

47 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins généralistes savent utiliser les différents logiciels**
48 **comme le DPI ?**

49 **Marylin** : alors le DPI est en cours de mise en place, pour l'instant c'est un dossier papier, après il y
50 a d'autres choses qu'ils sont obligés de chercher comme l'intranet, Blue Kangoo, par exemple pour
51 les certificats de décès ils sont obligés d'avoir des codes pour rentrer sur les ordonnances
52 informatisées ils sont obligés d'avoir des codes donc oui, ça ils connaissent, ils oublient de temps en
53 temps. Dans la majeure partie ça se passe bien.

54 **ED3S : J'ai participé il y a quelques semaines à une réunion « affaires médicales » pendant**
55 **laquelle les échanges entre médecins généralistes et hospitaliers étaient tendus. Les**
56 **médecins hospitaliers reprochaient à leurs confrères libéraux de ne pas suivre les**
57 **procédures hospitalières, comme par exemple la procédure d'admission. Qu'en pensez-**
58 **vous ?**

59 **Marylin** : ce qui ressortait surtout c'est la responsabilité des médecins hospitaliers par rapport aux
60 patients des médecins de ville que les médecins généralistes suivent. Donc pour eux, à partir du
61 moment où ils sont médecins à l'hôpital, ils se sentent responsables de l'ensemble des patients. Et
62 quand il y a un souci sur un patient d'un médecin de ville, on peut faire appel à un médecin hospitalier
63 présent pour gérer une urgence et ça peut être mal vécu par le médecin de ville et aussi par le
64 médecin hospitalier. Certains médecins vont être tout à fait d'accord mais ils ne sont pas nombreux.
65 Il n'y a que docteur B. qui est à cheval donc oui, si on a une urgence qui touche un de ses patients,
66 on lui dit on appelle docteur D. et il nous répond bien sûr vous pouvez l'appeler. Il connaît et il est
67 impliqué dans l'hôpital parce qu'il y travaille. Pour l'instant, on a un seul cas d'un médecin de ville
68 qui intervient que sur ses patients et du coup elle préfère qu'on l'appelle et c'est elle qui nous dit
69 faites intervenir un tel ou un tel. Les infirmières vont au plus simple, il y a une urgence et un médecin
70 qui passe par là, je lui montre mon urgence. Mais le docteur A. veut qu'on respecte cette procédure
71 de l'appeler en priorité, si elle peut, elle va donner des consignes, si non, elle va dire passer le relais.
72 Après je pense que ça peut très bien se passer si chacun comprend le fonctionnement de l'autre et
73 accepte le fonctionnement de l'autre. Mais après ça peut créer des tensions quand certains sont très
74 à cheval sur leur organisation et n'aime pas qu'on vienne...mais ça peut très très bien fonctionner,
75 bien sûr, si chaque médecin à un moment donné dit je ne peux pas venir, demander au confrère s'il
76 est là, de le prendre en charge, ça peut très bien se passer, mais c'est une question de
77 communication entre eux, ça c'est le plus dur.

78 **ED3S : Que pensez-vous de la communication médico-soignante ?**

79 **Marylin** : là aussi, c'est très médecin dépendant (rire). Je dirai que ça se passe bien, on fait des
80 staffs médico-soignant avec une équipe pluridisciplinaire puisqu'il y a les infirmières, les aides-
81 soignantes, les médecins mais il y a aussi une kinésithérapeute, un ergothérapeute, diététicienne,
82 psychologue, assistante sociale, donc ça améliore cette communication. Après au quotidien,
83 l'infirmière interpelle le médecin pour telle ou telle problématique ou pour une prescription qui
84 s'arrête, voilà quoi, ou lui faire part d'une observation qu'elle a faite ou une plaie, une rougeur, une
85 fièvre, toutes ces choses quoi. Moi je trouve qu'il y a une bonne relation médico-soignante au
86 quotidien, améliorée et majorée par les staffs autour du projet thérapeutique du projet de soins, qu'il
87 faut qu'on retravaille donc on est en train sur un groupe de travail, il y a deux médecins qui y
88 participent pour remodifier notre projet thérapeutique pour le mettre en lien avec la nouvelle
89 appellation de SSR en SMR et le mettre aussi en lien avec l'expérimentation qu'on a avait fait avec
90 le document de la HAS juste au moment de la certification qui va dans ce sens-là, de rendre le
91 patient acteur de son projet de soins, de nommer un référent soignant, ce sont des pistes très
92 intéressantes et qu'on reprendre justement.

93 **ED3S : est-ce que les médecins généralistes participent aux relèves soignantes ?**

94 **Marylin** : il n'y a que les médecins hospitaliers qui participent aux relèves et il y en a qu'un qui y
95 participe c'est le médecin coordonnateur mais en fin de relève, vers 14h, sa prise de poste. **Mais si**
96 **non, ils ne participent pas.**

97 **ED3S** : **pensez-vous qu'il serait intéressant pour un médecin libéral de participer de temps en**
98 **temps, une fois par semaine par exemple, à une relève soignante ?**

99 **Marylin** : je dirai que **si déjà les médecins de ville faisaient un staff pour leurs patients, ce serait**
100 **merveilleux** (rire) mais il faut qu'il fasse un staff au moins une fois par semaine, on n'est pas obligé
101 de passer tous les patients mais au moins pour monter le projet pour un, mais bon on parle d'un
102 projet thérapeutique pour le SSR mais je pense qu'en médecine on a aussi un projet de soins, **je**
103 **pense qu'il faut en faire un, un staff pluridisciplinaire, au moins une fois par semaine.**

104 **ED3S (relance)** : **les médecins généralistes sont rémunérés par l'hôpital quand ils participent**
105 **à des réunions institutionnelles. Il s'agit peut-être d'un sujet que nous pouvons mettre en**
106 **avant pour les inciter à participer aux staffs par exemple ?**

107 **Marylin** : il y a le côté rémunérateur mais il y a aussi **le temps**. Pourtant la relève est faite sur un
108 créneau qui pourrait les intéresser, notamment le seul médecin de ville qui intervient en tant que
109 libéral, souvent c'est à 14h le staff, au moment où elle reprend ses consultations, **je pense que le**
110 **créneau est mal choisi**. Mais après si elle nous demande de faire un staff une fois par semaine sur
111 un créneau qui l'arrange, je pense que c'est jouable, même pour les autres médecins généralistes,
112 comme le docteur R. par exemple, à l'époque où il intervenait sur certains patients, il assistait au
113 staff avec nous. Moi je pense que c'est possible après c'est une organisation de leur cabinet et du
114 jour et l'heure qu'on détermine le staff. **Et leur proposer une rémunération à hauteur de 2 ou 3**
115 **consultations, en fonction du temps de staff.**

116 **ED3S** : **Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
117 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
118 **prise en soins de l'usager ?**

119 **Marylin** : moi je pense qu'on peut, après c'est plus l'organisation des médecins libéraux qui va être,
120 voilà, quand docteur R. intervenait, il passait tous les matins à l'EHPAD, il passait dans les services
121 tous les matins quand il suivait quelques patients. On savait que sur ce créneau là on pouvait avoir
122 un médecin de tel patient. Donc, c'est une organisation avec leur cabinet, mais ils peuvent très bien
123 le faire.

124 **ED3S** : **Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
125 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

126 **Marylin** : **je ne pense pas**, si ça était formalisé, c'est très ancien. Parce que là je vois, on a ressorti
127 la fiche de poste du médecin coordonnateur et les médecins vont se pencher dessus pour se
128 partager les tâches du médecin coordonnateur à plusieurs mais voilà, je ne pense pas que la fiche
129 de poste du libéral qui intervient à l'hôpital était faite et si c'est le cas, c'est très ancien. Je n'ai pas
130 assez d'ancienneté sur la structure pour y répondre, en tout cas, elle n'est plus utilisée, elle doit être
131 obsolète.

132 **ED3S** : **Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
133 **efficace avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les cultures professionnelles**
134 **et les approches sont différentes) ?**

135 **Marylin** : je dirai que c'est plus sur **le bon sens et le bon vouloir de chacun**, plus que sur les pratiques,
136 les changements qui a pu y avoir dans les différents fonctionnements et je pense que c'est plus sur
137 la communication, le bon sens et le bon vouloir de chacun. Parce qu'on est une petite structure, on
138 n'a pas des grandes technologies scientifiques, les médicaments de ville et ce qu'on utilise à l'hôpital,
139 il y a un reflet. **Il faut qu'ils apprennent à communiquer entre eux**, c'est tout basé la dessus,

140 communication et collaboration. Que l'un n'essaie pas de prendre le pied sur l'autre, que l'un n'essaie
141 pas de dominer l'autre par « **moi je suis praticien, toi qu'un médecin libéral** », **il faut qu'il se mette**
142 **d'égal à égal**, qu'ils communiquent et qu'ils trouvent un terrain d'entente.

143 **ED3S : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils**
144 **plus autonomes ?**

145 **Marylin** : tout à fait, tout à fait, comme beaucoup de choses passent entre l'infirmière et le médecin,
146 sans que le cadre soit forcément informé, au moment d'une relève, c'est du direct, ça se passe très
147 bien, et au contraire, ça améliore la communication médico-soignante dans le sens où **chacun a**
148 **confiance en l'autre** ou pas, parce que ça peut aller dans un sens positif comme dès fois ils se
149 prennent un petit peu, ça crie un peu dans les chaumières parce que l'infirmière donnait ci ou donnait
150 ça et je n'avais pas validé mais **dans les deux sens la communication passe bien** et ils n'ont pas
151 besoin d'intermédiaire pour se parler et mettre les choses en place.

152 **ED3S (relance) : justement, vous évoquez le concept de la communication, quelle place**
153 **occupe-t-elle à votre avis dans la collaboration entre l'hôpital et la médecine de ville ? Et est-**
154 **ce que la connaissance du rôle de chacun peut améliorer la communication entre les**
155 **différents collaborateurs ?**

156 **Marylin** : quand le docteur V. a repris **le rôle de médecin coordonnateur sur la fiche de poste pour**
157 **justement définir qui fait quoi et se partager les tâches**, il est un peu dans cette optique-là, de définir
158 les tâches de chacun pour que ça ne pèse pas que sur un seul intervenant mais que ça puisse être
159 partagé et que chacun sache qui s'occupe de quoi, au niveau des soignants, de l'administration, de
160 définir la tâche de chacun au sein de cette manne commune que normalement incombe à la
161 coordination mais que aujourd'hui le médecin coordonnateur n'a pas le temps de remplir cette tâche
162 à 100%.

163 **ED3S** : je vous remercie de m'avoir accordé ce temps d'échange que j'ai trouvé très intéressant.

1 Entretien numéro 2 (E2) : Delphine – Responsable qualité et secrétaire médicale
2 Réalisé le 29 juin 2023
3 Durée de l'entretien : 21 minutes 39 secondes
4 Service : Médecine/SSR/EHPAD - Hôpital B

5

6 **ED3S : bonjour Madame, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de l'hôpital**
7 **et de me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

8 **Delphine** : Actuellement à l'hôpital de N. vous avez 3 médecins salariés qui interviennent sur le
9 secteur de médecine et SSR, dont deux qui sont en exercice mixte libéral et salarié. Et on a
10 également 2 médecins libéraux exclusivement qui prennent en charge les patients dont ils sont les
11 médecins traitants sur le service de médecine/SSR. Après, tous les autres médecins libéraux
12 peuvent effectivement, c'est une, c'est un choix de l'établissement, suivre leurs patients s'ils le
13 souhaitent mais ils préfèrent laisser la main à leurs collègues.

14 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
15 **hospitalier ?**

16 **Delphine** : alors, pour ma part, connaissent, je dirai entre guillemets que oui **puisque'on le rappelle**
17 **quand même dans les réunions et ils sont intégrés tout autant que les autres dans les réunions de**
18 **l'hôpital.** Après, les appliquent et souhaitent les appliquer c'est plus compliqué, ne serait-ce qu'au
19 niveau du SSR, sur le projet de soins, **les médecins libéraux, les 2 qui interviennent en l'occurrence,**
20 **ne participent pas aux réunions de projet de soins,** donc elle n'est pas considérée comme un projet
21 de soins aux yeux de la HAS puisqu'il n'y a pas le médecin qui prend en charge le patient.

22 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
23 **patients/résidents à l'hôpital ?**

24 **Delphine** : Alors, que sur la partie médecine/SSR on est d'accord, donc du coup c'est mes 2
25 médecins, la connaissance des procédures, alors pour un des deux médecins, elle a participé à
26 certaines écritures, du coup **ils connaissent entre guillemet les procédures, après ils ne les**
27 **appliquent pas forcément parce qu'ils ne sont pas forcément en accord avec ces procédures** qui
28 sont essentiellement, en ce qui les concerne, des procédures de GHT, enfin, de nouveau GHT car
29 elles sont faites avec le GHT de V. et peut-être non totalement adaptées à notre établissement.

30 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins généralistes savent utiliser les différents logiciels à**
31 **l'hôpital pour le suivi des patients/résidents ?**

32 **Delphine** : ici, le dossier patient est toujours en papier, donc, ils sont à l'aise, avec le DPI on a quand
33 même une partie, on a la prescription médicamenteuse, on a quand même toute la partie PMSI, la
34 partie antécédent médicaux, la partie courriers médicaux, tout ça c'est informatisé. Et les médecins
35 font tout seuls, le secrétariat est juste là pour vérifier la mise en page ou mettre d'éventuels éléments
36 qui manquent mais ils s'approprient très bien l'outil informatique. **Et on leur a mis à leur disposition,**
37 **pour ces médecins l'outil de prescriptions depuis leurs cabinets.** Après, **on utilise aussi avec les**
38 **médecins libéraux la messagerie sécurisée.** On a la chance en Auvergne-Rhône-Alpes d'avoir un
39 dossier régional du patient, où autant le patient que les professionnels de soins peuvent avoir et
40 partager des informations entre les médecins libéraux, les professionnels intervenants, les
41 professionnels hospitaliers, les pharmacies de ville et tout dans ce dossier médical et en tout cas
42 pour le contact médecins hôpital, donc les médecins hospitaliers et les médecins libéraux et le
43 secrétariat, aujourd'hui, **tout se fait avec le dossier médical partagé qui s'appelle MONSISRA et c'est**
44 **en même temps une messagerie, en même temps un dossier médical régional** et du coup il est lié
45 aussi au DMP et c'est par là qu'on envoie les documents DMP du patient.

46 **ED3S : Que pensez-vous de la communication médico-soignante ?**

47 **Delphine** : elle est fluide, autant les médecins libéraux que les médecins hospitaliers. Chacun est
48 libre de parler, d'exprimer sa situation, tout le monde est reconnu et ça c'est une chance quand
49 même parce que chacun a la parole dans l'équipe et souvent les infirmiers font des remarques aux
50 médecins et les médecins aux infirmiers, c'est constructif.

51 **ED3S** : est-ce que les médecins généralistes participent aux relèves soignantes ?

52 **Delphine** : ça eu arrivé, est-ce que ça arrive régulièrement ? **Non**, mais en tout cas, ils sont toujours
53 les bienvenus.

54 **ED3S** : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »
55 avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la
56 prise en soins de l'utilisateur ?

57 **Delphine** : je pense qu'effectivement c'est possible, après les professionnels libéraux ont beaucoup
58 moins d'actions à faire au niveau de leurs cabinets et là ils sont très contraints en l'occurrence par
59 la réglementation et c'est peut être ça qui peut les freiner. Mais, non, je pense que c'est une chance
60 qu'il y ait des libéraux qui puissent intervenir, et qu'il n'y ait pas que ce côté hospitalier. Le mélange
61 des deux est intéressant.

62 **ED3S (relance)** : les médecins interviennent-ils le matin ou l'après-midi ?

63 **Delphine** : matin, après-midi, nuit (rire), et oui, c'est ça l'inconvénient du libéral, c'est-à-dire que bien
64 souvent ce ne sont pas des plages qui sont consacrées, c'est quand il a le temps, donc si vous
65 prenez le cas d'un médecin libéral, Mme A, elle intervient essentiellement entre 22h et minuit, donc
66 il n'y a pas forcément de visite du patient, il n'y a pas forcément toute l'équipe puisque l'équipe de
67 journée n'est pas la même que celle de nuit.

68 **ED3S (relance)** : c'est étonnant qu'il n'existe pas la même organisation médicale entre les
69 deux hôpitaux de proximité où à B, les médecins interviennent principalement tous les après-
70 midi. Pour quelles raisons, à votre avis, les organisations sont différentes ?

71 **Delphine** : nous on a les médecins hospitaliers qui assurent l'intégralité des créneaux matin et
72 après-midi, du coup, les médecins libéraux n'interviennent que pour leurs patients et du coup sur
73 des créneaux qu'ils ont besoin d'intervenir.

74 **ED3S** : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à
75 l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?

76 **Delphine** : Je n'en ai pas la moindre idée. Il me semble qu'effectivement, on avait quelque chose,
77 j'en suis pas sûr à 100% mais dans leur contrat d'intervention, peut-être, qu'on leur fait signer, peut-
78 être qu'à l'intérieur, c'est effectivement il y a une notion. Par définition, ils n'ont pas de poste, ils sont
79 libéraux.

80 **ED3S** : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative
81 efficace avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les cultures professionnelles
82 et les approches sont différentes) ?

83 **Delphine** : je pense que justement le fameux outil dont je parlais tout à l'heure, MONSISRA, va
84 possiblement faire en sorte du coup que chaque professionnel note ses informations ou éventuels
85 questionnements et que l'autre, de l'autre côté va apporter une pierre à l'édifice quand il a le temps
86 en fait puisque il n'est pas obligé d'être sur place donc je pense que cet outil partagé ville hôpital au
87 sens élargi peut permettre cette collaboration.

88 **ED3S** : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils
89 plus autonomes ?

90 **Delphine** : non, les soignants ne sont pas forcément plus autonomes puisque dès qu'il y a quelque
91 chose, que ce soit sur un médecin hospitalier ou un médecin de ville, l'infirmier informe directement
92 le médecin, et possiblement, si jamais c'est une urgence, c'est le médecin hospitalier qui sera là, qui
93 sera bien évidemment sur site avant même du coup son confrère.

94 **ED3S : Quel est l'impact aujourd'hui de la collaboration de la Médecine de ville sur la**
95 **pertinence, sécurité et qualité de la prise en soins de l'usager (relance : certification, FEI...) ?**

96 **Delphine** : Au niveau qualité, ça fait baisser entre guillemet le niveau qualité demandé au niveau de
97 la HAS, je m'explique, le médecin libéral qui prend en charge son patient, connaît son patient, se fait
98 un courrier à lui-même à la sortie et donc du coup, le courrier ne sera jamais prêt à J0 comme il est
99 demandé dans la réglementation donc du coup lors des IPAQSS, les fameuses évaluations
100 annuelles des dossiers qui nous permettent d'avoir des points pour la certif. ben le dossier est non
101 conforme en entier parce que je ne le retrouve pas à J0, la prise en charge de mon patient avec les
102 éléments du bilan initial d'entrée, c'est pareil, ce n'est pas rempli non plus parce que le médecin
103 connaît son patient donc il part du principe qu'il ne va pas renoter quelque chose qu'il connaît du
104 coup là c'est pareil, ça pêche aussi, c'est son patient et il considère que ne sert à rien de noter des
105 éléments qu'il connaît. Voilà, c'est purement qualité, c'est administratif, mais effectivement, ça fait
106 baisser les résultats, c'est tout.

107 **ED3S : ça fait baisser les résultats, mais qu'en est-il de la qualité de la prise en charge ?**

108 **Delphine** : alors on le voit dans les questionnaires de satisfaction, ils sont anonymes mais j'ai
109 certains patients qui viennent le faire aujourd'hui directement dans mon bureau donc moi je sais qui
110 a rempli les questions. Les patients trouvent que c'est une chance d'être suivi par leur médecin
111 libéral, justement parce que c'est leur médecin et qu'il le connaît bien et qu'il n'a pas besoin, et qu'il
112 a confiance en lui et il n'a pas besoin de tout redire à un médecin qu'il verra une fois dans sa vie.
113 Donc, ça c'est le retour que j'ai des patients qui sont suivis par leurs médecins traitants dans le
114 service de rééducation.

115 **ED3S (relance) : Pensez-vous que la réglementation suivi dossier patient doit évoluer par**
116 **rapport à cette collaboration hôpital/ville qui a tendance à se généraliser dans les hôpitaux**
117 **de proximité ?**

118 **Delphine** : aujourd'hui, on se rend compte que vu que le médecin et le médecin traitant et qu'il ne va
119 pas faire le compte rendu, du coup le patient ne l'aura pas, déjà, quelque part il doit être content de
120 voir son médecin traitant, il n'aura pas le compte rendu hospitalier comme tous les autres patients
121 qui seraient hospitalisés par un médecin hospitalier. Donc, pour son propre suivi médical ça peut
122 être un peu péjoratif aussi pour le patient même s'il ne se rend pas compte parce ce que aujourd'hui
123 il n'en a pas forcément besoin. Nous, effectivement, ça peut être plusieurs années après et on le voit
124 les centres hospitaliers nous le disent le patient dit qu'il a été hospitalisé il y a 4 ans j'ai besoin du
125 compte rendu. Il faut leur expliquer qu'on en n'a pas parce que c'est le médecin traitant qui l'a suivi
126 et que je n'ai pas de compte rendu. Or le compte rendu est obligatoire dans l'établissement, que ça
127 soit le médecin traitant ou pas. Donc, il va falloir jongler avec les deux et les patients sont de plus en
128 plus exigeant et aujourd'hui ils veulent ces informations-là. Donc, je ne suis pas sûr que la HAS arrive
129 à baisser d'un côté parce que les patients veulent plus de transparence et veulent toutes les infos
130 qu'a leur médecin. Donc, je ne sais si on va arriver à baisser au niveau de ces exigences.

131 **ED3S : Comment qualifieriez-vous la gouvernance médico-administrative**
132 **(directeur/médecin(s)) au sein de l'hôpital ?**

133 **Delphine** : déjà c'est particulier, notre médecin président de CME est un médecin généraliste et
134 aujourd'hui, de ce que je comprends, autant nos médecins hospitaliers que nos médecins libéraux,
135 ils ne savent pas du coup vraiment qui fait quoi et ils en sont à demander du coup les fiches qu'est-
136 ce que je suis sensé faire et qu'est-ce que je fais, voilà. En tout cas, après avoir parlé avec le docteur

137 V. il y a pas longtemps, ils n'arrivent pas encore à se poser cette question-là. Les médecins libéraux
138 qui intervenaient au sein des services et qui n'interviennent plus, eux ils sont super contents que des
139 médecins hospitaliers les soulagent un peu parce qu'ils ont énormément de patients en ville et ils
140 arrivent du coup à avoir un peu de souffle, en disant, voilà, mes patients très lourds je les mets à
141 l'hôpital, je sais que mes collègues vont s'en occuper et moi je vais me concentrer sur les autres et
142 je reprendrai le relais puisque je sais pertinemment que dans le compte rendu je saurai ce qu'ils ont
143 fait et que je vais rien perdre de la prise en charge. Les autres qui continuent à intervenir ne veulent
144 pas qu'on intervienne dans leur prise en charge. Ils veulent suivre leurs patients comme ils
145 l'entendent, comme ils pourraient le faire dans leurs cabinets mais ils ont besoin de personnels
146 soignants type infirmiers pour certaines prises en charge qui ne peuvent se faire à domicile. Et là,
147 c'est compliqué la relation avec le médecin hospitalier parce qu'il n'a pas à se mêler de mon patient
148 et on rencontre un peu çà. Après, la relation avec la direction, il y a des hauts et des bas mais
149 aujourd'hui, je pense que la direction est assez proche du corps médical, ce qui n'a toujours pas été
150 le cas. Il y a des discussions saines et ouvertes et qu'aujourd'hui, le directeur essaie de répondre
151 aux interrogations des médecins dans un délai raisonnable. Je pense qu'il y a quand même il y a
152 une bonne coordination de cette équipe de gouvernance.

1 Entretien numéro 3 (E3) : Natacha – Directrice déléguée Hôpital B
2 Réalisé le 27 juin 2023
3 Durée de l'entretien : 18 minutes 55 secondes

4
5 **ED3S : Bonjour, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de l'hôpital et de**
6 **me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Natacha** : sur le sanitaire, tu as un PH, Dr D. qui est à 60% et qui à côté à titre libéral a son activité
8 d'échographie à 40% et son cabinet au sein de l'hôpital, là aussi c'est un avantage hôpital de
9 proximité où il y a ville/hôpital, c'est bien judicieux de pouvoir lui proposer cette solution-là. Après,
10 on a Dr V. qui est à 60% et Dr B. qui a une activité mixte ville/hôpital, hôpital il est à 40% et le reste
11 du coup sur la ville et on avait eu le financement dans le cadre du dispositif 400 médecins. Alors je
12 n'ai plus le montant exact en tête, mais on a eu une aide financière conséquente pour 2 ans et là on
13 arrive au bout parce que cela fait déjà 2 ans. Et après oui, je ne t'ai pas dit les libéraux, déjà ce qui
14 est important de savoir le président de CME est un médecin libéral.

15 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
16 **hospitalier ?**

17 **Natacha** : il y a eu un échange qui pourrait tout à fait répondre à cette question, hier avec Dr V. donc
18 à la limite Dr D. qui est un PH, lui oui, il connaît plutôt bien parce que ça fait trente ans qu'il est dans
19 les hôpitaux donc il connaît bien son fonctionnement. Dr V. hier clairement il a découvert un peu la
20 loi que ça soit HPST ou autre il a dit ah ça y est j'ai un peu compris, oui, bon ça aurait été bien de la
21 lire plus tôt et on a quand même évoqué sur plusieurs réunions affaires médicales, je lui avais
22 détaillé toutes les instances, qui faisait quoi, à quoi ça servait et tout ce qui s'en suit. Dr B. clairement
23 n'a jamais été dans les hôpitaux auparavant et donc il se fie à la pratique soignante du service après
24 de là à voir tous les tenants et aboutissants du fonctionnement de l'organisation de l'hôpital, non,
25 pas forcément et par manque de temps et parfois il ne faut pas se leurrer un peu manque d'envie de
26 réellement creuser, non, on peut largement s'améliorer au niveau de cette connaissance là et c'est
27 d'ailleurs le constat qu'on a fait avec le Dr V.

28 **ED3S : Que pensez-vous de la communication médico-soignante ?**

29 **Natacha** : en ce qui concerne les médecins généralistes, l'avantage qu'il y a c'est que clairement ils
30 connaissent de fond en comble si je puis dire leur patient alors que quand on reçoit un patient de
31 l'extérieur, les médecins salariés ne le connaissent pas plus que ça donc avantages/inconvénients
32 dans le sens où quand on connaît, on connaît tout son parcours mais parfois, après ce n'est pas un
33 jugement je ne suis pas médecin, mais peut-être que dès fois on n'a pas ce regard nouveau que
34 peut avoir un médecin salarié de l'hôpital quand il reçoit X ou Y patient de l'extérieur où c'est
35 quelqu'un qu'on connaît pas donc on reprend le fil du dossier. Le lien médecin généraliste libéral
36 avec nos services, j'ai envie de dire, tout dépend du médecin lui-même par exemple Dr R. il a comme
37 habitude de passer tôt le matin, prendre le temps d'échanger avec les équipes, ses patients. Après,
38 la difficulté c'est que une fois qu'il y a des médecins salariés au sein de l'établissement, les agents
39 soignants infirmiers, ASH, ils prennent goût si je puis dire dans le sens où il y a toujours quelqu'un
40 sur place donc après ce qui peut être reproché aux libéraux c'est qu'ils ne sont pas toujours sur place
41 et un petit peu moins joignable, voilà, c'est un peu peut-être qui peut être le plus difficile dans la
42 communication bien que, si on prend quand-même un peu de recul, je trouve que les 2 médecins
43 libéraux qui interviennent le plus sont quand-même relativement facilement joignable. Ils ne viennent
44 pas dans la minute qui suit, c'est bien normal, sinon, ce serait des urgences et franchement, il n'y a
45 pas trop à se plaindre à ce niveau-là, je pense que ça peut être bien pire.

46 **ED3S : est-ce que les médecins généralistes participent aux relèves soignantes ?**

47 **Natacha** : sur médecine/SSR non, pas réellement, ou alors peut être que dès fois ils passent
48 pendant la relève donc éventuellement, ils grappillent ou donnent une info ou deux par ci par là. Mais

49 sinon, non, **les relève et staffs se font uniquement avec les salariés** et justement **c'est quelque**
50 **chose qu'on veut faire évoluer, qui ne convient pas aux salariés** et nous même non plus parce que
51 c'est vrai qu'au final les patients des médecins libéraux empathisent un peu dans le sens où le suivi
52 est un petit peu moins poussé que celui qui a lieu avec les salariés. Donc, c'est quelque chose qu'on
53 souhaite mettre en place. Après, **charge à nous de nous organiser au mieux pour que ça soit sur des**
54 **créneaux horaires qui conviennent aux libéraux** et qu'ils soit assez facilitant et voilà, rapide et
55 efficace.

56 **ED3S : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
57 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
58 **prise en soins de l'utilisateur ?**

59 **Natacha** : la chance qu'on a, nous sommes dans un petit établissement et un médecin reste un
60 médecin, quand il arrive, il s'en fout un peu que l'infirmière distribue les médicaments et il lui laisse
61 finir sa tâche qui est en cours mais après voilà, il lui dit en gros, **c'est maintenant et pas dans 3**
62 **heures où je ne serai plus là**. Il y a plusieurs infirmières dans le service donc ça peut aider aussi,
63 c'est sûr que oui, tout le monde est contraint un peu par les emplois du temps des uns et des autres,
64 le médecin reste quand même le médecin, il a quand même la priorité à ce niveau-là, donc oui, **je**
65 **pense que c'est possible** et ça rejoint les contraintes qu'on a évoqué précédemment, c'est moins
66 facile, moins aisé qu'un médecin qui reste sur site toute la journée mais **charge à nous aussi de nous**
67 **adapter** et de savoir ce qu'on veut. **Si on ne s'adapte pas un minimum, c'est sûr qu'on n'aura plus**
68 **de libéraux** et on n'a pas une relation constructive. Si on veut les garder, il faut savoir jongler entre
69 les deux.

70 **ED3S (relance) : à l'hôpital de B, une organisation avec un planning d'intervention des**
71 **médecins généralistes ont été défini et ce n'est pas le cas ici, pourquoi ?**

72 **Natacha** : en effet, à B, il y a un planning plus ou moins défini, je ne sais pas, Dr J. vient de telle
73 heure à telle heure, ici à N. c'est juste des petites habitudes où on sait que Dr R. c'est un peu plus
74 le matin, Dr A. c'est tard le soir mais il n'y a rien d'ancré dans le sens où, **ils interviennent à titre**
75 **ponctuel les libéraux** alors qu'à B. ce sont eux qui font tourner le service et donc il y a des cadres
76 plus définis et ça rejoint je pense une problématique que t'auras à travailler c'est que pour que ça
77 fonctionne bien **il faut qu'il y ait des cadres mais il ne faut pas qu'ils soient trop rigides sinon on perd**
78 **les libéraux** donc, quelle est la question, comment articuler cadre mais cadre semi-rigide mais il faut
79 qu'il soit un minimum organisé parce que sinon c'est un joyeux bazar.

80 **ED3S : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
81 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

82 **Natacha** : **Non, je ne pense pas**, clairement. Pour le rôle du président de CME oui mais si c'est juste
83 médecin libéral, non il n'y a pas forcément de fiche de poste pour le suivi médical du patient. **Il y a**
84 **rien qui a été établi** et ça peut passer par là où on peut fixer un peu plus de cadre dans le sens où
85 intervention de telle heure à telle heure, staff, une fois tous les, un rythme à trouver. Non, ça pour le
86 coup ce n'est pas défini parce que on est encore par rapport à la culture et à la taille de
87 l'établissement **on est un peu dans l'oralité et l'habitude** qui fait qu'on fonctionne comme ça mais ce
88 n'est pas protocolisé ou autre. Parce qu'aussi si on met trop de rigueur et de cadre sur les médecins,
89 ça peut faire fuir aussi.

90 **ED3S : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
91 **efficace avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les cultures professionnelles**
92 **et les approches sont différentes) ?**

93 **Natacha** : je pense que la première étape **c'est bien se connaître, bien se comprendre et échanger**
94 **entre eux**. S'il y'en a certains qui se retrouvent sur les temps de formation qu'ils ont en commun mais
95 pas beaucoup, c'est le cas du Dr B. parce qu'il a la double casquette mais par exemple il n'y a pas

96 le Dr D. et Dr V. Après ça dépend aussi de la philosophie des médecins salariés, par exemple, le **Dr**
97 **D, pendant longtemps il a voulu nous évincer les libéraux parce qu'il considérait que ce n'est pas**
98 **une pratique optimale au sein de l'établissement.** Quand on a un médecin qui tient ce discours-là,
99 c'est difficile de ne pas perdre l'intervention des libéraux. Donc, **la direction essaie de faire le lien et**
100 **préservé** après c'est le choix de direction aussi, mais clairement je pense que c'est un choix
101 judicieux sur un hôpital de proximité, donc oui, tout dépend de cette connaissance, de l'envie des
102 uns et des autres, déjà, s'il n'y a pas quand-même un minimum d'envie et de conciliation aussi, parce
103 qu'il faut un minimum s'adapter à la structure, enfin à l'hôpital en lui-même, donc ça c'est important
104 à prendre en compte et je pense que ça passe par ça déjà dans un premier temps et après à affiner
105 à développer au fur et à mesure mais **il faut qu'il y ait un socle commun partagé.**

106 **ED3S : Comment qualifieriez-vous la gouvernance médico-administrative**
107 **(directeur/médecin(s)) au sein de l'hôpital ?**

108 **Natacha** : ça peut tout à fait fonctionner à condition qu'on soit sur la même longueur d'onde aussi,
109 j'ai commencé par le côté un peu pessimiste par exemple pendant les CME, le **Dr D. part du principe**
110 **que l'hôpital devrait être gouverné uniquement par le médecin** et c'est le médecin qui devrait tout
111 programmer et ensuite c'est que le reste en découle. **Et qu'il voit aussi la relation directeur/médecin**
112 **comme forcément conflictuelle.** Ce n'est pas ma vision des choses, je pars du principe comme ça
113 peut très bien se passer et je suis la première ravie quand c'est le cas et c'est vraiment un rapport
114 ultra conséquent **d'avoir cette relation de confiance, apaisée et constructive avec un médecin et là**
115 **en l'occurrence c'est le cas avec le Dr A. président de CME et la richesse de son poste c'est qu'elle**
116 **est aussi médecin libéral,** donc elle a cette double casquette, je connais l'établissement, je connais
117 la ville, et je sais quels sont les besoins du territoire par rapport à notre établissement. Quand c'est
118 dans le cadre d'une relation comme ça, j'y suis totalement favorable, après chacun avec ses
119 prérequis, parce qu'on n'a pas le même métier ni les mêmes connaissances et le tout c'est de
120 travailler ensemble et que nos connaissances et nos compétences se rejoignent. Après, si c'est pour
121 se tirer dans les pâtes et que chacun tire la couverture de son côté ou on reste dans des rengaines
122 traditionnelles si je puis dire côté médecins, on veut plus de soignants, il faut développer telle ou
123 telle activité et ne pas entendre les contraintes de l'hôpital, que ça soit des contraintes financières,
124 structurelles ou ce qu'on veut, ou inversement, que côté direction on n'entend pas aussi les
125 contraintes ou les demandes des services, c'est un peu la même relation directeur et directeur
126 adjoint, **il faut se faire confiance, savoir où on veut aller et où ne pas aller et que ça soit constructif.**
127 Et quand on arrive à ce genre de relation, je pense que oui, c'est une très bonne chose pour l'hôpital.
128 Mais après c'est toujours personne dépendante.

1 Entretien numéro 4 (E4) : Katia – cadre de santé
2 Réalisé le 07 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 23 minutes 07 secondes
4 Service : EHPAD hôpital B

5 **ED3S : Pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de l'hôpital et de me préciser**
6 **le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Katia** : à l'EHPAD, ce sont des médecins traitants de ville du résident qui interviennent, donc soit le
8 résident avait son médecin traitant avant d'arriver ici donc le médecin continue le suivi, soit on
9 propose à la famille ou au résident de choisir un médecin sur une liste. Généralement, on a environ
10 huit, dix médecins qui interviennent sur l'EHPAD.

11 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins ont des créneaux spécifiques pour leur intervention**
12 **en EHPAD ?**

13 **Katia** : normalement, un médecin est sensé passer l'après-midi, c'est ce qui a été défini dans les
14 grandes lignes. C'est là où l'infirmière est le plus disponible pour être avec le médecin et expliquer
15 les problématiques ou même quand il y a un renouvellement d'ordonnance pour pouvoir par exemple
16 réfléchir à ce qui est encore judicieux à donner tel ou tel médicament. **Mais, ça ne se fait pas du tout.**
17 On a un médecin qui arrive à 07h30 tous les matins, je le croise tous les matins, voilà, après c'est
18 bien aussi dans le sens où au moins je le vois et puis c'est une habitude, on sait qu'il passe tous les
19 matins. Mais c'est vrai, **l'infirmière, si elle n'était pas là la veille, c'est un peu plus compliqué pour**
20 **elle** puisqu'en 12 heures, quand les médecins viennent l'après-midi, c'est moins problématique parce
21 qu'elles ont le temps le matin d'étudier les dossiers, récupérer les informations et c'est quand-même
22 beaucoup plus simple pour elle.

23 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
24 **hospitalier ?**

25 **Katia** : Pour les médecins qui interviennent en sanitaire, **oui**, ils comprennent le fonctionnement
26 puisque nous on a par exemple pour la PUI on a le même fonctionnement, le mêmes feuilles de
27 dispensation de traitement. Le protocole est le même, ils ne sont pas perdus.

28 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
29 **patients/résidents à l'hôpital ?**

30 **Katia** : **c'est personne dépendant**, médecin dépendant, **si ce sont des médecins qui participent aux**
31 **CME, ils sont forcément plus au courant que ceux qui ne viennent jamais**, même s'ils sont invités. Si
32 ce sont des médecins qui travaillent en sanitaire, ils connaissent les protocoles comme Mme A. ou
33 le Dr B et Dr R. qui vient en CME et connaît très bien. Les autres connaissent un peu moins. **C'est**
34 **aussi le rôle de l'infirmière de leur préciser**, à aujourd'hui, il faut faire comme ça. Par exemple, quand
35 on a changé les bons pour les radios, et pour les prises de sang, il fallait les informer, donc les
36 infirmières c'est leur travail de répéter donc il faut se servir de ces feuilles maintenant. **Mais ces**
37 **règles quand on est médecin libéral, tout ce côté qualité, procédures, c'est très obscur, c'est flou.**

38 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins généralistes savent utiliser les différents logiciels à**
39 **l'hôpital pour le suivi des patients/résidents ?**

40 **Katia** : ça va mieux (rire), il y a du travail qui a été fait mais je me rappelle d'avoir dû appeler **Mme**
41 **S. pour qu'elle réexplique aux médecins comment on se sert du logiciel DISPEN**. Quand ce n'est
42 pas le logiciel utilisé par le médecin généraliste, ça le fait prendre un autre logiciel et chaque logiciel
43 a ses particularités, c'est vrai que c'est compliqué.

44 **ED3S : Que pensez-vous de la communication médico-soignante ? Certains médecins**
45 **participent-ils aux relèves ?**

46 **Katia** : pour l'instant, **je n'ai jamais vu un médecin participer à une relève**. C'est personne dépendant,
47 comme Mme A. qui prend le temps d'aller voir les aides-soignantes pour demander des choses pour
48 l'autonomie. Mais bon, c'est une exception. Après, **Dr R. parle beaucoup avec les infirmières**. Quand
49 on a notre poste de 3^{ème} infirmière en plus, c'est intéressant quand il est là puisque le RDV avec le
50 résident est plus pointu parce que l'infirmière aurait eu le temps de développer les problématiques
51 avec le médecin. **Après il y a des médecins qui viennent et qui ne préviennent pas les infirmières**
52 **qu'ils sont là**. Donc, elles découvrent les ordonnances et les changements comme ça en revenant
53 dans le bureau infirmier. **Normalement, un médecin a l'obligation d'appeler l'infirmière quand il arrive**
54 **pour avoir un suivi mais s'il le fait pas**, voilà, et ça c'est le risque de devoir rappeler le médecin parce
55 qu'il y a eu peut être une erreur sur l'ordonnance ou d'autres choses qui devaient être dites et pas
56 dites et ça fait perdre du temps aux deux, aux infirmières et aux médecins, devoir revenir c'est
57 comme même dommage.

58 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins participent aux staffs ?**

59 **Katia** : nous on n'a pas de staff, on a que des relèves. Non, mais, **mon objectif est qu'ils participent**
60 **aux RDV de PAP avec les familles**. J'en ai parlé à 2/3 médecins qui seraient d'accord mais il faut
61 voir leurs emplois du temps pour que ça soit compatible. **Le médecin CO de l'EHPAD participe**
62 **forcément à toutes les réunions PAP** mais avoir le médecin traitant c'est un plus et les familles sont
63 en demande pour savoir la partie paramédicale, médicale, animation, sociale, ils aiment bien
64 connaître ce qui se passe, l'environnement de leurs parents.

65 **ED3S : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
66 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
67 **prise en soins de l'usager ?**

68 **Katia** : **je pense qu'il y a des médecins qui arrivent parfaitement à le faire, parce qu'ils gèrent leurs**
69 **créneaux horaires je pense**, en particulier le Dr R. qui arrive le matin de 7h30 à 8h30 où il s'occupe
70 de ses résidents à l'EHPAD et après par contre la journée il n'est pas joignable mais il a ses temps
71 qui sont consacrés, après **ce qui peut manquer je pense c'est peut être avec la relation avec les**
72 **familles**, c'est très compliqué, car les familles doivent se déplacer au cabinet, c'est difficilement
73 envisageable d'avoir un RDV dans l'établissement avec les familles, c'est compliqué. C'est pour ça
74 que nous on les oriente pour qu'ils prennent RDV auprès du cabinet pour pouvoir parler du résident.
75 Après ça fait un lien supplémentaire, c'est sûr.

76 **ED3S (relance) : quel est l'impact sur la qualité de la prise en soins et du suivi de l'usager**
77 **avec cette organisation ?**

78 **Katia** : **on peut attendre le médecin**, c'est-à-dire, si on a une problématique le vendredi, on peut
79 l'attendre jusqu'à lundi après-midi, ça arrive quand-même assez régulièrement. Après **c'est un**
80 **problème d'anticipation aussi concernant les infirmières dans le sens où il faut qu'elle soit très**
81 **pointues dans les renouvellements d'ordonnances**, quelque chose comme ça et après quand c'est
82 de l'urgence, il y a le SAMU etc. Mais les personnes âgées, on n'aime pas parce qu'on préfère
83 passer par le médecin traitant qui lui quand même est juge si oui on doit appeler le SAMU parce
84 qu'une personne sur un brancard etc. mais c'est vrai **qu'ils sont difficilement joignable une fois qu'ils**
85 **sont au cabinet** c'est compliqué. Nous on ne peut pas les joindre, on n'y arrive pas, on n'y arrive.
86 Donc les infirmières ont un créneau pour les appeler le matin et après c'est juste. Bon, après nous
87 **on a la chance d'avoir notre médecin CO qui est là deux jours et demi par semaine, qui peut pallier**
88 **quand même**, elle pallie énormément. Après elle travaille en collaboration avec tous les médecins.
89 Elle a bien compris le rôle du médecin CO.

90 **ED3S : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
91 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

92 **Katia** : **non, pas du tout.**

93 **ED3S : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
94 **interprofessionnelle efficiente avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les**
95 **cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?**

96 **Katia** : malheureusement, ça ne sera pas une pratique collaborative, parce que dans l'idéal, ce serait
97 qu'il y ait un médecin affecté à l'EHPAD mais malheureusement la médecine de ville ne peut pas
98 assumer seule et je pense qu'on a vraiment besoin de la médecine de ville pour avoir plusieurs avis
99 et pour avoir une mixité, un mélange entre médecins, je trouve ça très intéressant ne serait-ce que
100 pour les résidents et aussi pour les infirmières parce qu'on voit plein de pratiques en fait, ça fait
101 monter en compétences. Mais, après je pense qu'il faut que le rôle de chacun soit bien défini, que
102 les infirmières comprennent pourquoi il faut appeler le médecin renouvellement d'ordonnance, on
103 l'appelle une fois par semaine, c'est bon, après c'est la responsabilité du médecin de venir ou pas
104 venir. Mais dans ce renouvellement de traitement, il faut que ça soit protocolisé. Nous, c'est tous les
105 lundis matins, elles envoient un mail au médecin vous devez venir et après, le défaut des infirmières
106 en EHPAD, c'est la bobologie, donc c'est d'appeler le médecin pour tout et pour rien. C'est parce
107 que ça rassure, vu qu'on n'a pas de médecin sur place par rapport au sanitaire, c'est rassurant, mais
108 non, il faut changer cette mentalité là parce que les médecins de ville ont tellement de travail que si
109 on leur rajoute du travail qui est inutile, alors que nous on peut pallier en tant que soignantes, c'est
110 pour ça aussi que les IPA en EHPAD c'est l'avenir parce qu'elles vont avoir l'expertise pour permettre
111 de pallier le manque de médecins.

112 **ED3S : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils**
113 **plus autonomes ?**

114 **Katia** : je pense que les infirmières ont de plus en plus de responsabilité ça c'est clair, ça s'est
115 vraiment évolué. Je pense que ça dépend aussi du parcours de l'infirmière. Une infirmière qui a été
116 libérale, elle appelle beaucoup moins les médecins parce qu'elle sait se débrouiller toute seule et
117 elle sait prioriser les urgences et elle sait aller à l'essentiel. Une infirmière qui est depuis 20 ans dans
118 le même établissement, sans avoir vu autre chose, c'est difficile. Et puis après, c'est la facilité aussi
119 de se décharger, j'ai appelé le médecin, j'ai fait ce qu'il fallait faire, il n'est pas venu et on en fait pas
120 plus. Je trouve ça dommage.

121 **ED3S : Quel est l'impact aujourd'hui de la collaboration de la Médecine de ville sur la**
122 **pertinence, sécurité et qualité de la prise en soins de l'utilisateur (relance : certification, FEI...) ?**

123 **Katia** : moi je le ressens quand on est en commission d'admission, quand la famille d'un résident
124 qui vient d'autre territoire et qui doit trouver un médecin traitant, c'est compliqué. On a eu une bouffé
125 d'oxygène quand M. R. et M. B. sont arrivés, les nouveaux médecins. Mais, les médecins acceptent
126 d'être médecins traitants, ils ne viennent pas d'une manière régulière. C'est, il y a trop de travail pour
127 un médecin actuellement, je ne sais pas combien ils ont de patients, c'est trop important. Même si
128 toutes les personnes sont concentrées au même endroit, ils ont trop de travail et puis on a beaucoup
129 de procédures, il faut marquer là, puis là...

130 **ED3S (relance) : et si on augmentait le temps de secrétariat médical, cela faciliterait-il les**
131 **interventions des médecins généralistes ?**

132 **Katia** : et des infirmières, elles ont beaucoup d'administratif, ici par exemple, les infirmières envoient
133 les mails pour les renouvellements d'ordonnances, ce n'est pas qualitatif pour une infirmière, elle
134 n'est pas au chevet du résident. C'est sûr que de trouver un système pour enlever de l'administratif
135 pour que les médecins aillent voir les résidents et prennent le temps, peut être oui, peut être
136 secrétaire médical, IPA c'est sûr. Après, tous les médecins ne sont pas prêts pour les IPA, parce
137 que c'est trop récent. Les premières IPA sont sorties il y a deux ans. C'est trop neuf comme missions
138 d'infirmière. Si les médecins généralistes peuvent participer aux cellules qualité, ce serait intéressant
139 parce qu'il comprendrait nos problématiques. De tous les médecins de ville, si on leur demande
140 l'évaluation interne, HAS, ce qu'il y a dedans, ils ne sont pas capables de nous le dire.

1 Entretien numéro 5 (E5) : Emilie – infirmière
2 Réalisé le 13 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 19 minutes 28 secondes
4 Service : médecine/SSR hôpital B

5 **ED3S : Bonjour Madame, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de**
6 **l'hôpital et de me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 Emilie : alors, le nombre de médecins (rire), je dirai 5, un seul hospitalier, et les autres ont des
8 cabinets, ils font les deux. C'est le docteur D. qui est hospitalier et il a une activité d'échographie
9 libérale au sein de l'établissement. Il y a le docteur V. qui intervient 3 jours par semaine. Et puis les
10 médecins généralistes viennent quand ils veulent, quand ils peuvent (rire), surtout quand ils ont des
11 entrées, ils viennent. **Et puis ils sont joignables, on leur téléphone pas mal quand on a des soucis**
12 **ou quand on a des questions, ils viennent en cas de besoin.**

13 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
14 **hospitalier ?**

15 **Emilie : oui, je pense, ça fait plusieurs années qu'ils sont là. Quand il y a des changements, ils**
16 **mettent du temps pour s'y mettre** mais oui, **sinon on leur explique ce qui change, les différentes**
17 **procédures** dès fois il y a des changements par exemple le système de prescription des prises de
18 sang, mais ils se mettent vite à la page. Et puis il y a des médecins comme le Dr A. qui est là depuis
19 très longtemps donc elle connaît bien. Elle travaille beaucoup au cabinet et souvent ici.

20 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
21 **patients/résidents à l'hôpital ?**

22 **Emilie : je pense que dans l'ensemble ils maîtrisent assez bien** par exemple tout ce qui prescription
23 sur PHARMA mais souvent ils doivent se référer à la pharmacienne pour certains traitements qu'on
24 n'a pas ici donc, il faut qu'elle donne l'équivalence qu'on a ici pour qu'ils s'adaptent souvent mais
25 dès fois, de temps en temps ils oublient de marquer quand les patients ont leur médicament en
26 chambre, et que c'est à eux de gérer, eux il faut bien qu'ils nous spécifient ça, en fait, sur la
27 prescription pour qu'on le sache et que la pharmacie aussi le sache. Mais sinon, ils maîtrisent bien.
28 En plus, on a Mme S. qui les briefe bien, **elle leur explique tout ce qui change au niveau des dossiers**
29 **des patients.**

30 **ED3S : Que pensez-vous de la communication médico-soignante ? Certains médecins**
31 **participent-ils aux relèves ?**

32 **Emilie : je trouve que ça se passe bien**, en plus on a des staffs une fois par semaine avec chaque
33 médecin, du coup, on échange beaucoup, la communication est pas mal. Après, comme ils sont là
34 très régulièrement, la communication est facile, on leur parle beaucoup, et on cible dans les dossiers
35 s'il y a des choses importantes, après **ils ne vont pas forcément dans les dossiers, c'est plutôt à l'oral**
36 **que tout se passe.** La communication est assez bonne, et les médecins sont assez accessibles. Ils
37 passent du temps avec nous, ils nous expliquent beaucoup de choses, je trouve qu'ils sont bien avec
38 nous, ils sont respectueux. Après, de temps en temps, il faut leur dire plusieurs fois la même chose
39 mais comme partout, je pense. **Les médecins généralistes par contre ne participent pas aux relèves,**
40 **dès fois, il y en a un oui, qui arrive en début d'après-midi, ça tombe pendant nos heures de relève,**
41 **souvent il nous écoute, pas tous les jours.**

42 **ED3S (relance) : quand un médecin vous sollicite pendant que vous êtes en train d'effectuer**
43 **une tâche, est-ce que cela vous pose une difficulté ?**

44 **Emilie : oui, ça arrive, mais ça ne me pose pas forcément de difficultés.** Mais ça arrive souvent qu'ils
45 viennent nous chercher s'ils ont besoin, de nous parler d'un patient, ou une question sur un patient,
46 ça arrive souvent.

47 **ED3S : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
48 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
49 **prise en soins de l'utilisateur ?**

50 **Emilie :** je pense qu'avec la plupart c'est possible, justement avec le Dr A. qui a beaucoup de travail
51 à domicile elle vient souvent un peu tard le soir, donc ça, ça peut être un peu difficile. Parce que oui,
52 où on fait notre tour, ou elle voit l'équipe de nuit. Je ne sais pas s'il y a un moyen pour arranger ça
53 vu qu'elle vient quand elle peut, ça je ne sais pas si ce serait possible. Après les autres viennent un
54 peu plus souvent en journée donc on arrive toujours à trouver un moment, on arrive à concilier les
55 soins, oui, ça dépend en fait des médecins.

56 **ED3S : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
57 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

58 **Emilie :** je pense qu'il y a un écart entre le rôle du médecin hospitalier et celui du généraliste qui suit
59 son patient toute l'année, je pense qu'il prend un peu plus la globalité peut être, le devenir, il perçoit
60 peut être un peu mieux alors que le médecin hospitalier connaît moins le patient, je ne sais pas,
61 peut-être, le généraliste connaît la famille, même l'habitation, si c'est possible ou pas que le patient
62 rentre à domicile.

63 **ED3S : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
64 **interprofessionnelle efficace avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les**
65 **cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?**

66 **Emilie :** je pense à des patients suivis par leurs médecins traitants et hospitalisés en médecine/SSR,
67 il faudrait que le médecin de ville nomme un médecin hospitalier référent quand il n'est pas là, ou
68 que nous on ait une information les jours d'absence pour qu'on se réfère à tel ou tel médecin,
69 franchement, c'est vrai que c'est compliqué parfois. Il y a des progrès quand-même, à ce niveau-là,
70 parce que certains médecins de ville quand ils sont en vacances, ils confient leurs patients aux
71 médecins de leur choix comme un médecin hospitalier. Il y a plus de suivi, et ce n'est pas facile c'est
72 vrai. Dès fois, pour des situations d'urgence où on n'arrive pas à joindre le médecin libéral parce qu'il
73 est occupé ou absent, c'est de savoir à qui se référer.

74 **ED3S : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils**
75 **plus autonomes ?**

76 **Emilie :** le fonctionnement est plutôt bon, il n'y a pas de souci particulier à ce niveau là quand-même,
77 ils sont accessibles. Dès fois, quand on cible une information, ils ne vont pas la lire mais c'est la
78 communication. Quand on fait la relève entre nous, et dès qu'on voit le médecin, on l'informe des
79 soucis et ensuite, il voit avec nous, il nous explique ou souvent il va voir le patient ce qui ne va pas
80 avec nous pour reformaliser, pour nous dire ce qu'il faut faire, s'il faut changer des choses, ça, ça
81 marche bien. L'intervention des médecins généralistes est une opportunité pour l'hôpital justement
82 pour le domicile, ils savent beaucoup de choses sur leurs patients donc ça nous facilite la
83 compréhension de la maladie.. Ce n'est pas mal d'avoir des médecins généralistes, qui suivent leurs
84 patients, c'est plutôt une force. Après, nous de temps en temps quand on a un souci, il faut appeler
85 tout le temps, il faut téléphoner, il faut qu'il puisse nous répondre, qu'il puisse venir, dès fois ils ne
86 viennent pas tout de suite, juste ça le seul souci mais vu qu'on a des médecins sur place, au cas où
87 il y a toujours quelqu'un pour nous aider. Les médecins essaient de se coordonner entre eux, dès
88 fois on fait des entrées de patient attribué à un médecin mais s'il rentre un jour où il n'est pas là ce
89 médecin, c'est l'autre qui prend un peu le relais et nous ça nous aide. Comme certains médecins ne
90 sont pas présents tous les jours, et quand on a des entrées, le médecin qui est présent nous fait la
91 prescription médicale mais pas bien plus, du coup on attend le lendemain pour avoir des
92 éclaircissements. Entre eux, ils s'arrangent mais pour nous ça peut un peu pêcher quand même
93 parce qu'ils manquent des informations, et puis ils s'investissent moins dans le patient vu que ce
94 n'est pas le leur, donc on attend toujours le lendemain.

1 Entretien numéro 6 (E6) : Pascale – Cadre de santé
2 Réalisé le 06 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 16 minutes 56 secondes
4 Service : Médecine/SSR/Une unité d'EHPAD Hôpital B

5 **ED3S : Bonjour Madame, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de**
6 **l'hôpital et de me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Pascale** : alors ça a changé, mais bon aujourd'hui, il y a le Dr J, le Dr C, le Dr C, et le Dr A avec un
8 bémol puisqu'en ce moment il ne veut plus prendre de patients donc il ne prend plus personne, et
9 c'est tout. **Le Dr B. qui fait 10% de la coordination médicale au niveau du secteur, c'est lui qui réalise**
10 **les projets de soins.** Après, maintenant, on fait un mail hebdomadaire, **quand la secrétaire médicale**
11 **envoie les projets à faire, elle l'envoie à la maison de santé à tous les médecins en leur proposant**
12 **de participer au projet s'ils le souhaitent,** ce que je trouve beaucoup plus intéressant parce que ils
13 connaissent leurs patients malgré tout et que c'est intéressant d'avoir leur point de vue de médecins
14 qui les prennent en charge, le Dr B. fait le job quand-même mais ce n'est pas pareil. Et puis il fait du
15 mieux possible mais parfois il est obligé de s'infliger le dossier en entier pour arriver à tirer, et voir,
16 après il préconise en faisant faire une biologie, faire un truc ou deux.

17 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
18 **hospitalier ?**

19 **Pascale** : **oui, mais ils vont à reculons quoi, côté certification c'est compliqué,** les nouveaux
20 documents que Stéphanie a élaboré pour leur simplifier la tâche parce que dans l'absolu ce serait à
21 eux de le faire donc on n'a plus qu'à appeler le document, les données s'incrémentent dedans, ils
22 ont juste à relier et à corriger et à mettre une conclusion, passage en SSR parce qu'après 8 jours de
23 Médecine, Madame s'est améliorée et elle passe en rééducation et bien ça leur, il y'en a deux qui
24 l'ont bien accueilli mais il va falloir leur rappeler de le faire, mais Mme C. on ne l'a toujours pas vu
25 pour ça, on le verra demain, on espère. Je dis on parce que je me suis associé à Mme S. pour qu'elle
26 ne porte pas le truc toute seule dans la mesure on est contraint par la structure pour faire ce genre
27 de chose et **ils ont du mal à se plier à cette contrainte, ils ont choisi d'être libéraux, ils vous le disent**
28 **bien, ce n'est pas pour faire ça.** Et puis **elle m'a dit l'autre fois, moi vous voulez que je voie des**
29 **patients ou que je fasse des papiers,** donc voilà, le message est clair. Après, ce n'est pas qu'ils ont
30 une méconnaissance mais, ils ont tous été internes des hôpitaux donc ils connaissent forcément le
31 fonctionnement mais s'ils ont décidé de faire du libéral, ce n'est pas pour rien non plus, **ils ne sont**
32 **pas hospitaliers. Les hospitaliers quand on voit comment ils se démènent et ils se font dispos, ce**
33 **n'est pas le même état d'esprit,** pour moi en tout cas, ce que j'ai pu voir, ce n'est pas le même état
34 d'esprit.

35 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
36 **patients/résidents à l'hôpital ?**

37 **Pascale** : **il faut leur rappeler,** par exemple les contentions, je dirais qu'ils ont la connaissance mais
38 en fait il faudrait tout leur prémâcher. **Dr J. pour le nouveau document il me dit il faut que quelqu'un**
39 **me le prépare quoi, il me faut une assistante.** Oui, c'est super mais ce n'est pas possible quoi. En
40 l'absence de Souad je vais me retrouver, dès qu'il y a un switch médecine SSR, il va falloir que je
41 sois vigilante, et ça va encore me rajouter un truc, je ne sais pas comment je vais le gérer. **Mais en**
42 **même temps c'est des crédits à la sortie, donc c'est hyper important.** La notion financière, c'est
43 quelque chose que j'ai découvert dans les hôpitaux locaux, en CHU, quand on travaille en
44 réanimation ou en cardio, on vit dans une espèce de, on a tout et on veut tout, on ne lâche rien. On
45 va en cancéro ils n'ont pas le scan de la pharma alors qu'ils ont plus de médoc qu'en cardio, mais
46 c'est normal. Donc, la notion financière je l'ai découverte quand j'étais à S. du coup, quand j'avais
47 deux patients en moins en EHPAD, on m'avait dit moins 50 000 euros madame, j'ai dit ah oui
48 d'accord. **Donc cette notion financière je la trouve contraignante mais en même temps il ne faut pas**
49 **l'ignorer et on est tous concerné.**

50 **ED3S : Que pensez-vous de la communication médico-soignante ? Certains médecins**
51 **participent-ils aux relèves ?**

52 **Pascale :** elle est bonne, les infirmiers ont une très bonne relation avec les médecins, je trouve, ils
53 sont beaucoup dans l'échange, ils font un travail, moi je trouve que les infirmiers qui n'ont pas la
54 qualification en pratique avancée, ils n'ont pas fait la formation mais...

55 **ED3S (relance) : en effet, il s'agit d'un sujet que je souhaitais évoquer avec vous.**

56 **Pascale :** c'est ce qu'il faut, c'est-à-dire ils voient les biologiques, ils disent il faut qu'on réajuste, ils
57 alertent les médecins. C'est de la pratique avancée pour moi. C'est un début, mais je suis bien
58 branché pratiques avancées, quand j'étais à l'IFCS, j'avais une collègue qui bossait là-dessus, elle
59 bossait en hémato-onco, c'était les débuts, maintenant c'est des pratiques courantes dans les grands
60 centres mais il y a une formation de 2 ans. On en parlait ce matin, on disait est-ce qu'il faudrait qu'on
61 ait un infirmier en pratique avancée pour tout ce qui est prescription à reconduire mais apparemment
62 pour les pharmaciens il y a un décret qui va sortir, les pharmaciens vont seraient habilités à
63 reconduire les traitements pendant X, je pense que c'est un mois pour le moment, ce n'est pas
64 encore complètement déterminé mais déjà s'il y a les pharmaciens, ce n'est pas mal, après si on un
65 infirmier dédié à 20% sur des pratiques avancées ça peut être intéressant parce qu'on est un hôpital
66 local, après un CHU sur des secteurs beaucoup plus pointus.

67 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins participent aux relèves ?**

68 **Pascale :** oui, ça arrive. Quand les médecins arrivent, il faut faire leurs patients d'abord et pas les
69 autres. Donc, on fait. Mme C. fait, elle vient de temps en temps comme ça, en même temps, je ne
70 peux pas leur reprocher parce que c'est plus intéressant. Ça fait un peu la diva qui arrive et on lui
71 déroule le tapis rouge, c'est un peu ça les médecins, ce n'est pas du tout un jugement de valeur,
72 c'est juste, ce ne sont pas des cardios, ce sont des généralistes et ils viennent là, comme le disait
73 E. (« 30% de mon activité, 90% de mes emmerdes ») l'autre jour, avant il y avait un intérêt pour
74 les médecins, maintenant c'est une contrainte et c'est dommage que cette vue change, que ça ne
75 soit pas vu comme une opportunité, vu comme une contrainte c'est dommage, moi je trouve que ce
76 n'est très chouette de vivre ça comme une contrainte et de venir à reculons ou pas mais en tout cas,
77 l'autre fois Dr J. était tendu, Dr C. m'a envoyé bouler parce que je pense qu'elle a besoin de vacances
78 c'est sûr, voilà, c'est comme ça, après moi je les prends comme ils sont, je fais pour le mieux, j'essaie
79 de rester, maintenant je fais attention parce que parfois ils sont à fleur de peau.

80 **ED3S : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
81 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
82 **prise en soins de l'utilisateur ?**

83 **Pascale :** c'est-à-dire que l'utilisateur n'est pas vu tous les jours, ça peut être dommageable et quand
84 ils se retrouvent avec une liste comme ça comme une liste de course, c'est ça, il y a la bio à voir, il
85 y a ça, moi je trouve que c'est compliqué de concilier. Moi je rêverais d'avoir un médecin tous les
86 matins comme c'était le cas il y a quelques années avec le Dr H. qui a pris sa retraite, il était là tous
87 les matins, il s'il y avait une entrée dans l'après-midi, il revenait. Il absorbait plus de charges que les
88 autres, du coup les autres étaient allégés, du coup c'était plus simple. Moi, c'était au début quand je
89 suis arrivé mais ça n'a pas duré longtemps, après il est parti à la retraite, du coup c'était plus fluide,
90 il y avait un médecin tout le temps, tous les jours. Pour les problèmes aigus, Mme C. qui est partie
91 pour sa gastrostomie qui était complètement inflammatoire, c'était la cata, on aurait un avis médical
92 beaucoup plus rapide. Là le temps que ça prenne, ça était signalé, ça n'a pas été vu puisqu'il est
93 passé trop vite, c'est compliqué. Je suis désolé, je ne vais pas faire une FSEI à chaque fois.

94 **ED3S : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
95 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

96 **Pascale** : pas que je sache, est-ce que j'ai raté un épisode ? Je pense qu'il faudrait peut-être définir
97 un profil de poste. Dr J. qui est le président de la CME est très investi, il a une qualification en soins
98 palliatifs, je crois qu'il a un DU, comme le Dr B. Les réunions CLUD on les fait avec lui. Déjà, si on
99 arrive à tenir le CLUD, à parler des situations compliquées, c'est suffisant, pas la peine de se mettre
100 la barre trop haute.

101 **ED3S** : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative
102 interprofessionnelle efficiente avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les
103 cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?

104 **Pascale** : il faudrait qu'il y ait un permanent, un PH permanent pour moi, pour les alléger parce qu'ils
105 font tout ce qu'ils peuvent, l'autre jour il fallait transférer quelqu'un qui a fini par décéder. On transfère
106 les gens avant que ça dégénère davantage, c'est-à-dire que si on voit qu'on ne peut pas proposer
107 plus au niveau des soins, on transfère, ce n'est pas grave. Et si on avait un PH permanent, ce serait
108 plus fluide, parce que ça les surcharges malgré tout, il ne faut pas se voiler la face. Compte tenu de
109 leur activité libérale qui est intense, Dr C. et Dr J. sont correspondants SAMU, ça veut dire qu'une
110 fois elle est arrivée, elle est repartie aussi sec parce qu'elle a eu un appel. Donc, c'est une vie de
111 dingue, quand même. Après c'est la vie qu'ils choisissent.

112 **ED3S** : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils
113 plus autonomes ?

114 **Pascale** : ça se passe bien, moi de l'extérieur, de ma place de cadre, je trouve qu'il y a des moments
115 où il y a eu des tensions avec une remplaçante qui était un peu sèche après ça s'est radouci, après
116 ils ont tous des humeurs, c'est humain quoi. Parfois on est parasité par des trucs qu'on est moins
117 calme mais compte tenu de la contrainte que les infirmiers ont, je trouve que ça coopère bien. Mais
118 c'est peut-être que je me trompe.

119 **ED3S (relance)** : et les IDE sont-ils plus autonomes ?

120 **Pascale** : je ne pense pas qu'ils soient plus autonomes. Ils ont plus de responsabilité qui n'est pas
121 valorisée. Certains me disent que ce qu'ils font c'est des pratiques avancées, je dis que je suis
122 d'accord mais ça se paie, il faut faire la formation.

1 Entretien numéro 7 (E7) : Stéphanie – responsable qualité
2 Réalisé le 6 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 33 minutes 28 secondes
4 Service : Médecine/SSR Hôpital B

5 **ED3S : Bonjour Madame, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de**
6 **l'hôpital et de me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Stéphanie** : alors l'organisation médicale, donc on parle de l'hôpital, hôpital sanitaire, donc il y a sept
8 médecins qui interviennent à l'hôpital. Donc dans les sept médecins. Je sais plus ils sont compris
9 aussi, Il y a un médecin, En fait, ils sont deux qui ont plus particulièrement la coordination des soins
10 sanitaires. C'est un petit temps qui représente entre les deux médecins. C'est le Dr B. et le Dr C. Qui
11 tiennent un petit temps de coordination. Il me semble que c'est toujours le cas. Il me semble que ça
12 date, ça avait été déjà vu sous Mme S. Je pense que c'est toujours le cas. Et en qui également donc
13 elle participe aux instances par rapport à ça. **La coordination se fait pendant le staff**, mais pas
14 seulement. Le Dr B. tous les matins, **il est présent, vois avec le cadre de santé pour valider les**
15 **admissions. Je pense que c'est une grosse partie de sa fonction, de sa mission coordonnateur des**
16 **soins.** Voilà après, au niveau organisation, l'équipe médicale, c'est elle qui établit son séjour de
17 passage et puis leurs horaires quoi, qu'ils communiquent. Ils sont affichés dans le service, donc tout
18 ceci en fonction de leur cabinet.

19 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
20 **hospitalier ?**

21 **Stéphanie** : **alors je dirais que dans les, dans les obligations de prise en charge, oui**, en prenant un
22 exemple tout simple : la contention. Ils savent que c'est sous prescription, que c'est à renouveler
23 qu'il y a un cadre très spécifique, donc sur des obligations, ils sont au fait de tout ce qui est à faire.
24 Et voilà après dans ce qui nous est imposé au niveau que ce soit de **traçabilité dans les dossiers de**
25 **suivi**, vous savez que je suis plus à l'aise plus particulièrement sur la qualité, mais voilà, il y a un
26 certain nombre de choses où non pas qu'ils s'y intéressent pas, bon, ils ne connaissent pas vraiment
27 des départs. Je ne pense pas que ça soit ça fasse partie de la formation initiale, **un médecin mais je**
28 **pense qu'il le mette en second plan**, ce n'est pas le plus important. Je pense qu'entre le cabinet,
29 entre tout ce qui les obligations, tout à fait les respecter, après, je pense que c'est **la conciliation**
30 **entre les deux activités est parfois difficile** et je pense que, du coup, ils vont à l'essentiel. Mais je
31 j'ajouterai que j'ai peut-être moins tendance dans personnellement, dans mon temps, ma façon de
32 fonctionner, de travailler, d'en tenir compte pour eux aussi. Dès fois je vais moins les embêter avec
33 quelque chose en me disant on va essayer de prendre le temps de trouver un moyen que ça leur
34 prenne moins de temps. Donc voilà, c'est que, peut-être, avec des praticiens hospitaliers qui sont
35 tout le temps sur place, qui ont, qui ont vraiment leur leurs activités hospitalières, peut-être que les
36 choses ont quelques mois pour les mettre en place. C'est un avis personnel.

37 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
38 **patients/résidents à l'hôpital ?**

39 **Stéphanie** : c'est aussi lié au rythme d'activité, qu'ils ont, et je pense qu'ils vont **regarder les**
40 **procédures qui les intéressent, celles qui les concernent.** Mais après dans l'ensemble de
41 l'organisation, si on leur demande et que quelquefois, ils se posent avec nous sur des groupes de
42 travail et tout **ils vont faire l'effort de prendre en compte l'ensemble de l'organisation. Mais dans le**
43 **quotidien, ils vont jongler entre une dizaine de documents qui vraiment, qui concernent directement**
44 **leur pratique.**

45 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins maîtrisent l'utilisation de certains logiciels comme**
46 **le DPI par exemple ?**

47 **Stéphanie** : bon, maintenant on a démarré en 2016, donc ça fait quand même sept ans. Donc, c'est
48 vrai que maintenant, tout le monde, à peu près notamment les médecins qui connaissent l'outil.
49 Après, ils trouvent toujours qu'on pourrait mieux faire avec moins de clics (rire). Ils ont des réactions
50 quand il y a des nouveaux paramétrages, quand on calcule le paramétrage, il faut aller au plus
51 simple. Vraiment maintenant je fais ça, je me dis : même si c'est, ça serait tellement plus joli, mieux,
52 et s'il y avait tout ça, et mais souvent je me dis : non, allons au plus simple et que ça leur prenne pas
53 plus de temps. Après l'outil ou effectivement, il faut qu'il fonctionne, s'il ne fonctionne pas, il faut qu'ils
54 puissent me trouver rapidement. Je dirais que, même si je le fais aussi pour les autres profils métiers,
55 mais pour les médecins, même si je suis par exemple en réunion je laisserai tomber la réunion. Je
56 vais voir, si l'outil ne marche pas, il y a le patient derrière, c'est de la prescription. C'était encore le
57 médecin, il a son cabinet, il ne va pas rester deux heures, il ne va pas attendre que je finisse la
58 réunion pour. Donc, tout ça, il faut prendre en compte, et il faut plus se mettre à la place du médecin
59 plutôt que d'une aide-soignante. Je vais facilement lui dire : je passe dans une heure, et puis ça, on
60 va voir le problème. Un médecin, non, je ne vais pas lui dire, je passe dans une heure. Je dis plutôt
61 j'arrive. Parce que leur temps est compté. Voilà, je le sais, et il faut le respecter, je pense. Après, il
62 faut être conscient et c'est pour ça que ce bureau que j'ai aujourd'hui là, il me sert beaucoup dans
63 ce sens-là c'est qu'il faut être consciente des périodes où il y a des tensions. Je ne vais pas aller
64 demander quelque chose qui n'est pas d'une urgence. Voilà si, pour un patient, ce n'est pas urgent
65 dans sa prise en charge, si l'impact est administratif, ou bien dès fois, même quand on me demande
66 de faire quelque chose envers les médecins, n'importe, je veux dire non, pas tout de suite. Il faut, il
67 faut arriver, il faut avoir quelqu'un qui qui prenne la tension du service.

68 **ED3S** : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »
69 avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la
70 prise en soins de l'utilisateur ?

71 **Stéphanie** : moi, je pense que c'est, ça peut être conseillé, et, au contraire, on a tout intérêt à
72 conserver et à faire en sorte que ça s'organise bien. Je pense qu'il faudrait peut-être plus prendre
73 des particularités de l'hôpital de proximité parce qu'on nous impose autant de choses, un hôpital qui
74 va être beaucoup plus près des centres et quelquefois sur le terrain c'est très difficile à mettre en
75 place avec l'organisation qu'on peut avoir. Et en plus, je pense que dès fois ce n'est pas
76 complètement l'attendu que vous-même l'utilisateur peut avoir. Je pense qu'on pourrait aborder
77 quelques différences. Moi je vois, quand on parle de certification, c'est important d'adapter les
78 questionnements qu'on fait dans les services ou, les référentiels qui sont pour tous les
79 établissements. On a des particularités qui, dès fois même on a l'impression qu'aux visites externes,
80 les experts ne le connaissent ou ne les comprennent pas, moins maintenant, parce qu'ils sont quand
81 même des gens qui ont des hôpitaux à peu près similaires aux nôtres. Mais voilà, je trouve qu'il
82 pourrait y avoir des adaptations qui feraient que la conciliation soit plus facile. Par exemple, je vois
83 le dossier SMR qui se prépare, je me dis mais avec des fois les manques de profils bien précis
84 Comme l'ergothérapeute, l'APA, ça ne va pas être évident non plus à mettre en place. Je crois qu'il
85 y a au moins une séance de rééducation par jour par patient. Dans mon souvenir de ce que j'avais
86 lu. Après, ce n'est pas la seule chose, c'est sûr que c'est important aussi, mais je pense qu'on pourrait
87 laisser une chape aussi que par rapport au projet de soins du patient, peut-être qu'un jour sur deux
88 peut suffire pour certaines patients. Il y a des choses comme ça qui pourrait être adaptées.

89 **ED3S** : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à
90 l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?

91 **Stéphanie** : fiche de poste non. Il y a des protocoles de prise en charge médecine et protocoles de
92 prise en charge SSR, mais qui sont très généralistes et c'est vraiment l'ensemble de l'équipe, mais
93 il y a quand même le médecin qui est mentionné, sur certaines admissions, les observations
94 médicales, les évaluations de prise en charge, départ. On va avoir plus du coup par description de
95 prise en charge que par missions du médecin, comme les autres profils. Après, je pense que ça se
96 traîne beaucoup en CME et au travers des procès-verbaux de CME où là, quand il y a des
97 changements pratiques ou qui relèvent des médecins, c'est là que ça se discute avec les

98 médecins et partent sur une pratique commune. Ça ne fait pas longtemps qu'il y a la maison de
99 santé. Avant, il y avait que des cabinets disparates aussi. Donc il y avait moins ce consensus entre
100 médecins aussi.

101 **ED3S : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
102 **interprofessionnelle efficiente avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les**
103 **cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?**

104 **Stéphanie** : pour moi, et même si on est une petite structure, **il faut un médecin sur place**. Au moins,
105 on l'a eu pendant un temps avec le Dr H. c'était ses dernières années avant qu'ils partent à la retraite.
106 Et il était là tous les matins. Moi, je vois la différence, **une qualité de prise en charge, de la fluidité du**
107 **travail de chaque profil** ça n'a rien à voir. Il était là tous les matins, même s'il n'était pas responsable
108 de telles ou telles prises en charge, parce que c'était un des autres médecins, il était là le matin, **et**
109 **les autres médecins pouvaient s'appuyer sur sa présence** et sur lui s'il y avait quelque chose, il
110 pouvait parler si c'était urgent. Et je pense que **ça confortait et ça rassurait le personnel IDE** parce
111 qu'il faut quand même bien entendre que le personnel IDE, **ça leur fait une responsabilité importante**
112 **de ne pas avoir un médecin sur place même s'ils peuvent les joindre**. Ça m'est arrivé de dire ils sont
113 seuls physiquement. Sur **le développement de la télémédecine, ça va être, je pense aussi un gain**
114 **de temps pour les médecins**. Peut-être un lien aussi plus direct, parce que le médecin de notre côté
115 peut peut-être assister aussi avec le spécialiste qui est patient et spécialiste. Parce que, sinon, je
116 crois que c'est une infirmière qui peut être présente. Moi, je pense surtout aux patients et aux
117 résidents, parce qu'ils ont un certain âge et, par exemple, en période d'été comme ça, et des fortes
118 chaleurs, les trajets, c'est pénible. C'est des choses que nous, on essaye d'éviter pour nous-mêmes.
119 Alors c'est vrai que voilà, et je pense que ça, en dehors de toute considération de coût, il y a aussi
120 le confort du résident à qui on évite de balader partout et avoir un avis aussi, peut-être plus rapide.
121 Après ça, je ne sais pas, pour avoir peut-être des délais tout aussi longs en consultation. On ne sait
122 pas, mais à voir.

123 **ED3S : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils**
124 **plus autonomes ?**

125 **Stéphanie** : oui, mais je pense que tout intervenant dans la prise en charge a son échange,
126 l'importance son échange avec le médecin où entre en jeu, je pense, qu'il n'y a pas, une ASH peut
127 voir quelque chose qui va être très utile aux médecins de savoir. Voilà après quand, effectivement,
128 sur des projets de soins, en rapport avec les objectifs de la prise en charge, **je pense que le**
129 **l'échange infirmiers, médecins est essentiel**. Et cadres aussi, et je dirais cadre dans le cadre des
130 admissions et des sorties. C'est vrai que le médecin, il arrive, il ne sait pas trop quelle prise en charge
131 il va devoir faire. Du coup, je pense qu'on doit s'améliorer là-dessus. C'est alors, certes, il y a le
132 médecin coordonnateur, qui fait partie du choix, de la prise en charge du patient qu'on peut recevoir.
133 Mais je pense que il faudrait qu'il y ait un échange où c'est le médecin qui va prendre en charge la
134 personne. En ce qui concerne les relèves, je les vois de temps en temps. Ils essayent de venir tôt
135 l'après-midi, souvent, un qui, est à l'ordinateur. Il n'est peut-être pas complètement. Dans la relève,
136 mais il entend ce qu'il se dit parce qu'il vient pour ses prises en charge. Mais j'ai vu certains d'entre
137 eux venir quand ils savent, quand je pense qu'il y a une prise en charge un peu particulière ou
138 difficile, ils viennent. **Au moment de la relève, avoir l'avis un peu tout le monde et peut-être avoir une**
139 **aide à la décision**. Après, j'ai vu qu'ils commençaient maintenant, parce que les staffs hebdo, eux,
140 sont assurés par le médecin coordonnateur, et je crois que maintenant, les médecins viennent pour
141 leur dossiers, pour certains de leurs dossiers. Ils sont conscients que c'est important dans la prise
142 en charge, **mais c'est vrai que les staffs, on n'est jamais arrivé et ça c'est un problème**. On ne peut
143 pas solliciter autant les médecins tous les jours et l'équipe aussi, parce qu'il faudrait pour sept
144 médecins ou six, faudrait un staff tous les jours quoi et l'équipe ne peut pas tenir ce rythme-là. Et
145 même les médecins ça les fait venir, donc, euh, c'est vrai que là, par contre, pour le coup, les
146 médecins ne sont pas sur place, c'est compliqué d'organiser des staffs. Donc, c'est **le médecin**
147 **coordonnateur** qui, à chaque fois, c'est un plus, et c'est bien, mais c'est quand même pas le médecin
148 **qui suit et qui assure la prise en charge et le séjour du patient**. Donc après, **il peut y avoir aussi un**

149 peu de divergences entre les médecins et Médecin coordonnateur. Et c'est là que, du coup, c'est un
150 petit peu compliqué aussi de formaliser ce projet.

151 **ED3S (relance) : dans le contexte actuel, pensez-vous qu'un IDE en pratique avancée pourrait**
152 **faciliter la collaboration avec la médecine de ville ?**

153 **Stéphanie** : complètement, je trouve qu'on ne le présente pas assez aux infirmiers. Mme S. avait
154 sorti il y a eu après, il y a eu toute la période de crise sanitaire, mais c'était 2019 il me semble qu'elle
155 avait sorti après l'apparition du décret, donc des possibilités pour, pour les infirmiers, de faire savoir
156 qu'il voulait faire ces deux ans supplémentaires de formations d'écoles, et je pense qu'avec la crise,
157 on n'est pas revenu dessus, on ne leur a pas proposé et on n'a pas échangé beaucoup avec eux sur
158 cette possibilité là et ce que ça amène dans une carrière. Mais je pense que c'est une des solutions,
159 est une des pistes qu'il faut mener sur nos petits hôpitaux. Ça serait quand même entre l'équipe et
160 le cadre, il y aurait encore un intermédiaire quelqu'un qui aura droit à la prescription. On a un gros
161 problème alors, surtout côté maison de retraite. Mais c'est nos renouvellements de prescription. Et
162 donc là ce matin, on en a discuté par rapport à des événements indésirables qu'on a en ce moment
163 mais qu'on a eu depuis longtemps, même quand on était encore au papier et qu'on n'arrive pas à
164 traiter. Mais que cet arrêté en cours aussi sur les pharmaciens qui vont avoir le droit de prolonger.
165 On attend ça, parce que notre pharmacien nous dit que s'il pouvait prolonger, il prolongerait. Là, il y
166 a des traitements chroniques qu'il n'ose pas arrêter, mais en même temps il a besoin d'une
167 prescription, c'est compliqué. Donc, il faut que les médecins, ils ont un accès à distance, mais bon,
168 c'est du permanent. Il y a des alertes, mais seulement les alertes, personne ne fait trop attention et
169 puis on se retrouve avec des prescriptions qui s'arrêtent, et c'est vrai que ça soit les infirmiers de
170 pratique avancée où, effectivement ce décret qui est encore pour l'instant, je vais vérifier, mais il
171 n'est pas validé. Mais en pratique, et puis, est-ce qu'il va concerner les hospitaliers, je ne sais pas
172 mais ça concerne l'officine de ville, c'est sûr, mais comme quoi les pharmaciens pourront prolonger
173 certaines traitement, ou de ne peut pas les arrêter.

174 **ED3S : Quel est l'impact aujourd'hui de la collaboration de la Médecine de ville sur la**
175 **pertinence, sécurité et qualité de la prise en soins de l'utilisateur (relance : certification, FEI...) ?**

176 **Stéphanie** : oui, forcément. Les patients et les médecins se connaissent. Je veux dire, ce sont leurs
177 patients à la ville donc il y a une continuité. Et je veux dire, au vu de l'activité qu'on fait, c'est quand
178 même des personnes fragilisées, vulnérables. Donc les problèmes évoqués à la maison, ils se
179 poursuivent à l'hôpital. Je pense qu'il y a une connaissance du patient qui est plus importante. Et,
180 forcément, ça impacte la prise en charge, la qualité, la sécurité, puisque le médecin, connaissant
181 très bien son patient, va peut-être se rendre compte plus rapidement, plus facilement de certaines
182 choses. Il connaît la famille. Après, il y a le côté par rapport à un praticien hospitalier qui est sur
183 place. Le patient ne voit pas son médecin tous les jours. Il y a aussi des difficultés qu'on rencontre
184 par rapport à ça. L'infirmier ne va pas, pour prendre toute les décisions, répondre à toutes les
185 questions. Forcément il y a un délai. Et au niveau du suivi il va y avoir des cassures et aussi ça
186 amène à la problématique que le patient voit plusieurs médecins. Les médecins de ville se
187 remplacent, ils sont en congé. Le week-end ce n'est pas eux et s'il y a vraiment quelque chose, c'est
188 un autre qui va le voir. Là aussi c'est plus compliqué pour certaines prises en charge. J'ai traité des
189 FEI pour des questions d'organisation professionnelle. Après, je vais avoir certains commentaires,
190 dès fois dans les, dans les questionnaires de sortie pour les patients : j'ai jamais eu le même
191 médecin. Et puis, quand on présente un livret d'accueil à des gens qui reviennent, dès fois ils nous
192 le disent. Mais voilà, on leur explique notre fonctionnement est que le médecin ils ne vont pas le voir
193 tous les jours.

1 Entretien numéro 8 (E8) : Rudy – Directeur
2 Réalisé le 19 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 8 minutes 04 secondes
4 Hôpital B

5 **ED3S : Que pensez-vous de l'organisation médicale mise en place à l'hôpital de B. ? Répond-**
6 **elle aux besoins de santé de la population locale ?**

7 **Rudy** : oui globalement, c'était d'ailleurs un de mes facteurs de choix pour venir, pour prendre la
8 direction de cet établissement, et celui de N. d'être assez conforté sur le fonctionnement médical. Il
9 est vrai que sur B, **on peut s'adosser à une maison de santé**, oui, qui est un beau vaisseau. Et la
10 ville doit comporter 3000 habitants, à tout casser et il y a une maison de santé, qui a presque une
11 vingtaine d'intervenants si on compte les métiers intervenants. Et ce sont des jeunes médecins qui
12 ont monté un projet médical, ils étaient quatre. Maintenant ils sont cinq qui ont monté cette maison
13 de santé pour les professionnels et puis ils ont la fibre de travailler en milieu hospitalier. Alors donc,
14 **la plus-value, c'est que, bien sûr, pour l'essentiel, le suivi de leurs patients. Ils nous assurent une**
15 **disponibilité continue des soins, qui est assez efficace et qui ne nous coûte pas que s'ils étaient**
16 **payés au tarif hospitalier ce serait bien plus cher.** Et puis, quoi d'autre, bémol et quoi, **un faible temps**
17 **de présence, ce qui veut dire qu'on a un PH temps partiel mais qui ne suffit pas, on a besoin d'un**
18 **autre PH à temps partiel pour assurer les fonctions de coordination.** C'est ça le principal bémol.
19 Après, il y a un autre modèle sur l'hôpital de N, le canard est plus boiteux parce que historiquement
20 c'est un hôpital de proximité qui fonctionne avec des médecins de ville, c'est le modèle qu'à B. sauf
21 qu'il n'y a pas de MSP très forte, premièrement, donc il n'y a pas de vraie coordination entre
22 médecins de ville et, deuxième chose, il y a le fait que l'hôpital a maintenant trois médecins salariés.
23 **Non, ce n'est pas évident de faire fonctionner, de faire accepter par les médecins salariés de**
24 **travailler avec les médecins de ville**, donc là c'est un peu comment faire fonctionner un hôpital de
25 proximité qui veut garder son lien avec la ville avec un nouveau fonctionnement médical qui est plus
26 un fonctionnement de CH quoi.

27 **ED3S : Comment à votre avis, pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique**
28 **collaborative interprofessionnelle efficiente avec la Médecine de ville (en partant du postulat**
29 **que les cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?**

30 **Rudy** : ça, c'est toute la question de mon métier. Je ne pourrais pas mieux la formuler, déjà, je pense
31 qu'il y a **des rapports de confiance qui doit se faire avec des médecins, surtout avec les médecins**
32 **libéraux qui y viennent** et ils me disent : ouais, c'est 20% de nos patients et c'est 80% de nos
33 emmerdes. Donc pour ceux qui viennent bon, par intérêt, aussi pour des raisons financières, mais
34 c'est secondaire, **avoir des réunions de travail régulières**, qui soit suffisamment légères et vraiment
35 axées sur le patient/résultat donc euh, et puis essayer, mais je n'y arrive pas toujours à faire en sorte
36 qu'un relais soit fait par l'encadrement santé. Parfois c'est un peu difficile, difficile. Et donc je suis
37 l'intermédiaire souvent entre cadres de santé, médecins. Et puis, je dirais aussi que les médecins,
38 c'est le rôle du directeur de les recevoir un par un et puis d'avoir une relation singulière avec chacun
39 d'eux. Donc il faut faire fonctionner le collectif et les individualités.

40 **ED3S : Comment qualifieriez-vous la gouvernance médico-administrative**
41 **(directeur/médecin(s)) au sein de l'hôpital ?**

42 **Rudy** : je ne sais pas si on peut évoquer juste un binôme. **Nous sommes plutôt dans une approche**
43 **systémique en disant qu'on est dans un système de pouvoir que représente un hôpital de proximité,**
44 **il y a plusieurs, il y a plusieurs sous-systèmes, un système qui est le fonctionnement médical,**
45 **quelque chose qui est autour du pouvoir de la direction administrative et quelque chose qui**
46 **est autour du fonctionnement soignant.** Le lien direction médecins fonctionne bien à B. Le lien
47 soignants, cadres, médecins fonctionne à peu près. Les cadres ne sont pas encore assez orientés
48 patients ils sont encore trop dans la gestion des moyens matériels notamment le planning. **Le lien**
49 **après cadres de santé, direction, c'est un peu comme si c'était encore deux mondes séparés. Il faut**

50 essayer de dire qu'on est dans le même bateau, c'est un sujet utile pour le projet d'établissement,
51 les cadres sont souvent dans des situations d'impuissance, la vraie question, c'est comment est-ce
52 qu'ils peuvent se retrouver acteurs, pas que passif, et après sur N, c'est un peu la cocotte-minute,
53 un petit hôpital avec des médecins salariés qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, qui ne se
54 connaissent pas. Il faut essayer de les mettre autour de la table. Et ne serait-ce que de voir qu'ils
55 aient des temps de travailler ensemble ce qu'il n'y avait pas précédemment. Et puis essayer de
56 déminer un peu de postures de médecins civiles dans un hôpital de proximité. C'est aussi parce que
57 c'est pour s'installer en Provence et pour avoir aussi une qualité de vie certaine. Donc il faut trouver
58 le bon équilibre entre quelque chose qui a un rapport avec ne pas faire n'importe quoi, ce n'est pas
59 les vacances quoi. Le contrôle, et puis un peu de fixer un cadre suffisamment clair, souple, mais en
60 même temps fort, pour dire que le cadre c'est surtout la prise en charge des patients.

61 **ED3S : Je vous remercie pour ce temps d'échange.**

62 **Rudy : Merci.**

1 Entretien numéro 9 (E9) : Jonathan – IDE
2 Réalisé le 06 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 28 minutes 35 secondes
4 Service : Médecine/SSR - Hôpital B

5 **ED3S : Bonjour, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de l'hôpital et de**
6 **me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Jonathan** : actuellement il y a trois médecins de la maison de santé, donc le docteur J, le docteur
8 C. et le docteur C. qui sont de la maison de santé de B, et on a le docteur A, qui est médecin
9 généraliste sur M. Puis après, il faut quand même préciser le docteur B, coordinateur EHPAD, qui
10 intervient sur le sanitaire pour les projets de soins une fois par semaine. Même s'il n'intervient pas
11 directement au niveau des patients, il intervient au niveau de La coordination du projet de soins dans
12 sa globalité sur une réunion de coordination interdisciplinaire.

13 **ED3S (relance) : pourriez-vous me donner plus de précisions sur les interventions des**
14 **médecins généralistes à l'hôpital comme par exemple les horaires, les jours d'intervention**
15 **etc. ?**

16 **Jonathan** : alors maintenant, avant, c'était beaucoup plus chaotique, là, depuis, on va dire un an, je
17 n'ai pas la date exacte, mais voilà, à peu près, depuis l'arrivée du docteur C, donc ça va faire un an,
18 on a une présence médicale tous les jours de la semaine, l'après-midi en règle générale, mais ça
19 peut arriver qu'ils passent le matin. Que dire, la maison de santé il y aura forcément un médecin de
20 la maison de santé chaque jour et le docteur A. lui c'est le lundi, mercredi, vendredi. Parfois plusieurs
21 médecins en même temps, parfois un seul, ça va dépendre des jours. Il y a un planning défini, qui
22 est relativement respecté dans l'ensemble. Après les horaires sont toujours un petit peu plus
23 compliqués, comme ils ont aussi leurs patients en cabinet, ça, ça va dépendre de la charge de travail
24 du cabinet, est-ce ce qu'ils arrivent à se libérer aux bonnes heures qu'ils viennent, un petit peu après,
25 un petit peu avant, enfin, voilà ça, ça va plus ou moins moduler en fonction de leur charge de travail,
26 là-bas. Mais voilà, depuis l'arrivée du docteur C, c'est vrai que ça, c'est quand même un petit peu
27 stabilisé.

28 **ED3S (relance) : que pensez-vous de cette organisation médicale mise en place ?**

29 **Jonathan** : en fait, c'est toujours la même chose. C'est quand ta prise en soin roule, effectivement,
30 ça suffit largement. C'est que dès qu'on est sur des situations un petit peu critique, des choses qui
31 sortent de l'ordinaire, des décompensations non anticipées ou non anticipable, c'est vrai qu'on peut
32 être parfois un peu en désarroi. Il y a quand même un système de médecin de garde qui permet
33 d'avoir une petite roue de secours pour agir un petit peu plus vite. Le Dr B. n'est pas là tous les jours
34 de la semaine, mais quand il est présent dans les murs, on peut aussi s'appuyer sur lui s'il y a une
35 urgence qu'on estime vraiment importante. La maison de santé est juste à côté, donc ça permet
36 aussi une réactivité. S'ils avaient une demi-heure pour venir, ce serait encore plus compliqué. Ça
37 n'empêche pas les petits couacs de temps en temps. Mais bon ça après de toute façon, déjà avec
38 des médecins dans les murs ça arrive donc là, c'est les aléas de l'hôpital.

39 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
40 **hospitalier ?**

41 **Jonathan** : dans l'ensemble, oui, la difficulté va se présenter sur certaines choses spécifiques, sur
42 du matériel, Gastrostomie, des cystocaths. Voilà des choses qui sont un petit peu plus rares dans
43 nos prises en charge et où, effectivement, là-dessus, on pêche un peu sur le suivi du matériel, les
44 périodes où il faut changer une gastrostomie, un cystocath, ça se change régulièrement, et puis ça,
45 là-dessus, on n'est pas au clair. Et puis, le quotidien, fait qu'on ne s'y penche pas vraiment. Et Voilà
46 ça va être un petit peu la limite, je pense à ce niveau-là. Mais sinon dans l'ensemble enfin en plus
47 ce sont des médecins qui sont relativement jeunes. Donc ils ont aussi faim. Voilà, je pense que les

48 années de l'internat et autres ne sont pas si éloignés que ça. Celle-là, j'y pense vraiment du tac au
49 tac, parce qu'on est le problème cette semaine.

50 **ED3S (relance) : j'ai participé à deux CME où nous avons sollicité les médecins pour le choix**
51 **de matériel médical. J'ai constaté qu'ils exprimaient des difficultés pour faire un choix. Une**
52 **IDEC qui était présente a apporté son expertise qui a orienté leurs choix. Pourquoi à votre**
53 **avis ?**

54 **Jonathan** : en fait c'est, c'est aussi compliqué pour eux, parce que d'un côté, Il faut remplir le service
55 pour qu'il tourne. Et puis, d'un autre côté c'est dur de refuser des patients à cause d'une
56 gastrostomie, d'un cystocath ou autre, alors que la prise en charge est assez simple en soi, c'est pas
57 compliqué, **mais il y a quand même des connaissances sous-jacentes, il y a plein de choses à savoir**
58 **autour**. Ce qui fait que c'est dur de dire non, ils seraient obligés de refuser énormément de patients
59 dans le service pour des choses ou, en fait, on serait tout à fait en capacité de le faire. Donc, c'est
60 toujours le même problème, et puis, entre les dossiers papier qu'on nous donne et puis le patient qui
61 arrive derrière, il y a aussi parfois un bel écart. Après, **on a la chance d'avoir Dr J. qui est formé. Je**
62 **crois qu'il y a un DU douleur**. Puis ils ont su s'entourer de bons remplaçants, en fait ils ont eu des
63 internes qui sont passés par ici et ils les ont gardé pour faire des remplacements, et c'est vrai qu'ils
64 ont eu là une série de jeunes qui tenaient vraiment la route et du coup, c'était agréable.

65 **ED3S : Quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
66 **patients/résidents à l'hôpital ?**

67 **Jonathan** : **ça dépend, quelle procédure, a dépend quel médecin**, ça dépend, enfin, voilà, c'est
68 assez disparate en fonction des sujets et des personnes, J'ai envie de dire aussi quelque part c'est
69 une question de légitimité de la procédure enfin je vois sur la période COVID par exemple, selon les
70 croyances, parce qu'on va plutôt parler de croyances personnelles. Certaines choses étaient plus
71 ou moins respectées, plus ou moins demandées, plus ou moins enfin, voilà les tests COVID
72 systématiques avant l'entrée du patient, quand c'était des patients qui arrivaient du domicile, c'était
73 à nous d'être attentif, vigilant que toute personne qui est rentrée dans l'hôpital avait bien eu son test
74 COVID, soit avant, soit il fallait qu'on le fasse, mais enfin voilà, il y a des petites choses comme ça
75 qui vont être... mais je pense que ça, c'est vraiment plus du, comme je disais, plus de la croyance
76 personnelle, ou plus ou moins, axé sur des chiffres après, parce que ça peut être sur d'autres choses
77 aussi. Mais c'est vrai qu'il y a des fois des procédures qui nous obligent à faire des choses
78 systématiques et bêtes et méchantes, parce que c'est comme ça. Et quand on est sur le terrain et
79 qu'on a du boulot jusque-là, c'est vrai que, des fois, on se pose la question de quel est l'intérêt de
80 perdre du temps à faire ces choses-là plutôt que quelque chose qui serait plus intéressant pour le
81 patient, pour nous, pour l'ensemble. Non, je pense que ça, ça doit jouer pas mal. **Je pense**
82 **notamment au niveau informatique, que quand un patient rentre dans le service**, le médecin doit
83 rentrer : motif d'hospitalisation, durée de séjour, toutes ces choses-là. **Et quand le patient rentre en**
84 **médecine, puis, passe en SSR, il faudrait que le médecin recommence absolument tout**, donc
85 refasse un motif d'entrée, durée de séjour. **Et ça ce n'est clairement pas fait**. Et je le comprends très
86 largement, parce qu'ils ont déjà du mal à allier à la fois le cabinet et l'hôpital, ou **si c'est pour remettre**
87 **les mêmes informations en boucle sur des dossiers parce que c'est comme ça, voilà, c'est en ce**
88 **sens-là que je dis que certaines procédures ne sont pas forcément respectées**, mais je trouve ça
89 largement entendable aussi. Je pense que ce sera difficile, sauf avec du personnel supplémentaire.
90 Mais là où on en est, l'équilibre dans lequel on est arrivé actuellement, ce sera difficile de décharger
91 l'un pour charger l'autre, ça ce n'est pas gérable, c'est l'impression que ça me donne, en tout cas de
92 ma position.

93 **ED3S (relance) : est-ce que les médecins maîtrisent l'utilisation de certains logiciels comme**
94 **le DPI par exemple ?**

95 **Jonathan** : en règle générale, oui, oui, encore une fois, sauf vraiment une petite particularité bien
96 précise, mais sinon c'est largement maîtrisé.

97 **ED3S : Pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
98 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
99 **prise en soins de l'utilisateur ?**

100 **Jonathan :** sur un hôpital local, j'ai envie de dire oui. Moi je sors d'un centre hospitalier et j'avais
101 connu que ça. Donc, c'est vrai que j'ai eu du mal à me faire au fonctionnement ici alors pas que
102 médical, même principalement en pharmacie et autres. Mais si, avec le recul, au contraire, c'est bien,
103 **parce que ça permet un suivi du patient personnalisé. Le patient est suivi au domicile.** Quand il arrive
104 ici, il n'est pas totalement perdu parce que, justement, son médecin le connaît déjà, lui connaît le
105 médecin. On a plus d'informations sur la qualité de vie au domicile, sur toutes ces choses-là. Au
106 contraire, **je trouve que pour favoriser le maintien à domicile dans des bonnes conditions ou,**
107 **justement, arrêter un maintien à domicile qui devient dangereux, c'est plutôt une bonne chose que**
108 **ce soit les mêmes médecins qui suivent tout ça,** après ça complique les choses d'un point de vue
109 timing, enfin, avoir du temps pour concilier les deux, ça, c'est sûr que c'est compliqué, mais c'est
110 intéressant.

111 **ED3S : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
112 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

113 **Jonathan :** je ne sais pas si ça a été mis sur le papier. Mais pour moi, **c'est la logique, un patient**
114 **qu'il n'a jamais vu, il va faire son entrée, un patient qu'il a déjà vu, c'est nous qui allons lui signaler**
115 **des problématiques particulières.** Et de lui-même, il est censé aller visiter ses patients régulièrement,
116 en fonction du projet de soins qu'il avait fixé initialement à l'entrée. Ensuite ça, effectivement, ça va
117 dépendre des médecins, ça va dépendre des patients.

118 **ED3S : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
119 **interprofessionnelle efficiente avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les**
120 **cultures professionnelles et les approches sont différentes) ?**

121 **Jonathan :** **vous pensez par exemple à l'infirmière de pratique avancée.** Je pense que ce serait
122 intéressant effectivement, mais dans les mœurs, j'ai peur que ce ne soit pas encore, que les équipes
123 autant infirmières, aides-soignantes et médicales n'y soient pas encore prêtes, en fait. **J'ai**
124 **l'impression qu'on cloisonne encore énormément les choses, et que les médecins se sentiraient, je**
125 **sais pas comment dire ça, spoliés d'une partie de leur boulot,** alors qu'en même temps ils aimeraient
126 bien s'en décharger enfin, voilà, il y a une espèce de paradoxe là-dedans de on a trop de boulot,
127 mais en même temps, non, il ne peut pas le faire. Moi j'ai quand même fait huit ans, dix ans d'études
128 pour, enfin ce n'est pas lui qui en a fait trois, qui va reprendre mon taf, pardon, mon travail. Il y a
129 beaucoup moins ce truc de, pour caricaturer le professeur et l'infirmière, et ici particulièrement enfin,
130 c'est du fait que ce soit des médecins relativement jeunes, enfin, dans mon âge en tout cas, C'est
131 vrai que ça facilite la relation, la communication. En comparaison à un centre hospitalier avec des
132 médecins qui sont proches de la retraite, ou autres qui ont connu justement ce système patriarcal.

133 **ED3S (relance) : est-ce que vous pensez que les équipes soignantes et infirmières se sont**
134 **adaptées à cette collaboration avec la médecine de ville ? Sont-elles plus autonomes ?**

135 **Jonathan :** **ça oblige à s'adapter forcément.** Après, c'est, pour ce que j'ai pu voir et sur **certain mal-**
136 **être de soignants, sur l'équipe infirmière en tout cas, vu que la responsabilité, en l'absence de**
137 **médecin, repose énormément dessus.** C'est moins vécu comme on s'adapte et on acquiert des
138 connaissances et des compétences, etc. C'est plus vécu comme une mise en danger, une
139 frustration, on a beau signaler, et puis il y a rien qui bouge. **Ça va être plus de l'ordre de la souffrance**
140 **que du bénéfice** enfin, je perds le mot, **de la revalorisation.** Et puis des fois, à devoir insister sur
141 insister pour obtenir ne serait-ce que la visite parce que le médecin passe en coup de vent. J'ai ça à
142 faire, j'ai ça à faire, j'ai ça à faire et **il remplit deux, trois papiers, il va voir le plus urgent, mais si on**
143 **n'a pas suffisamment expliqué l'urgence de ce cas-là, ou si même nous, on est passé à côté, On sait**
144 **qu'il se passe quelque chose,** mais on n'a pas encore mis le doigt exactement dessus. C'est vrai

145 qu'on perd un temps, dès fois ça repousse à deux jour et deux jours c'est long pour certains,
146 certaines situations. L'avantage qu'on a actuellement, c'est que, au moins sur l'équipe de la maison
147 médicale, il ne cloisonne pas les choses de façon catégorique, c'est-à-dire qu'ils ont leurs patients à
148 charge chacun. Mais si un jour on trouve qu'on a un patient qui est vraiment pas bien ou qu'il y a
149 quelque chose qui nous chiffonne vraiment, on va pouvoir interpeller le collègue qui va nous donner
150 un avis, estimer si oui ou non, est-ce que il va le voir, on a quand même, un petit peu de souplesse
151 là-dedans. Donc, c'est vrai que si on passe à côté de quelque chose, c'est tout le circuit qui est
152 complètement dévié en fait.

153 **ED3S : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ?**

154 **Jonathan** : alors là on fonctionne sur un système de notes. Chaque médecin a son papier, avec
155 son nom, et sur ce papier on va noter les patients que nous on estime devoir, qui ont une
156 problématique quelconque. Ça peut être de la prescription de un tel s'arrête bientôt, il faudra le revoir,
157 un tel a des douleurs, il faudrait revoir au niveau des antalgiques, un problème dermato chez tels
158 patients. Voilà, c'est toutes ces problématiques qui vont être répertoriées sur un papier qui va être
159 nominatif au médecin en charge. Et selon le temps du médecin et de l'infirmier aussi, parce que des
160 fois le médecin arrive et on n'en est pas forcément disponible à ce moment-là, on prend des fois le
161 temps avec l'ensemble des patients, on fait le tour de tous les patients du médecin en parlant avec
162 lui. Alors, un tel comment ça se passe. Voilà, c'est une histoire de timing, en fait. Si le médecin arrive
163 au mauvais moment, si on a une grosse charge de travail, si le médecin a une grosse charge de
164 travail, c'est arrivé qu'on soit frustré, aussi en disant on a le temps aujourd'hui, on va pouvoir prendre
165 le temps avec le médecin, mais c'est le médecin du coup qui dit je suis pressé, on m'attend au
166 cabinet, du coup, c'est pas pour cette fois non plus. Ça mériterait plus de temps médical, je pense.
167 Mais difficilement compatible avec une activité en cabinet libéral. Et puis en fait peut-être aussi le
168 temps infirmier au final, parce que si au niveau infirmier on est plus disponible, on a plus la possibilité
169 de prendre le temps avec le médecin aussi. Enfin, voilà, ce n'est pas unilatéral, c'est toujours une
170 histoire d'équipe. Donc, c'est dans les dans les deux sens qu'il faut voir les choses.

171 **ED3S (relance) : Qu'est-ce que vous pensez du système qui a été mis en place à l'hôpital de 172 N. où l'organisation médicale est mixte, médecins hospitaliers et médecins généralistes qui 173 collaborent ensemble ?**

174 **Jonathan** : le fait d'avoir un médecin dans les murs, tous les jours, ça reste forcément un plus parce
175 que ça permet une réactivité beaucoup plus grande, enfin, un médecin dans les murs qui serait là
176 pour les soins, parce que souvent le problème du médecin hospitalier qui coordonne, c'est qui se
177 retrouve à gérer toute la paperasse, autour et puis, au final, quand on l'appelle, il n'est jamais
178 disponible, parce que maintenant il y a toute la paperasse à gérer. C'est ça qui est toujours
179 compliqué, en fait, dans la gestion médicale hospitalière. Je pense que c'est le piège. C'est le piège
180 de ce genre de situation.

181 **ED3S : est-ce que les médecins généralistes participent aux relèves ?**

182 **Jonathan** : non, ça peut arriver, encore une fois, ça dépend de leur activité au cabinet. Ça arrive
183 qu'ils arrivent en fait en début d'après-midi à deux heures moins dix et ils profitent de la fin la relève,
184 mais ils profitent de la relève inter équipe. Mais ce n'est pas fixé, ce n'est pas régulier, voilà ça arrive.

185 **ED3S : Comment améliorer la collaboration entre l'hôpital et la médecine de ville 186 aujourd'hui ?**

187 **Jonathan** : je pense que le temps, c'est toujours le facteur qui est essentiel dans toute activité à
188 l'hôpital, quel que soit le niveau, quel que soit le professionnel, il y a toujours cette notion de temps
189 qui est très difficile à gérer, en fait, si on veut faire les choses correctement.

1 Entretien numéro 10 (E10) : Emmanuel – cadre de santé
2 Réalisé le 17 juillet 2023
3 Durée de l'entretien : 21 minutes 50 secondes
4 Service : EHPAD - Hôpital B

5 **ED3S : Bonjour, pourriez-vous me décrire l'organisation médicale au sein de l'hôpital et de**
6 **me préciser le nombre de médecins qui y interviennent ?**

7 **Emmanuel** : pour l'EHPAD, nous avons le Dr B. qui est le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Il
8 travaille à 50%, il intervient 2 jours par semaine. Nous travaillons en collaboration sur l'admission, le
9 projet de vie, suivi médical, cotation GIR, PATHOS et les sorties des résidents de l'EHPAD. Nous
10 avons également des médecins généralistes qui interviennent au sein de l'EHPAD, Dr G et Dr L. à
11 hauteur de 10%, 1 après-midi par semaine. Elles gèrent également les admissions, le suivi médical,
12 et les sorties des résidents de l'EHPAD. Pour la médecine et SSR, Dr B. le médecin coordonnateur
13 assure 10% pour la coordination des projets de soins des patients. Nous avons également 4
14 médecins généralistes qui interviennent dans le secteur sanitaire : Dr C, Dr C, le Dr J., et le Dr A. Ils
15 gèrent les admissions, le suivi médical, et les sorties des patients.

16 **ED3S : Estimez-vous que les médecins généralistes connaissent l'environnement**
17 **hospitalier ?**

18 **Emmanuel** : réellement les nouveaux médecins quand déjà ils arrivent, ils nous sont présentés,
19 bonjour c'est la nouvelle interne, ou même quand on va dire les titulaires, comme Dr J. ou Mme C,
20 et quand ils sont arrivés, on s'est dit, on s'est dit bonjour, et puis après on a travaillé. **Il n'y a jamais**
21 **eu, à un moment donné, de tutorat ou d'explication ou d'immersion en disant : voilà, on est à l'hôpital**
22 **public**, nous on fonctionne de cette façon-là. Ça, ça, ça n'existe pas. **Alors ils connaissent l'hôpital**
23 **public parce qu'à un moment donné dans leur cursus, dans leurs études, ils ont forcément été en**
24 **contact avec l'hôpital**, donc ils ont cette connaissance-là. **Mais on est quand même un établissement**
25 **très particulier**, puisque moi-même et j'ai déjà travaillé dans d'autres centres hospitaliers dans
26 d'autres domaines. J'ai travaillé à la T. à Marseille, donc c'est un grand hôpital universitaire. Quand
27 je suis arrivé ici, c'est ce décalage entre la grande entreprise et l'artisan avec un ouvrier. Donc c'est
28 très particulier, c'est des logiques et des méthodes et des organisations de travail qui sont
29 spécifiques à cet établissement. En plus depuis quelques années, avec les certifications, notre
30 métier et notre travail a changé, avec des exigences, avec des réglementations, avec des guides de
31 bonnes pratiques, et tout ça, entre guillemet c'est impulser au médecin, c'est dire qu'à un moment
32 donné, on dit : voilà, on a été mauvais sur les contentions, il faut être plus vigilant sur les prescriptions,
33 sur le suivi, sur ça, mais pour eux, c'est pas vécu comme, **c'est vécu comme des injonctions, comme**
34 **des choses qui tombent de l'ARS**. Et comme ils sont dans un exercice libéral, ils sont déjà agacés
35 par tout ce temps administratif, tout ce temps de saisie sur leur ordinateur et du coup, oui, **cette**
36 **relation avec l'hôpital, pour eux, c'est une perte de temps, chronophage**, et **il n'y a pas cette relation**
37 **que l'on pourrait espérer, de partenariat, et d'échange** et, au départ, c'était un peu ça avec les
38 anciens médecins, et aujourd'hui, avec les nouveaux, c'est plus du tout comme ça.

39 **ED3S : quel est le niveau de maîtrise des médecins des procédures des prises en soins des**
40 **patients/résidents à l'hôpital ? (Relance : utilisation logiciels DPI...) ?**

41 **Emmanuel** : Le temps de passage des médecins généralistes est rapide, il est traité essentiellement
42 le suivi médical des patients hospitalisés. **Les procédures sont peu connues, voir certains ne savent**
43 **pas où aller les chercher**. Le DPI est utilisé, cependant la vision des autres professionnels ou les
44 macros cible de sortie ne sont pas toujours faites. Il est très difficile d'obtenir des comptes rendus
45 d'hospitalisation ou des ordonnances de sortie. Le logiciel TRAJECTOIRE n'est pas utilisé.

46

47 **ED3S : que pensez-vous de la communication médico-soignante ? (Relance : relèves, staff,**
48 **transmissions DPI...) ?**

49 **Emmanuel : les médecins participent peu à la relève, il faudrait mettre en place une méthode de**
50 **transmissions ciblées.** Je trouve qu'il y a trop d'informations sur la feuille de relève. **Nous avons**
51 **également un staff tous les mardis,** pendant lequel il y a des échanges entre les équipes. L'ARS
52 nous demande de définir un projet de soins pendant ce staff, ce qui est fait mais est-il utilisé par les
53 équipes ?

54 **ED3S : pensez-vous pouvoir concilier aujourd'hui organisation des soins « traditionnelle »**
55 **avec une organisation médicale plutôt libérale ? Sinon, quel est l'impact sur la qualité de la**
56 **prise en soins de l'utilisateur ?**

57 **Emmanuel : entre le service public et l'activité libérale, ce sont deux visions paradoxales. La**
58 **difficulté actuelle est l'organisation avec les médecins libéraux de la MSP** de B. et le Dr A. de M.
59 Auparavant 1 médecin libéral effectuait un réel exercice à 30%, passage tous les lundis, mercredis,
60 samedis matins. Ce médecin prenait entre 10 et 15 patients, et le reste se partageait avec les 4
61 autres médecins. Aujourd'hui les 25 lits se partagent 3 médecins et au bon vouloir du 4ème. Du coup
62 intensité médicale beaucoup plus élevée. Il y a eu aussi un changement radical auparavant, quand,
63 à l'époque, un an entre 2013 et 2019, quand moi j'étais cadre à la place de Mme D. au SSR, on avait
64 un médecin libéral qui s'était détaché et qui venait trois matinées par semaine, mais vraiment trois
65 matinées réelles, parce que là, aujourd'hui, **quand on regarde le calendrier, on a le même type de**
66 **positionnement, mais dans la réalité, ils ne viennent pas à chaque fois,** trois fois par semaine et ils
67 ne viennent pas réellement. Le temps aussi, une partie qui est écrite. **Tandis que là, on avait vraiment**
68 **un médecin qui faisait trois matinées par semaine réguliers :** lundi, mercredi, samedi, ça ne bougeait
69 pas, c'était frappé dans la pierre et du coup, il prenait beaucoup de patients. Il prenait entre 10 et 15,
70 ce qui fait qu'il restait plus que 10, et tout ça, c'était réparti sur la masse, sur l'ensemble, et du coup
71 en plus, les médecins libéraux là faisaient rentrer leurs patients, des patients qui suivaient en ville,
72 ils les hospitalisaient à l'hôpital. Donc là, il y avait vraiment un gain, une relation. Il y avait vraiment
73 une synergie, parce que Le médecin libéral, lui, continuait à suivre son patient en plus, si c'était plus
74 facile, parce que à un moment donné il y a un patient qui, un état santé où il est, il a besoin d'être
75 encadré, parce qu'à domicile, la surveillance est moins fine, parce que là, on a carrément une
76 infirmière : matin, midi, après-midi et soir, donc 24h/24, tous les jours, il y a une infirmière. Puis, en
77 plus, vous êtes dans un centre hospitalier, mais c'est quand vous n'êtes pas loin du domicile, et puis
78 c'est une petite structure familiale, donc il y a une confiance, et déjà le patient est content, et le
79 médecin y trouve son intérêt aussi parce que, voilà, il continue à suivre son patient, il s'est adressé,
80 ce n'est pas loin non plus, et Il y avait vraiment, on va dire entre l'hôpital et le cabinet libéral, il y a
81 une mutualisation et un esprit d'aide. Et ça, malheureusement, ça a été balayé d'un revers de main
82 parce qu'à un moment donné, ce monde-là a disparu, c'est-à-dire **qu'aujourd'hui, il n'y a aucun**
83 **médecin qui vient de façon méthodique trois matinées par semaine** et qui prend une grande partie
84 des patients. Donc, là aujourd'hui, il y a 25 lits. On a été obligé de faire des quotas, de leur imposer
85 des quotas, en disant : voilà, on va fonctionner comme ça. On va leur dire ça, ça, ça et ça. Donc,
86 réellement, il y en a plus que quatre qui interviennent sur la médecine SSR, puisque maintenant ils
87 se sont encore différenciés en me disant qu'il y en a deux, qui font que de l'EHPAD, et quatre qui
88 font de la médecine SSR. Malheureusement, dans les quatre il y en a un qu'on connaît tous, qui est
89 compliqué et qui fait selon son bon vouloir et qui dit à moment donné face à ses collègues, alors
90 moi, j'ai trop de boulot, j'en prends plus, je m'en occupe plus, et qui n'a pas une vision, on va dire de
91 partager, et qui pense d'abord qu'à lui et qu'il ne partage pas, et en plus, il va au-delà de ça, parce
92 que ça, c'est du jamais vu. Par exemple, ça était et pas qu'une fois, ça était le seul médecin qui,
93 quand il est de garde, ne répond pas. Et ça, c'est grave. Donc, avec cette mentalité-là, forcément,
94 pour les trois autres, c'est compliqué et à un moment donné, on en arrive où ils ont trop de patients.
95 Là, en plus, il y a des congés annuels. Les peu qui sont là, mais ils sont obligés de reprendre en
96 matière une totalité de service. Et c'est lourd, 25 lits c'est lourd. Et donc je pense que pour améliorer,
97 il faudrait qu'on retrouve cette organisation-là, avec un médecin libéral qui se détache et qui vienne
98 vraiment trois matinées par semaine de façon régulière, parce que c'est toujours pareil : quand on

99 vient de façon régulière après le travail, c'est que d'entretien, c'est comme quand on fait le ménage
100 tous les jours, il y a juste un balayage humide à faire quand, quand on ne le fait jamais, et qu'on
101 ouvre la porte, et qu'il y a les toiles d'araignées, qu'il faut nettoyer aussi les vitres à chaque fois, tout
102 ce que j'ai à faire et en plus, en même temps très court, parce qu'en même temps, eux, **il faut qu'à**
103 **16h, ils ont leur cabinet, ils leurs consultations qui arrivent, il faut qu'ils soient là.** C'est vrai **qu'ils sont**
104 **pris en étau entre leur activité libérale, qui leur prend beaucoup de temps, et l'hôpital et forcément**
105 **personne n'y est satisfaite** parce que eux-mêmes, quand on discute avec eux, **eux-mêmes ne sont**
106 **pas satisfaits de leur suivi médical.** L'équipe n'est pas satisfaite non plus, parce qu'ils se sentent un
107 peu abandonné et **le médecin, dès qu'il a mis un pied dans le bureau infirmier, il y a un compte à**
108 **rebours qui est parti, et au plus vite, et il veut partir au plus vite,** il veut balayer, et voilà, et donc, **ça**
109 **fait que l'organisation, c'est les infirmiers écrivent sur des bouts de papier en disant : voilà, tous les**
110 **problèmes.** Et eux, ils lisent, comme ça, par hélicoptère en disant : je vais traiter ça, puis après, le
111 reste, on verra plus tard, et c'est dommage.

112 **ED3S : Est-ce que le rôle et les missions des médecins généralistes qui interviennent à**
113 **l'hôpital ont été définis (fiche de poste, horaires...) ?**

114 **Emmanuel :** au jour d'aujourd'hui, **il n'existe pas de fiche de poste pour les médecins de ville qui**
115 **interviennent à l'hôpital. Il y a un calendrier de passage qui a été défini mais il n'est pas toujours**
116 **respecté.**

117 **ED3S : Comment pensez-vous qu'il serait possible d'élaborer une pratique collaborative**
118 **efficace avec la Médecine de ville (en partant du postulat que les cultures professionnelles**
119 **et les approches sont différentes) ?**

120 **Emmanuel :** pour ma part, je pense qu'il y a 2 axes à privilégier. **D'abord, l'axe de la formation.** Dr
121 J. proposait des formations douleur, lorsque le CLUD était actif et c'est un aspect qui permet non
122 seulement de **professionnaliser les équipes,** je rappelle que nous avons de nombreux ASH qui font
123 fonction d'AS. Cet axe permet aussi **d'améliorer la communication entre équipes et la coordination**
124 bien évidemment. Le 2^e axe est celui de la **réunion pluri professionnelle ou staff,** cette méthode
125 approuvée où les échanges se font autour du patient. Malheureusement, avec le temps, les
126 médecins ont fui cette réunion

127 **ED3S : Comment fonctionne aujourd'hui le binôme médico-soignant ? Les soignants sont-ils**
128 **plus autonomes ?**

129 **Emmanuel :** **Comme il peut, le médecin n'est pas satisfait du suivi médical, les soignants ont un**
130 **sentiment d'abandon.** Les soignants sont seuls, c'est la difficulté à l'hôpital local. Ça peut faire
131 sourire, ça peut faire sourire l'hôpital local, parce que, bon, quand on dit, moi j'ai fait de la
132 réanimation, quand on dit infirmière en réanimation, c'est le graal, le top du top, on est presque un
133 sur homme mais en fait on est toujours comme les autres, mais infirmier dans un hôpital local, ça
134 fait toujours sourire, un disant que, comme les PTT, petit travail tranquille. C'est une erreur. La
135 difficulté, c'est que vous voulez vraiment, **vous êtes entre guillemets fort autonome, et ça c'est**
136 **compliqué,** parce que quand on est jeune diplômé en est formaté : institut de formation et là
137 automatiquement, tous les étudiants infirmiers dès qu'ils sortent, ils veulent avoir une ordonnance
138 datée, signée et écrite avec le médecin pour pouvoir administrer le médicament. **Et là on est dans**
139 **un système local ou forcément, comme on a des médecins libéraux, ils ne sont pas présents et du**
140 **coup on a les fameuses prescriptions par téléphone.** Oui, mais ça on ne peut pas y échapper, on ne
141 peut pas demander aux médecins, à un moment donné je lui téléphone en disant j'ai telle personne
142 qui a des œdèmes et il va me dire il faut faire du LASILIX par IV, il va me donner la posologie et il
143 va le faire. Mais je ne peux pas lui dire : mais moi je ne fais pas tant que je n'ai pas le papier. Donc,
144 j'ai un patient qui est là, qui est en souffrance. Je fais quoi ? **Donc, alors, on s'est mis d'accord,**
145 **j'espère que c'est toujours d'actualité que lorsque l'ordonnance téléphonique doit être écrite dans les**
146 **24 heures, au maximum 48 heures.** Et donc là comme ça, **il y a une relation de confiance,** parce que
147 **sinon, avec l'organisation actuelle libérale et publique, on ne peut pas faire autrement.** Donc, **on est**

148 **obligé de tordre un peu le système.** Mais c'est vrai que ça a déjà pour les élèves infirmiers, **c'est une**
149 **difficulté, de cette discontinuité médicale.** Si, à un moment donné, je m'aperçois que j'ai une
150 interaction entre deux médicaments sur une prescription médicale, je ne suis pas comme dans un
151 service classique où j'ai un bureau médical, je tape à la porte en disant au médecin, ou à l'interne je
152 ne comprends pas pourquoi il y a ça et ça, pour moi, il y a des dysfonctionnements, tu me demandes
153 de faire une intramusculaire alors que ce patient est sous anticoagulants. Normalement ça ne se fait
154 pas. Voilà donc, c'est, c'est des choses basiques et ce sont des choses qui peuvent arriver, **et là,**
155 **malheureusement, l'infirmier est seul. Il va téléphoner, il va être sur un secrétariat. On va peut-être**
156 **pas lui répondre,** le médecin, il est peut-être dans une zone où il n'y a pas de réseau, ça ne passe
157 pas, et voilà, et on se retrouve en difficulté. Donc, ça déjà, c'est sûr que cette, cette, **cette continuité**
158 **médicale manque.**

159 **ED3S (relance) : et que pensez-vous de l'IPA ?**

160 **Emmanuel :** Oui, **ça peut être une solution,** ça permet via tout ce qui, tout ce qu'il va pouvoir, soit
161 par organisation, soit par moyens, soit par IPA, **de renforcer ce temps médical,** ce sera une force
162 parce que là, **on est dans des organisations où les médecins ont très peu de temps parce qu'ils sont**
163 **débordés par leurs activités en ville, donc ils viennent sur un temps très court, ils gèrent uniquement**
164 **le plus grave.** Il y a sur une journée de 24 heures peu de temps où le médecin est là. Et du coup **au**
165 **niveau du patient, et au niveau de l'équipe soignante de l'hôpital, ce manque-là tout le monde en**
166 **souffre.**

167 **ED3S : Que pensez-vous du binôme médico-administratif à l'hôpital (directeur – médecin**
168 **président CME) ?**

169 **Emmanuel :** moi, ce que je vois de l'extérieur, c'est que **le médecin a toujours raison.** C'est ça
170 que je vois de l'extérieur. C'est une évidence. Quand on a dit tout à l'heure, au tout début de
171 l'entretien, il y a un médecin qui est de garde, qui ne répond pas au téléphone, et ça s'est pas passé
172 une fois, ça s'est passé trois fois. Si c'est un autre, une autre catégorie professionnelle qui se permet
173 de faire ça, il ne travaille plus avec l'hôpital. Le directeur, automatiquement c'est mise à pied, blâme,
174 et c'est exclusion. Là, il existe toujours. **Après il faut être lucide aussi, sans médecin, on ne peut**
175 **pas travailler. C'est très difficile de recruter.** On l'a vu, l'hôpital local, ça ne fait pas rêver, ni les
176 étudiants, ni les professionnels, ni les médecins, c'est très particulier un l'hôpital local, parce que,
177 essentiellement, c'est la personne âgée, et la personne âgée quand on est jeune et quand on veut
178 sauver le monde entre guillemets, la personne âgée, c'est très rare, des personnes qui commencent
179 leur activité ou qui font toute leur activité professionnelle auprès de la personne âgée. C'est
180 extrêmement rare. En général, c'est les urgences, c'est la réanimation. Donc déjà la spécificité de la
181 personne âgées ça limite, l'hôpital local, ça limite aussi, parce qu'on a eu, par exemple, un couple
182 qui est là où l'homme, la femme est médecin et l'autre qui dit mieux : d'accord, tu veux te faire plaisir,
183 tu vas travailler là, moi je fais quoi. Il n'y a pas de tissu industriel, il n'y a pas d'autres possibilités
184 pour un emploi. On est excentré, on est vraiment éloigné. Si on n'a pas de voiture, on est un territoire
185 isolé, ce n'est pas une ville. Donc là, pour l'instant, peut-être, aujourd'hui, il fait chaud, il y a des
186 festivals, ça va être peut-être amusant d'être dans les rues de B. à six heures. Au mois d'octobre,
187 tout est fermé le soir. C'est pour ça que ça a été une crainte, quand c'était le temps que j'ai connu
188 avec ces anciens médecins qui sont tous partis à la retraite, c'était qui va suivre, parce que s'il y a
189 personne l'hôpital fermait. Donc ces jeunes sont arrivés avec ce projet et avec cette organisation de
190 maison en santé et cette condition particulière de remplacement d'équipe pour pouvoir, eux,
191 bénéficier de leur temps aussi personnel et de ne pas être tout le temps, on va dire voués au travail.
192 Du coup, forcément tout le monde a dit banco. Et on est content de les avoir. **Mais la réalité elle est**
193 **que faire venir des médecins à l'hôpital local c'est compliqué,** tant et si bien qu'aujourd'hui on est en
194 train de le vivre au niveau des remplaçants. Cette année ils n'ont pas trouvé de remplaçant. On a
195 déjà des difficultés, comme vous l'avez vu et vécu, à recruter au niveau de l'EHPAD, et si on
196 commence à diminuer la voilure avec le SSR et médecine, à ce moment-là on se pend. On écrit
197 notre fin. Le principal pourvoyeur de l'EHPAD c'est la médecine et SSR

SALAMEH

Hamed

Novembre 2023

Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico-social
Promotion 2022-2023

**L'élaboration d'une pratique collaborative
interprofessionnelle entre l'hôpital de proximité et la
médecine de ville pour garantir une prise en soins efficace
de l'utilisateur**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Rennes

Résumé :

L'offre de soins de proximité dans les territoires ruraux et isolés occupe une place importante pour le pouvoir exécutif qui œuvre pour décloisonner les différents secteurs de la santé et améliorer le parcours de soins de l'utilisateur. Aujourd'hui, l'hôpital de proximité est considéré comme un des maillons structurant de l'offre de soins de proximité. En effet, la loi relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 renforce sa place et favorise la collaboration avec le secteur libéral. Également, l'ordonnance du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité incite à une collaboration plus intégrée.

Dans un contexte de pénurie de médecins, la collaboration interprofessionnelle entre l'hôpital de proximité et la médecine de ville présente une opportunité qui permet de garantir des soins de proximité au sein de l'hôpital. Cependant, ce partenariat peut avoir des limites comme le temps de présence limité des médecins. C'est pourquoi, il appartient au directeur de l'établissement d'élaborer avec le corps médical une pratique collaborative interprofessionnelle pour assurer une prise en soins efficace de l'utilisateur en favorisant une communication médico-soignante, en améliorant l'organisation et la coordination entre les équipes hospitalières et les médecins libéraux mais également en renforçant la gouvernance médico-administrative.

Mots clés :

Collaboration interprofessionnelle, hôpital de proximité, médecine de ville, gouvernance médico-administrative, communication médico-soignante, coordination des soins

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.