U.F.R. SCIENCES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES
Bureau des Thèses et Diplômes – TEL. 03 81 66 55 10 – FAX. 03 81 66 55 29
Place Saint-Jacques – 25030 BESANCON CEDEX

ANNÉE 2011 - N° 11 –104

COLLABORATION ENTRE UN HÔPITAL LOCAL ET UNE MAISON DE SANTÉ

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 17 novembre 2011

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
Lise-Marie DESCHAMPS
Née le 16 juin 1981 à Besançon (Doubs)

La composition du jury est la suivante :

Président :	- **P.VANDEL**	Professeur
Directeur de la thèse :	- **H.DOUINE**	Docteur en Médecine
Juges :	- **F.DUMEL**	Professeur
	- **JP.GAUME**	Professeur
	- **JJ.LAPLANTE**	Docteur en Médecine
	- **JM.GUYON**	Docteur en Médecine
	- P.VUATTOUX	Docteur en Médecine

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.FR. DES SCIENCES MÉDICALES & PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON

DIRECTEUR	**Professeur Emmanuel SAMAIN**
ASSESSEURS MÉDECINE	Professeur Bernard **P**ARRATTE Professeur Gilles **C**APELLIER Professeur Dominique **F**ELLMANN Professeur Virginie **W**ESTEEL
ASSESSEURS PHARMACIE	Professeur Marie-Christine **W**ORONOFF-LEMSI Docteur Frédéric **M**UYARD
CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS	Mlle Aurélie **J**OLIBOIS

MÉDECINE

PROFESSEURS

M.	Hubert	**ALLEMAND**	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Didier	**AUBERT**	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	**AUBIN**	DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jean-Pierre	**BASSAND**	CARDIOLOGIE
Mme	Yvette	**BERNARD**	CARDIOLOGIE
M.	Hugues	**BITTARD**	UROLOGIE
M.	Paul	**BIZOUARD**	PÉDOPSYCHIATRIE
Mme	Annie	**BOILLOT**	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	Jean-François	**BONNEVILLE**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	**BORG**	CANCÉROLOGIE
M.	Jean-François	**BOSSET**	RADIOTHÉRAPIE
M.	Hatem	**BOULAHDOUR**	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M.	Jean-Luc	**BRESSON**	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gabriel	**CAMELOT**	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Gilles	**CAPELLIER**	RÉANIMATION MÉDICALE
M.	Jean-Marc	**CHALOPIN**	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Claude	**CHOBAUT**	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M	Sidney	**CHOCRON**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	**CHOPARD**	MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Joël	**COMBE**	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Alain	**CZORNY**	NEUROCHIRURGIE
M.	Jean-Charles	**DALPHIN**	PNEUMOLOGIE
M.	Benoît	**DE BILLY**	CHIRURGIE INFANTILE
M	Eric	**DECONINCK**	HÉMATOLOGIE
M.	Bernard	**DELBOSC**	OPHTALMOLOGIE

M.	Vincent	**DI MARTINO**	HÉPATOLOGIE
M	François	**DUMEL**	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Gilles	**DUMOULIN**	PHYSIOLOGIE
M.	Joseph	**ETIEVENT**	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Dominique	**FELLMANN**	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M	Patrick	**GARBUIO**	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Jean-Pierre	**GAUME**	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Emmanuel	**HAFFEN**	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	**HERBEIN**	VIROLOGIE
M.	Bruno	**HEYD**	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Bruno	**HOEN**	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Philippe	**HUMBERT**	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Bernadette	**KANTELIP**	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Jean-Pierre	**KANTELIP**	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Bruno	**KASTLER**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M	François	**KLEINCLAUSS**	UROLOGIE
M.	Dominique	**LAMARQUE**	GASTRO-ENTÉROLOGIE
Mme	Nadine	**MAGY-BERTRAND**	MÉDECINE INTERNE
M.	Robert	**MAILLET**	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Georges	**MANTION**	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Jacques	**MASSOL**	THÉRAPEUTIQUE
M.	Nicolas	**MENEVEAU**	CARDIOLOGIE
M.	Alain	**MENGET**	PÉDIATRIE
M.	Christophe	**MEYER**	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	**MILLON**	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Michel	**MONTARD**	OPHTALMOLOGIE
Mme	Christiane	**MOUGIN**	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Thierry	**MOULIN**	NEUROLOGIE
Mlle	Sylvie	**NEZELOF**	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	**OBERT**	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	**PARRATTE**	ANATOMIE
M.	Alfred	**PENFORNIS**	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
M.	Xavier	**PIVOT**	CANCÉROLOGIE
M.	Patrick	**PLESIAT**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Jacques	**REGNARD**	PHYSIOLOGIE
M.	Bernard	**RICBOURG**	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
M	Didier	**RIETHMULLER**	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M	Pierre	**ROHRLICH**	PÉDIATRIE
M.	Christophe	**ROUX**	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Lucien	**RUMBACH**	NEUROLOGIE
M.	Yves	**SAINT-HILLIER**	NÉPHROLOGIE
M	Emmanuel	**SAMAIN**	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	François	**SCHIELE**	CARDIOLOGIE
M.	Daniel	**SECHTER**	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M	Laurent	**TATU**	ANATOMIE
M.	Pierre	**TIBERGHIEN**	IMMUNOLOGIE

M.	Yves	**TROPET**	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
M.	Pierre	**VANDEL**	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Jean-François	**VIEL**	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Daniel	**WENDLING**	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	**WESTEEL-KAULEK**	PNEUMOLOGIE
Mme	Virginie	**WESTEEL-KAULEK**	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

Mme	Dominique Angèle	**VUITTON**

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	Clotilde	**AMIOT**	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Rémi	**BARDET**	MÉDECINE GÉNÉRALE (MC associé)
Mme	Martine	**BENEDINI**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mme	Véronique	**BONNIAUD**	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
Mme	Malika	**BOUHADDI**	PHYSIOLOGIE
M.	Alain	**COAQUETTE**	VIROLOGIE
M.	Benoît	**CYPRIANI**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Siamak	**DAVANI**	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Eric	**DELABROUSSE**	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
M.	Alain	**DEVEVEY**	PSYCHOLOGIE
M.	Didier	**HOCQUET**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Katy	**JEANNOT**	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	**LEPAGE**	ANATOMIE
M.	Frédéric	**MAUNY**	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
Mme	Elisabeth	**MEDEIROS**	NEUROLOGIE
Mme	Elisabeth	**MONNET**	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PREVENTION
M.	Christian	**MOUSSARD**	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Patrice	**MURET**	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Uyen	**NGUYEN NHU**	PHYSIOLOGIE
M.	Sébastien	**PILI-FLOURY**	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	Jean-Luc	**PRETET**	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme	Evelyne	**RACADOT**	HÉMATOLOGIE
Mme	Elisabeth	**RANFAING**	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Daniel	**TALON**	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Isabelle	**THAON**	MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL
M.	Fabrice	**VUILLIER**	ANATOMIE
M.	Jean-Pierre	**WOLF**	PHYSIOLOGIE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Michel	**BAUD**	BIOPHYSIQUE ET INFORMATIQUE
M. Alain	**BERTHELOT**	PHYSIOLOGIE
M. Xavier	**BERTRAND**	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme Françoise	**BEVALOT**	PHARMACOGNOSIE
Mme Céline	**DEMOUGEOT**	PHARMACOLOGIE
M. Yves	**GUILLAUME**	CHIMIE ANALYTIQUE
M. Alf	**LAMPRECHT**	GALÉNIQUE
M. Samuel	**LIMAT**	PHARMACIE CLINIQUE
M. Dominique	**MEILLET**	PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE (BACTÉRIOLOGIE)
Mme Mariette	**MERCIER**	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme Lysiane	**RICHERT**	TOXICOLOGIE
M. Bernard	**REFOUVELET**	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINÉRALE
M. Philippe	**SAAS**	IMMUNOLOGIE
Mme Estelle	**SEILLES**	IMMUNOLOGIE (VIROLOGIE)
Mme Marie-Christine	**WORONOFF-LEMSI**	PHARMACIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFÉRENCES

M. Arnaud	**BEDUNEAU**	GALÉNIQUE
M.. Laurent	**BERMONT**	BIOCHIMIE
M. Oleg	**BLAGOSKLONOV**	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme Oxana	**BLAGOSKLONOV**	GÉNÉTIQUE
M. Eric	**CAVALLI**	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M. Jean-Patrick	**DASPET**	BIOPHYSIQUE ET INFORMATIQUE
Mlle Claire	**ANDRE**	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme Sylvie	**DEVAUX**	PHYSIOLOGIE
Mme Francine	**GARNACHE-OTTOU**	HÉMATOLOGIE
Mme Corinne	**GIRARD**	PHARMACOGNOSIE
M. Lhassanne	**ISMAILI**	CHIMIE ORGANIQUE
Mme Isabelle	**LASCOMBE**	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Carole	**MIGUET ALFONSI**	TOXICOLOGIE
M. Jean-Louis	**MOZER**	BIOCHIMIE
M. Frédéric	**MUYARD**	PHARMACOGNOSIE
Mme Laurence	**NICOD**	BIOLOGIE CELLULAIRE
M. Yann	**PELLEQUER**	PHARMACIE GALÉNIQUE
M. Marc	**PUDLO**	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme Nathalie	**RUDE**	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
Mme Marianne	**SANDOZ**	PHARMACODYNAMIE

PROFESSEUR AGRÉGÉ DU SECOND DEGRÉ, PROFESSEURS ASSOCIÉS A TEMPS PARTIEL

M. Patrice	**BLÉMONT**	DROIT
MME Sandra	**CHAVIN**	ANGLAIS
MME Frédérique	**ROUSSEY**	ANGLAIS

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pierre Vandel,
Je vous suis profondément reconnaissante d'accepter de présider cette thèse.

À Monsieur le Professeur François Dumel,
Je vous remercie de l'attention portée à la conception de ce travail. Par la formation que vous donnez et votre éthique, vous contribuez à valoriser l'image de la médecine générale.

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre Gaume,
Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude pour accepter d'être membre de ce jury.

À Monsieur le Docteur Douine,
Je te remercie pour avoir bien voulu diriger la réalisation de cette thèse. Travailler ensemble me permet de profiter de tes compétences et de ton expérience. J'espère que notre collaboration sera bénéfique pour chacun.

À Monsieur le Docteur Jean-Jacques Laplante,
Je te remercie des idées apportées dans le choix du sujet de la thèse. J'espère que nous aurons l'occasion de retravailler ensemble. Tes compétences et ton expérience permettront d'apporter un éclairage sur ce travail.

À Monsieur le Docteur Jean-Michel Guyon,
Merci d'avoir accepté d'estimer ce travail. Je te suis reconnaissante de ton aide précieuse et de ton soutien.

À Monsieur le Docteur Patrick Vuattoux,
Je te remercie pour les conseils donnés et la disponibilité que tu m'as accordée au démarrage de la thèse.

À Laurent,
Merci de m'avoir aidé sur ma thèse.

À ma famille,
Ma mère, mes frères Damien et Simon. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous. J'ai une pensée toute particulière pour mes neveux et nièces: Juliette, Thibault, Léon, Malou et Loreleï.

À ceux qui sont partis,

Je pense principalement à ceux qui ont inconsciemment dû m'influencer sur le choix de mon métier, mon père et mon grand-père.

À mes amies de Vesoul (par ordre alphabétique, pour ne pas faire de jalouses!): Alexandrine, Angélique, grande et petite Cécile, Fanny et Lucie,

Je vous remercie pour tous les bons moments passés ensemble. Ce sont des souvenirs précieux : les années collège et lycée, les vacances à Buthiers et au ski, les soirées, les colocations, les abricots, la Croatie, les week-end à Paris... C'est toujours un immense plaisir de se retrouver. Pensée plein de tendresse pour trois petits bouts : à Maxime, Johan et Jasmin.

À Anaïs, Pauline et Sylvia

Les heures de révisions pour l'ENC sont inoubliables et ont permis de rendre agréable ces études.

À tous ceux qui m'ont aidé pour cette thèse dont Laurent, Boris, Damien et Olivier.

Merci pour votre patience.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE: ÉTAT DES LIEUX

I. La démographie médicale en France

II. Les maisons de santé

III. Les hôpitaux locaux

IV. Le regroupement des médecins à l'étranger

V. Exemples d'hôpitaux locaux collaborant avec une maison de santé

DEUXIÈME PARTIE: ENQUÊTE

I. Matériel et méthode

II. Résultats et analyses

III. Discussion

IV. Propositions

CONCLUSION

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADMR	: Association à Domicile en Milieu Rural
AGHL	: Association nationale des médecins Généralistes d'Hôpitaux Locaux
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
CHG	: Centre Hospitalier Général
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIL	: Correspondant Informatique et Liberté
CME	: Commission Médicale d'Établissement
CNAMTS	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	: Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	: Centre de Recherche En Économie de la Santé (ancien IRDES)
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDR	: Dotation de développement Rural
DGE	: Dotation Globale d'Equipement
DHOS	: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DM	: Disease Management
DMP	: Dossier Médical Personnel
DRASS	: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	: Dotation Régionale de Développement des Réseaux
EHPAD	: Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENC	: Examen National Classant
FAS	: Foyer d'Accueil Spécialisé
FEMASAC	: Fédération des maisons de santé comtoises
FIQCS	: Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FAQSV	: Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FEADER	: Fond Européen Agricole de Développement Rural
FEDER	: Fond Européen de Développement Régional
FFMPS	: Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FNADT	: Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire
FNASS	: Le Fond National d'Action Sanitaire et Sociale
FNPEIS	: Fond National de Prévention, d'Éducation et d'Information en Santé
GCS	: Groupe de Coopération Sanitaire
GRSP	: Groupement Régional de Santé Publique
HAD	: Hospitalisation à Domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
HL	: Hôpital local
HPST	: Hôpital Patient Santé Territoire (loi)
IRDES	: Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
MMG	: Maison Médicale de Garde
MRS	: Mission Régionale de Santé
MSA	: Mutualité Sociale Agricole
NHS	: National Health Service
PEL	: Pôle d'Excellence Rural

PIB	: Produit Intérieur Brut
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PMSI	: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RDA	: République Démocratique Allemande
SAMU	: Service d'Aide Médicale Urgente
SEP	: Sclérose En Plaque
SROS	: Schéma régional d'organisation des soins
SISA	: Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	: Soins de Suite et de Rééducation
URCAM	: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD	: Unité de Soins de Longue Durée
T2A	: Tarification à l'acte

INTRODUCTION

L’activité traditionnelle en médecine générale, dans un cabinet souvent seul et uniquement payé à l'acte, ne semble plus attirer autant qu’avant les nouvelles générations de médecins. De nouveaux modes d’exercice se développent en particulier le travail en groupe pluridisciplinaire au sein des maisons de santé.

Dans certaines régions, ce regroupement en maison de santé se fait à l’intérieur de l’hôpital local. Ils sont renommés « Centre Hospitalier de Proximité » depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire), mais je garderais le terme d’hôpital local pour plus de lisibilité.

À Nozeroy petite ville de 400 habitants dans le Jura, l'hôpital actuel se situe dans une ancienne bâtisse historique qu'il est impossible de modeler pour la rendre fonctionnelle. Une reconstruction de l'hôpital local est donc envisagée par l'agence régionale de l’hospitalisation (ARH).

Le Docteur DOUINE, médecin généraliste de Nozeroy souhaite profiter de l’opportunité pour créer une maison de santé dans le nouveau bâtiment. D’autres professionnels de santé du secteur (ainsi que moi-même) s’investissent également dans ce projet.

La thèse présentée va permettre de décrire comment cette collaboration fonctionne dans d’autres hôpitaux locaux en France. Pour réaliser ce travail, une recherche documentaire ainsi qu’une enquête auprès des professionnels des hôpitaux locaux ont été menées. Le but est de déterminer quels sont pour les hôpitaux locaux, les points forts et les points faibles de cette collaboration. Ce travail devrait permettre de fournir des informations aux professionnels qui s’interrogent sur ce type de configuration, dans le cadre de leur propre pratique.

La première partie présentera différentes données qui m'ont été utiles pour traiter ce sujet. Je ferai donc le point sur la démographie médicale, les maisons de santé, les hôpitaux locaux et le regroupement des médecins à l’étranger. Je donnerai ensuite quelques exemples de collaborations déjà existantes entre des maisons de santé et des hôpitaux locaux. La seconde partie sera consacrée au questionnaire, aux résultats recueillis et à l’analyse de ceux-ci. Puis une discussion reviendra sur les avantages et les inconvénients de cette formule. Pour finir, des propositions seront émises.

PREMIÈRE PARTIE: ÉTAT DES LIEUX

I. LA DÉMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE

La question de la démographie était déjà posée en 1971-1972 lors de la création du *numerus clausus* devant la peur d'un nombre excessif de médecins. L'idée était que l'offre induisait la demande. Il fallait donc réduire le nombre de médecins. C'est maintenant la peur d'une pénurie qui domine bien qu'il n'y ait jamais eu autant de médecins.[1]

I.1. La situation en 2011

D'après les chiffres du Tableau du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM), en 2011, les médecins généralistes en activité régulière sont 93 394 dont 59% ont une activité libérale exclusive. La densité de médecins généralistes pour 100000 habitants est de 138,9.[2]

I.1.1. Profil selon l'âge et le sexe

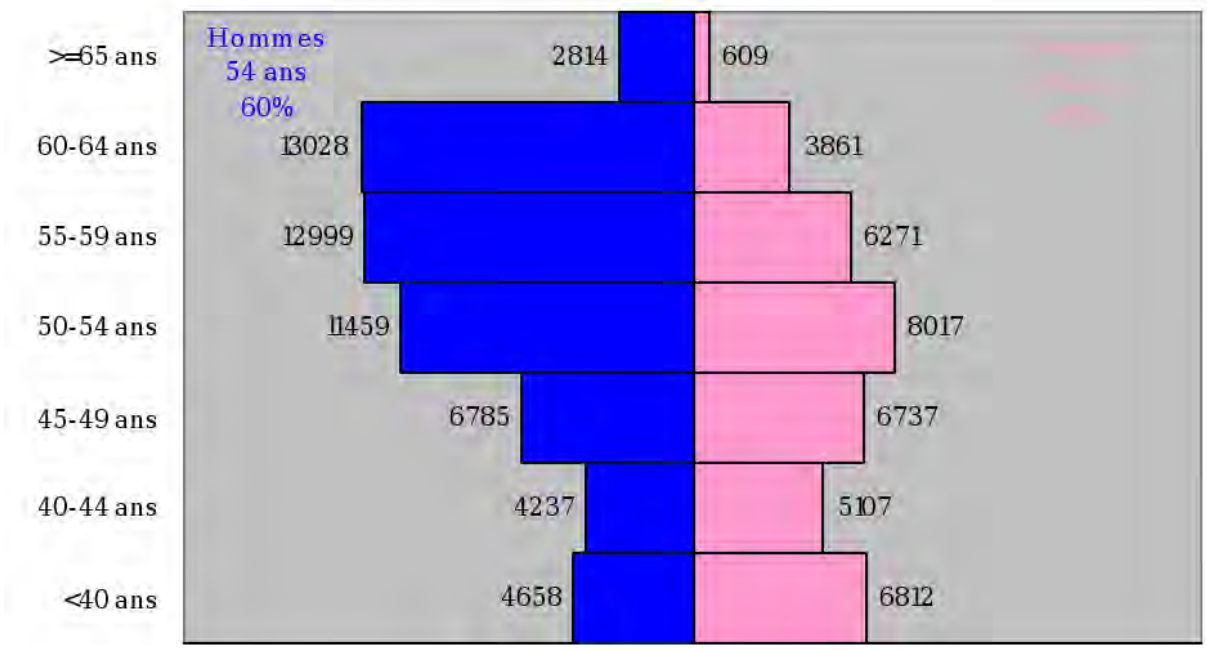

Figure 1: pyramide des âges des médecins généralistes en activité totale, Atlas 2011, CNOM[2]

La moyenne d'âge des médecins généralistes est de 53 ans et 69,5% sont des hommes. Les classes d'âge 50-54 ans, 55-59 ans et 60-64 ans sont très hypertrophiées. Le vieillissement du corps médical se confirme.

I.1.2. Des disparités régionales

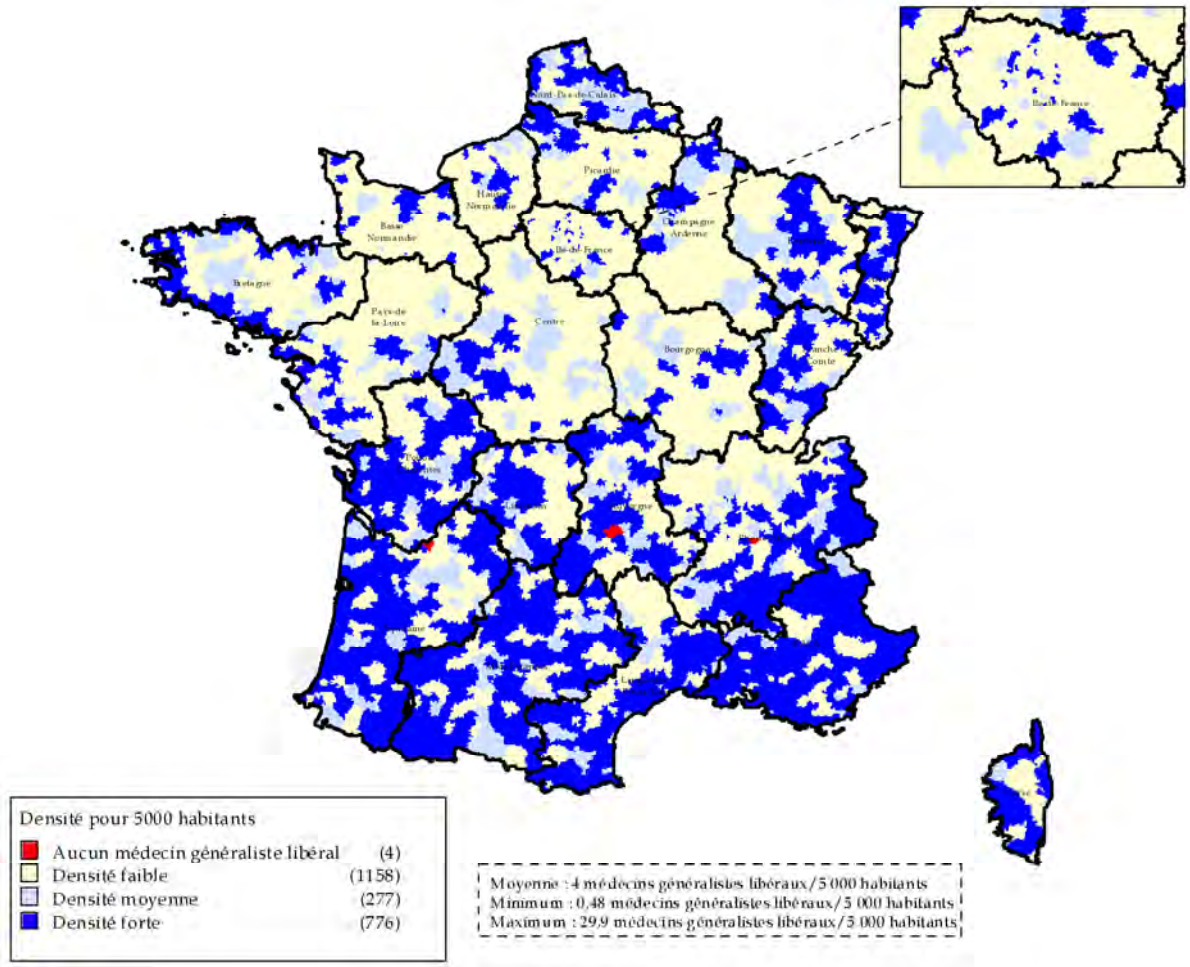

Figure 2 : Densité des médecins généralistes libéraux en activité régulière à l'échelle des bassins de vie, Atlas 2011, CNOM[2]

Les densités de médecins généralistes pour 100000 habitants sont très variables selon les départements, de 101,2 pour l'Eure à 226,9 pour Paris.

I.2. Estimation sur l'évolution de la démographie médicale

Anticiper longtemps à l'avance les évolutions de la démographie médicale et de la population est nécessaire pour adapter les effectifs de médecins aux besoins. Cette anticipation est particulièrement importante compte tenu de la longueur des études médicales.

Selon une estimation du CREDES (Centre de Recherche en Économie de la Santé), en 2020, l'encadrement médical va baisser de 40%[3]. Cette diminution résulte de plusieurs phénomènes :

- En premier, le nombre des médecins généralistes va diminuer de 9,7%, passant d'un peu plus de 200.000 à 187.000 en 2025. Cette baisse est liée au nombre de médecins partant en retraite et qui ne pourront pas tous être remplacés, en effet le numerus clausus a été bas dans les années 80 et 90. Le but de cette réduction était de baisser l'offre en médecins pour diminuer la demande et la consommation de soins, ce qui n'a pas fonctionné. En effet, la population est plus demandeuse de soins. Ceci est lié aux besoins croissants de sécurité et à l'amélioration des techniques médicales. De plus, l'accroissement et le vieillissement de la population vont se poursuivre, augmentant également la demande en soins.

- On prévoit aussi 30% de temps de partiel pour les médecins généralistes en 2020. Ce pourcentage s'explique par la féminisation de la profession mais surtout par des changements de mode d'exercice, liés aux attentes des nouveaux médecins généralistes.

I.3 L'installation des jeunes médecins

Quand on examine les attentes des nouvelles générations de médecins, elles n'excluent pas l'installation en milieu rural, mais sont plus attachées à la manière de travailler.[4]

I.3.1. Facteurs influençant le lieu et le mode d'exercice

I.3.1.1. L'exercice en groupe:

Il est plébiscité par plus de 86% des jeunes médecins.

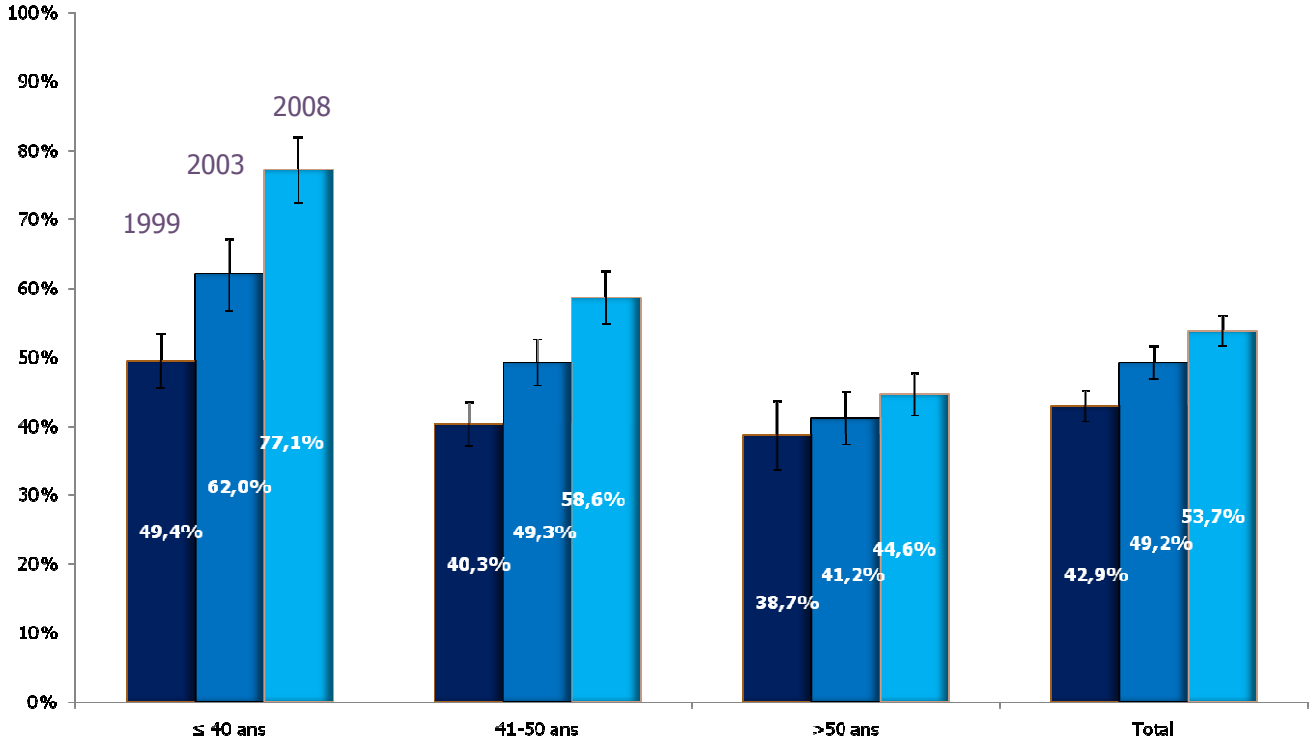

Figure 3: L'exercice en groupe des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 selon leur âge. Evrard i., Bourgueil Y., Le fur P, Mousquès J, Baudier F.[5]

À l'heure actuelle, 53% des médecins généralistes travaillent en groupe surtout chez les moins de 40 ans. Pourtant le montage administratif, juridique et financier de l'exercice en groupe est plus fastidieux que celui de l'exercice isolé. Les avantages recherchés sont multiples allant de la maîtrise des heures, aux partages des pratiques. De plus, durant les études, les stages sont majoritairement réalisés à l'hôpital. Ce travail en groupe et pluridisciplinaire peut apparaître stimulant et convivial. Ces éléments peuvent se retrouver en partie dans le travail en maison de santé et à l'hôpital local.[6]

Dans le Projet Régional de Santé de l'ARS de Franche-Comté de 2012-2016, le regroupement des professionnels est une des priorités. L'ARS souhaite développer la coordination dans l'offre de soins autour de l'usager, et améliorer l'organisation des soins de premier recours en développant les regroupements entre les professionnels de santé. [7]

I.3.1.2. Le cadre de vie:

Le problème de l'installation en zone déficitaire est rarement financière. Le facteur réellement déterminant dans le choix est celui des conditions de vie (lieu de travail du conjoint, présence d'école, de commerces, de services, de lieux culturels). [8, 9]

D'après les personnes rencontrées pendant cette étude, les professionnels sont prêts à faire des kilomètres pour travailler en maison de santé, ce que je n'ai pas constaté dans les cabinets isolés. Si cela se confirme par une étude, les maisons de santé permettraient plus facilement de travailler en milieu rural tout en habitant en ville.[10]

I.3.1.3. La qualité de vie:

La gestion des heures de travail est essentielle pour un équilibre entre la vie privée et professionnelle. Dans le cas de l'installation en libéral, les difficultés reposent souvent sur la maîtrise des horaires de travail et la gestion du planning. Le travail en groupe permet de les contrôler plus facilement. [11]

Nombreux sont ceux qui mettent en avant la féminisation de la profession pour expliquer la diminution du temps de travail par professionnel. Cette notion était vraie il y a 20-30 ans avec une activité en moyenne à 60% par rapport aux hommes. Or, cette situation change. Dans les nouvelles générations, le temps de travail entre les hommes et les femmes est quasiment similaire. Il devrait être identique d'ici quelques années. C'est l'évolution de la société qui en est la première cause, chacun souhaitant avoir plus de temps en dehors du travail. [12]

I.3.1.4. Le mode de financement:

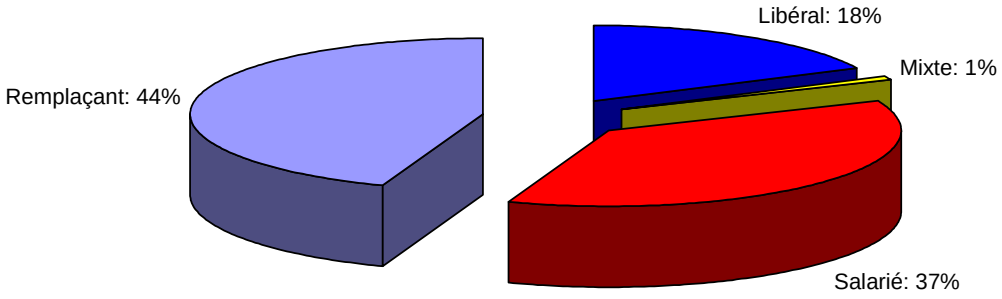

Figure 4: Le secteur d'activité des nouveaux inscrits en médecine générale, Atlas 2011, CNOM

Plus de 60% des nouveaux médecins souhaitent être salariés, ou avoir un financement mixte. L'activité libérale s'avère donc moins attractive. Cela s'explique par plusieurs points. En premier, il y a l'expérience. Les stages s'effectuent pour la quasi-totalité à l'hôpital, milieu salarial, dans lequel évoluent aussi leurs enseignants. En second, l'activité libérale impose un lourd travail administratif dont celui de la comptabilité, chronophage et loin du soin.

La rémunération mixte grâce à l'hôpital local ou aux nouveaux modes de rémunération dans les maisons de santé peut être attrayante. De plus, au sein d'une maison de santé la délégation des tâches administratives est plus facile. [11]

I.3.1.5. L'opportunité :

L'étude sur l'installation des jeunes médecins généralistes réalisée en 2003 par F-X Schweyer et G.Levasseur a montré que la période la plus importante pour le choix du type d'activité professionnelle était celle des remplacements. Les derniers stages peuvent être aussi déterminants. Le choix de l'activité dépend donc rarement d'un projet élaboré de longue date, mais des opportunités qui se présentent au moment de la décision.[11]

I.3.1.6. Le lieu de l'internat :

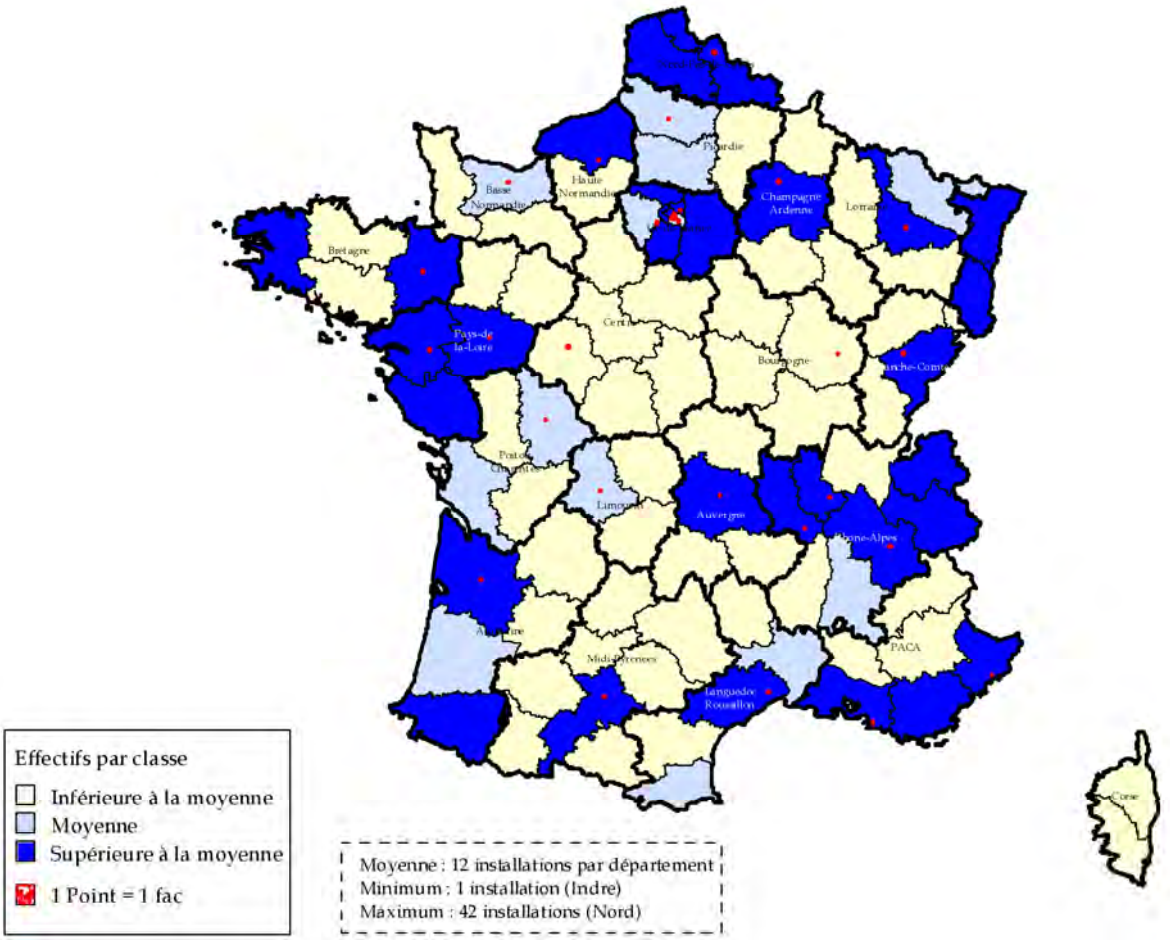

Figure 5 : carte d'installation des jeunes médecins à l'échelle départementale. CNOM 2011.[2]

En moyenne 62% des médecins toutes spécialités confondues restent dans la région où ils ont effectué leur internat. Il y a cependant des variations régionales, ce chiffre est par exemple de 47% en Bourgogne pour 77% en Franche-Comté.

A l'intérieur de la région, ils s'installent davantage dans le département où se trouve la faculté.

Sur le plan national, la répartition des médecins en 1900 était semblable à celle connue aujourd'hui. La densité de médecins est plus forte au sud qu'au nord. Les départements du nord accueillant une faculté de médecine échappent néanmoins à cette règle. Il faut se souvenir qu'historiquement, les facultés du sud sont plus nombreuses et forment davantage de médecins que celles du nord. Le déséquilibre de la répartition des médecins généralistes, attachés à leur faculté formatrice, s'explique plus par ce phénomène que par l'attraction climatique pourtant très souvent évoquée. Suite à ce constat, il y a actuellement un changement dans le nombre d'étudiants par facultés et dans la répartition nationale des internes. Les zones sous-dotées en médecin sont privilégiées. La carte ci-dessus montre que ces changements semblent efficaces.[13]

I.3.2. Les obstacles pour le choix de la médecine générale

I.3.2.1. L'image

L'image de la médecine générale est dévalorisée par rapport aux autres spécialités, et cela à tous les niveaux :

- chez les médecins généralistes eux-mêmes. Beaucoup d'étudiants relatent des conversations avec des médecins généralistes qui leur expliquent que le métier est difficile et qui ne le conseillent pas. Ces informations sont aussi reléguées dans les médias. L'URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie) propose de sensibiliser les médecins généralistes sur la portée de leur rôle surtout en tant que maître de stage.[10]
- chez les médecins spécialistes dont ceux qui assurent l'enseignement médical.
- dans la population. Pour la plupart des personnes, il est plus valorisant d'être spécialiste que généraliste.

I.3.2.2. La méconnaissance de la médecine générale

Tout au long des études de médecine, les stages se pratiquent dans des centres hospitaliers. Dans le cursus de l'interne en médecine générale, un ou deux stages seulement sont possibles en médecine générale.

Il est donc nécessaire de diversifier la formation :

- Les centres hospitaliers ne doivent pas monopoliser la formation médicale
- Les enseignants ne doivent pas tous être issus du milieu hospitalier
- Il faut augmenter la place des stages en médecine générale.

I.3.2.3. Le cursus durant la formation médicale

Les internes orientent leurs choix en fonction de ce qu'ils connaissent. Ils se préparent préférentiellement à une activité professionnelle dont ils perçoivent bien les avantages et les inconvénients.[10] [4]

La formation médicale est basée essentiellement sur un travail en équipe, au CHU, et en milieu urbain. Elle ne les amène que rarement au contact de la médecine générale, et encore moins en milieu rural.

Pendant le premier et deuxième cycle des études, le discours des enseignants met en avant la médecine spécialisée.

Avant de décider du choix de sa spécialité à l'ENC (examen national classant), un seul stage permet de découvrir la médecine générale.

Parallèlement à ce constat, les facultés ont parfois du mal à recruter des médecins généralistes libéraux et donc à former plus de maîtres de stage. Ceci n'est pas engageant pour augmenter le nombre de stages en médecine générale.

Par la suite, les internes de médecine générale effectuent au moins quatre stages sur six dans les CHU (Centre Hospitalier Universitaire) ou CHG (Centre Hospitalier Général). Les stages chez le praticien sont pourtant essentiels. Plus le stage sera formateur, dynamique et convivial, plus il donnera envie de s'installer en médecine générale.

Par rapport au travail à l'hôpital local, une étude en Bretagne[10] a montré des différences entre deux groupes. Les internes qui ne sont pas passés en stage dans un hôpital local ne voient pas l'intérêt de travailler dans ce type de structure. Au contraire, ceux qui y sont passés considèrent que c'est un facteur positif de pouvoir s'installer dans un lieu permettant un travail avec l'hôpital local.

Dans l'hôpital local plusieurs aspects sont présents : le travail en groupe, la pluridisciplinarité des acteurs, une activité salariée, un plateau technique permettant une activité plus diversifiée. Il faut donc faire connaître davantage l'hôpital local aux internes à travers des stages.

I.3.3. L'exemple de la Franche-Comté

Figure 6 : choix installation des jeunes médecins généralistes en Franche-Comté[11]

Toutes formes d'exercice confondues, 75% des médecins généralistes issus de la Faculté de médecine de Besançon exercent en Franche-Comté. Toutefois, la proportion de médecins participant effectivement à la médecine de premier recours est faible. En effet, seulement 36% des médecins généralistes formés en Franche-Comté s'installent en libéral

dans la région. Les médecins généralistes qui s'installent en cabinet le font rapidement (dans les deux ans qui suivent l'obtention de leur diplôme). Ces jeunes médecins installés ont très majoritairement une activité médicale de groupe (63%). [14]

Une enquête a été menée auprès de tous les médecins généralistes diplômés de la faculté de médecine de Franche-Comté entre 1997 et 2001, soit 289 professionnels.[11]

Les principaux facteurs qui interviennent dans le choix professionnel des médecins généralistes sont l'intérêt du travail, les conditions d'exercice (horaires, difficulté de travailler à temps partiel, nombre de gardes, possibilité de prendre des congés...) et les opportunités professionnelles.

Le temps consacré aux contraintes administratives et la charge de travail trop importante constituent les principaux freins à l'installation en libérale.

Cette étude sur la Franche-Comté va dans le même sens que les données nationales. Les conditions de travail et le cadre de vie ont des rôles prédominants dans l'installation des médecins généralistes. Si l'exercice en milieu rural permet de remplir ces deux aspects, il ne sera pas évité.

I.4. Les propositions faites par le Ministère de la Santé (pour répondre aux problèmes liés à la démographie médicale)

Selon l'IRDES[5] (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), le renforcement des soins primaires est une nécessité en terme de justice sociale et d'efficacité. Un des leviers consiste à regrouper les professionnels de santé. Les modes de regroupement peuvent s'appuyer sur des réalités locales (médecin généraliste, médecin spécialiste, hôpital local…). Le projet de santé doit être orienté sur la population, la pluridisciplinarité dans le sens de la coopération, et l'accessibilité (que ce soit au niveau du temps, de l'espace et financier). Il faut faire évoluer en même temps : les modes de rémunération, les coopérations interprofessionnelles, les systèmes d'information et les liens avec l'université.

L'État a fait des propositions[15] dans ce sens, notamment pour favoriser l'exercice de groupe. Par ce regroupement, l'État souhaite mieux assurer la continuité des soins dans les zones sous-médicalisée et alléger la charge de professionnels. Ceci peut sembler pénaliser ceux qui font ce même travail mais de manière isolé et se retrouvent exclus pour une grande partie des aides financières.

Les Missions Régionales de Santé (MRS) crées en 2004, ont défini les zones sous-médicalisées pour les médecins généralistes. Les critères sont les suivants:

- Le territoire de référence, que ce soit les communes, les communautés de communes, les bassins de vie ou les cantons, ne doit pas être inférieur à 1500 habitants.
- La densité médicale doit être inférieure de 30% à la moyenne nationale, soit environ moins de 0,7 médecin généraliste pour 1 000 habitants.
- L'activité médicale des médecins de la zone doit être supérieure de 30 à 50 % par rapport à la moyenne nationale.

Ces critères ne prennent en compte que les médecins généralistes au détriment des autres professionnels de santé. La démographie des professionnels peut changer rapidement dans un territoire. De plus l'âge des médecins présents n'est pas pris en compte.

Ces zones prioritaires concernent 1600 médecins généralistes (3%), répartis sur 4500 communes (12%), soit une population de 2, 6 millions d'habitants (4%).

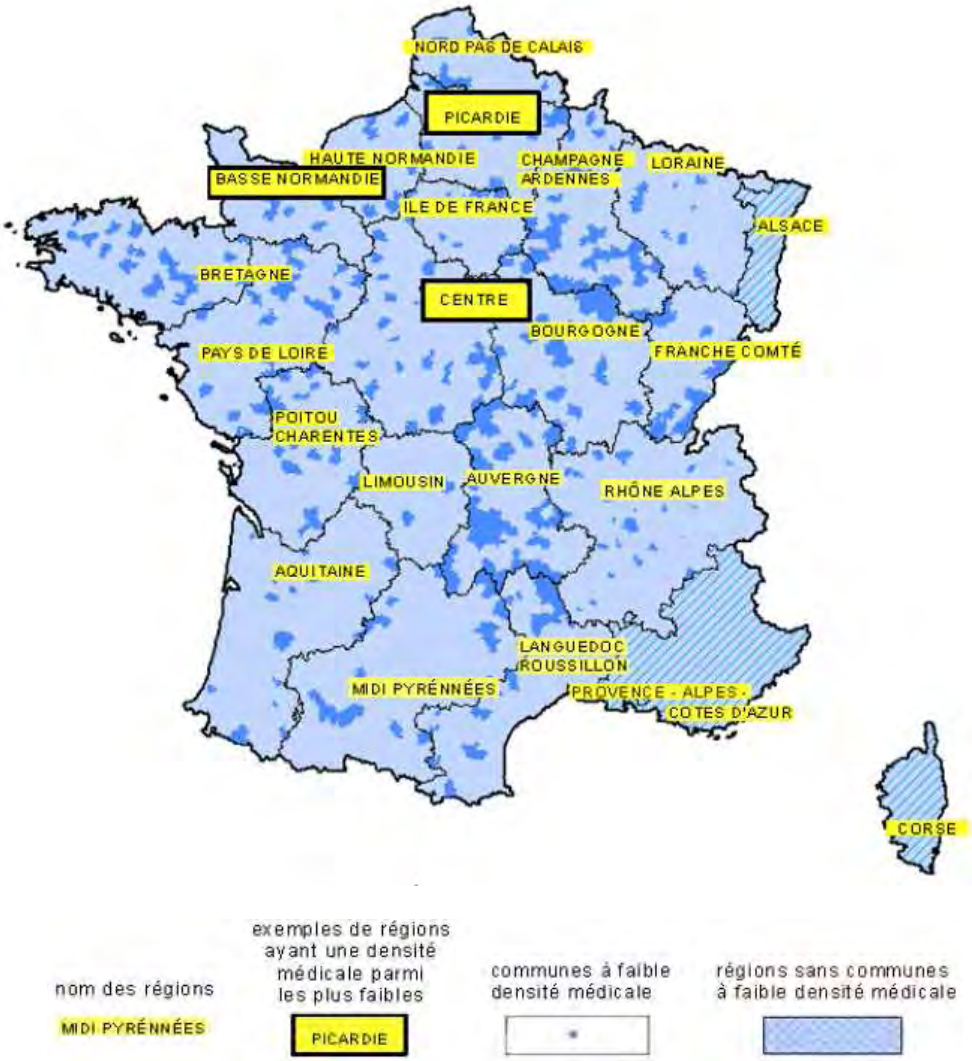

Figure 7 : carte de France métropolitaine des zones sous-médicalisées en 2006, Ministère de la santé et de la solidarité[15, 16]

Ces propositions ci-dessous faites par le Ministère de la Santé en 2006 sont valables uniquement dans les zones sous-médicalisées[15] : sauf pour le FIQCS (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins)

I.4.1. Soutenir les médecins qui exercent dans des zones sous-médicalisées

- Majorer la rémunération des médecins généralistes de 20% lorsque les professionnels ont un exercice collectif, en place depuis 2007. Ce chiffre est passé à 10% depuis peu.

- Attribuer au médecin remplacé une aide équivalente à 20% des honoraires perçus pendant la période de remplacement, lui permettant de mieux rémunérer le médecin remplaçant.

- Favoriser les formes d'exercice en groupe par des financements du FIQCS.

- Depuis 2005, il existe une exonération de l'imposition sur le revenu des médecins généralistes sur les actes et indemnités des périodes d'astreinte (dans la limite de 60 jours par an et 9000 euros par an).

- Les collectivités locales peuvent indemniser les étudiants en médecine qui s'engagent à exercer pendant au moins cinq ans en zone sous-médicalisés, cette mesure est effective depuis 2007.

I.4.2. Anticiper les évolutions et les déséquilibres futurs de la démographie médicale :

- Fixer la répartition des postes au numerus clausus et à l'examen classant national en tenant compte de la situation démographique des régions et maintenir le numerus clausus au dessus de 7000.

- Mettre en œuvre le répertoire partagé des professions de santé, qui permettra un enregistrement unique des professionnels de santé (au lieu de plusieurs actuellement dont le CNOM et l'Assurance Maladie) et facilitera le suivi de la démographie des professions, ainsi que les études prospectives sur cette profession.

- Améliorer l'information des professionnels de santé sur les aides disponibles et sur les conditions d'installation en libéral par plusieurs méthodes:

  - création par région : d'un portail internet d'information sur les conditions d'installation, ainsi qu'un guide sur l'installation à disposition des étudiants et des jeunes professionnels
  - possibilité d'aide à la CPAM (Caisse primaire d'Assurance Maladie) et de conseils à l'installation: diagnostic sur l'implantation, simplification des formalités administratives, conseils sur le démarrage d'une activité libérale.
  - mettre en place un guichet unique pour les aides, en collaboration avec les collectivités locales, de façon à donner aux professionnels de santé un point unique d'information et de gestion des demandes d'aides.

- Faciliter la conciliation entre la vie professionnelle et familiale en alignant la durée du congé maternité des professionnelles de santé libérales (médecins, infirmières etc..) sur celle des salariées.

- Augmenter le nombre de médecins en activité en augmentant d'un tiers le plafond de cumul emploi – retraite pour les médecins libéraux.

- La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini des recommandations de méthode sur les démarches de délégation de tâches avec deux domaines prioritaires : ophtalmologie et suivi des pathologies chroniques. L'ARS (Agence Régionale de la Santé) autorise cette délégation en fonction des dossiers présentés.

Les mesures financières pour donner à un professionnel l'envie de s'installer dans un lieu donné semblent peu efficaces. Comme on le voit dans les études sur les jeunes professionnels, le coté financier n'arrive pas dans les premières motivations pour l'installation.

I.5. Conclusion

D'ici quelques années, l'évolution de la démographie médicale ne permettra pas de maintenir au niveau actuel l'encadrement médical. Cela découle de plusieurs constatations. L'une des plus importantes est l'augmentation croissante de la demande en soins liée à l'accroissement et au vieillissement de la population, ainsi qu'à l'amélioration des techniques médicales et à la demande croissante de sécurité de la société.

En parallèle, au lieu d'augmenter, le nombre de médecins va diminuer. La place laissée par les médecins partant bientôt à la retraite ne va pas pouvoir être comblé avant quelques années. D'autre part, les jeunes médecins souhaitent diminuer leur temps de travail au profit du temps personnel. Ils vont privilégier le travail en groupe, l'activité salariée, la rémunération mixte et la délégation des tâches administratives.

Devant ce constat, même si ce sont loin d'être des solutions miracles, les maisons de santé et le travail dans les hôpitaux locaux peuvent aider à répondre à une partie de ces problèmes.

II. LES MAISONS DE SANTÉ

Les maisons de santé pluridisciplinaires se développent un peu partout en France. Cette forme d'organisation est perçue comme une aide possible pour maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire. Comme le dit le D.Sevrin de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS): « Même quand il émerge dans un contexte de crise pour faire face à une diminution du nombre de médecins, un projet de maison de santé c'est aussi une réponse au manque d'organisation du système de santé face aux besoins de la population. Le médecin travaille avec tous les autres autour du patient, qu'il soit malade chronique, aux prises avec les souffrances aiguës de la vie, ou en recherche de conseils ou d'information sur sa santé ».[16]

Une maison de santé est un lieu qui regroupe différents professionnels de santé (pluridisciplinaire) partageant un projet de soins commun, au profit du patient.

La Loi HPST dans sa première version distinguait maison de santé et pôle de santé. Depuis les modifications de la Loi du 10 août 2011, cette distinction n'existe plus et ils sont regroupés sous le nom de « maison de santé pluridisciplinaire »[7].

II.1. Leur nombre et leur répartition

Il y a 160 maisons de santé et 25 pôles de santé ayant reçu un financement du FIQCS fin 2009. D'autres, non recensés par l'administration centrale, se sont développés soit uniquement avec l'investissement des libéraux, soit grâce à l'aide d'autres financeurs dont les collectivités territoriales. Le montant de leur contribution, surtout pour l'investissement, apparaît bien supérieure à celle de l'État. [17]

Entre 2010 et 2013, 250 projets vont recevoir l'aide du Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire (FNADT). Il n'existe pas de recensement des maisons de santé en France. Certaines régions comme la Franche-Comté avec la FEMASAC (Fédération des Maisons de Santé Comtoises) ont une association regroupant ces maisons de santé.[17]

Leur répartition territoriale est très inégale. La création de maisons de santé se situe plutôt à l'Est. Beaucoup sont situées en Bourgogne Franche-Comté. Au niveau national, les médecins généralistes exerçant en maisons de santé représentent moins de 0,5% des médecins généralistes libéraux.

II.2. Leur composition:

La composition des maisons de santé peut être très ouverte. Elle est basée sur les médecins généralistes (34%), les infirmiers (28%) et les kinésithérapeutes (14%), considérés comme le « noyau dur » de ces structures. Elle comprend aussi souvent des orthophonistes, des diététiciennes, des psychologues, des assistantes sociales, des médecins spécialistes.

Il s'agit en général de petites structures, 80% d'entre elles comprenant moins de cinq médecins généralistes. Il n'existe pas de maison de santé sans médecins généralistes, par contre quelques maisons de santé ne possèdent pas d'infirmières, ce qui peut entraîner une difficulté pour obtenir des subventions.

Figure 8: Image tirée du Bulletin d'information de la mutualité sociale agricole (MSA) de mai 2008 n°84[9]

II.3. Les missions et les objectifs du cahier des charges national

Ci –dessous, les missions[17, 18] telles qu'elles sont présentées dans le cahier des charges[1] :

- Assurer la continuité des soins, en accueillant les soins non programmés et en prenant en charge les « petites » urgences.

- Assurer l'accès financier aux soins et appliquer le tiers payant.

- Développer la prévention individuelle et collective dans un cadre organisé.

- Assurer un suivi coordonné des maladies chroniques.

- Améliorer la qualité des soins en favorisant une démarche qualité et un processus d'auto-évaluation.

- Utiliser un dossier partagé, participer à des réunions de coordination ainsi qu'à des réunions de groupes de qualité, participer à la réalisation éventuelle de fiches d'information pour les patients, participer à la réalisation d'alertes informatiques, participer à la rédaction de protocole de soins.

- Participer à la formation des étudiants (chaque corps professionnel représenté au sein de la structure doit être en mesure d'accueillir des étudiants).

- Participer à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations.

- Développer si possible la télémédecine.

[1] C'est moi qui souligne les termes qui me semblent importants

Certains de ces objectifs demandent des évolutions pour être appliqués. On doit trouver de nouveaux modes de financement pour le travail de coordination. Il faut changer les règles de déontologie des Ordres des professionnels pour accueillir au mieux les étudiants, pour avoir un dossier unique partagé, pour avoir des archives partagées, pour avoir des salles d'attentes et un numéro de téléphone communs.

II.4. La coordination et la coopération

Pour remplir les missions de la maison de santé, la coordination et la coopération sont indispensables.

II.4.1. La coordination

Elle est essentielle pour le suivi des patients, le fonctionnement de la structure et l'organisation des professionnels. Elle peut être réalisée par les professionnels de santé de la structure. Par contre, cette fonction est chronophage et ces professionnels ne sont pas formés à ce type de travail. On peut dédier cette tâche à un professionnel plus compétent comme une personne du secrétariat, et donc en contrepartie d'un coût de fonctionnement plus élevé pour la maison de santé. [16]

II.4.2. La coopération

La relation doit dépasser le cadre professionnel habituel. La coopération notamment entre généralistes, n'est pas le comportement naturel, ceci en raison de la concurrence. Le professionnel, dont le médecin, ne doit pas hésiter à exposer ses doutes, ses craintes voire ses erreurs sans risquer d'être jugé ou concurrencé. Les professionnels concernés doivent avoir une affinité suffisante, une absence de concurrence, une volonté commune d'entretenir cette collaboration et du temps pour partager leurs expériences (pause commune, repas, groupe de pairs). On doit prévoir un lieu dédié à ces échanges.

D'autre part, on peut faire évoluer les relations médecin-infirmier et médecin-kinésithérapeute vers une relation de coopération au minimum, de collaboration au mieux. Les rencontres autour d'un patient doivent également favoriser cette relation. Avec les spécialistes, les généralistes doivent limiter les rapports instrumentalisés. En échange, les spécialistes doivent renforcer leur disponibilité, garantir un retour d'informations et exclure toute captation de clientèle. Les étudiants accueillis par un professionnel d'une maison médicale devront passer chez les différents professionnels de santé de la structure.

Cette coopération est consommatrice de temps, et donc nécessite de la volonté de la part des professionnels. Le simple rapprochement géographique ne suffit pas à construire une organisation performante.

Ceci n'est pas sans difficultés, quand on connaît la tradition longtemps individuelle de la pratique des soins libéraux. Faire émerger un projet en commun, cela passe souvent par la confrontation de visions divergentes. Sans une dynamique forte de coopération et une implication réelle des professionnels de santé, le projet risque fort d'être un échec. Le regroupement de professionnels sur la base d'un seul projet immobilier a peu de chance de réussir.[16]

II.5. Les aides

Les maisons de santé pluridisciplinaire font l'objet de soutiens financiers. Ce sont des aides à l'investissement et/ou au fonctionnement provenant d'acteurs multiples. Depuis 2008, de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé sous forme de forfait sont expérimentés en ce moment.

Les aides dépendent de divers organismes qu'il faudra contacter afin d'avoir les renseignements indispensables pour monter les dossiers de demandes de financement. Ces organismes sont : [19, 20]

- l'ARS créée en 2010 qui regroupe : l'ARH, la DRASS (Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), l'URCAM avec le FIQCS, le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique), la MRS.
- la CPAM, la MSA
- le conseil régional
- le conseil général
- le conseil municipal
- les communautés de communes
- l'union européenne.

II.5.1. Le FIQCS

Au premier juillet 2007, les enveloppes du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) - hors financement des actions d'évaluation des pratiques médicale - et de la DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) fusionnent pour donner naissance au FIQCS. Il finance :

- le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé.
- des actions ou des structures contribuant à la permanence des soins comme les maisons médicales de garde (MGG) ou les centres de régulation libérale.
- des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.
- des actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.
- des actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville.
- le développement du dossier médical personnel (DMP).

Les ressources de ce fond sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'Assurance Maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Ces ressources sont placées ensuite sous la responsabilité du directeur de la MRS. Cette gestion centralisée au niveau régional doit permettre d'accroître la cohérence des actions menées et de simplifier les circuits de décision et de financement afin d'améliorer le soutien aux porteurs de projets.

En 2008, le FIQCS a permis de financer 57 projets de maisons de santé en France. Les montants accordés concernaient principalement des dépenses d'investissement avec une moyenne de 75 000 € par projet. Une trentaine d'études de faisabilité de maisons de santé et deux concernant des pôles de santé ont également été financées pour un montant moyen de 23 500 € par étude. À noter que le financement n'est pas pérenne.

Ainsi, dans le cadre de la création d'une maison de santé, les porteurs de projet peuvent bénéficier d'un soutien financier pour le montage du projet : aide à l'ingénierie, compensation pour la perte d'activité liée au temps consacré au montage du projet.

Le FIQCS aide aussi aux frais d'investissement liés à l'exercice en groupe comme l'équipement informatique, le standard téléphonique, la salle de réunion ou la salle d'attente. Il participe au financement du temps de secrétariat et du temps de réunion mensuel. [20]

Chaque région a une enveloppe à distribuer en fonction des dossiers. Cette contribution risque d'être d'autant plus faible que les projets sont nombreux. Le nombre de projets est en forte augmentation (voir figure 9). Le financement attribué à un projet par rapport à un autre dépend de plusieurs critères dont la qualité du projet de santé du dossier, ainsi que de sa localisation en zone sous-médicalisée.

II.5.2. Le Fond National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS)

Le FNPEIS est un budget d'intervention géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), et créé par la loi du 5 janvier 1988 pour financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaire propre à améliorer l'état de santé général de la population.

Les actions ou programmes financés sont multiples. Ils doivent avoir un caractère préventif prédominant: partenariats et soutien aux associations, financement des examens de santé, prise en charge d'actes de prévention et de dépistage (bilan buccodentaire pour les 15-18 ans, dépistage de cancers), programmes nationaux de promotion et d'éducation pour la santé sur des thématiques diverses : tabac, alcool, accidents de la vie courante, vaccinations...

Pour bénéficier d'un financement, il faut répondre à un appel à projets annuel lancé par l'Assurance Maladie. Une évaluation doit être prévue dès le départ et doit permettre de renseigner la fiche évaluation remise au promoteur avec la convention. Le budget attribué est un budget d'intervention qui finance la réalisation de l'action en tant que telle. Les dépenses de fonctionnement ne peuvent être couvertes. Les crédits sont attribués annuellement. Toute association sans but lucratif et intervenant dans le domaine de la promotion de la santé peut en bénéficier. [20]

II.5.3. Le Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS)

C'est une dotation issue de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, destinée en priorité à l'aide individuelle et à l'aide au fonctionnement d'associations oeuvrant dans le domaine de la santé. Les demandes de subventions sont traitées par le service prévention de la caisse d'Assurance maladie. Tous les dossiers sont étudiés en collaboration avec un délégataire de l'agent comptable et sont ensuite soumis aux membres du Conseil de la CPAM, lors de deux commissions annuelles. [20]

II.5.4. Les aides des collectivités territoriales

La loi sur le développement des territoires ruraux du 23 février 2005 prévoit que les collectivités territoriales « peuvent attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons de santé ».

- Le Conseil Régional

Il peut prendre en charge des frais de développement de nouvelles technologies.

- Le Conseil Général

Il peut allouer des crédits d'investissement et proposer des taux bonifiés.

- Le Conseil Municipal

Il peut allouer des crédits de fonctionnement et des crédits d'investissement notamment pour financer un terrain ou participer au financement de la construction. Il peut aussi attribuer des subventions ou proposer des crédits à taux bonifiés.

- Les Communautés de Communes

Concernant les maisons de santé, elles peuvent financer des aides à l'investissement avec des partenariats publics dans le cadre de l'aménagement du territoire. Elles peuvent recevoir pour cela des aides de la région, de l'État et de l'Europe.

Exemples d'aide dont peuvent bénéficier les communes :

- La dotation globale d'équipement (DGE) versé par l'Etat
- La dotation de développement rural (DDR) pour maintenir et développer les services publics en milieu rural
- Le fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT)
- Les projets de « pôle d'excellence rural » (PEL) qui sont créateurs d'emplois directs et indirects en milieu rural
- Le fond européen agricole de développement rural (FEADER)
- Le fond européen de développement régional (FEDER)

II.5.5. Les autres aides

La MSA dans quelques régions et pour des sommes restreintes, peut proposer des prêts avantageux pour aider aux financements de maisons de santé.[21]

Cette liste d'aides financières possibles, montre le soutien apporté aux maisons de santé mais aussi la complexité de ces projets. Si on souhaite des aides pour la création d'une maison de santé, cela passe par un travail administratif complexe, lourd et chronophage. Le temps de réponse des organismes est parfois long. La motivation des professionnels doit être présente sur la durée.

Que l'initiative provienne des professionnels de santé ou des élus, elle doit être rapidement partagée par tous pour que le projet soit viable et puisse bénéficier des aides financières. Cette situation est bien résumée dans la citation du maire de Fruges M.Hilmoine: « Ici c'est une zone rurale donc la désertification médicale est un vrai risque. Innover c'est d'abord apporter les outils qui répondent aux attentes, mais aussi créer ceux auxquels personne ne pense. Dans le domaine de la santé, les élus ont le droit et même le devoir de trouver des solutions. Mais il ne faut pas le faire seul : l'élu est un acteur au côté des professionnels. Seul, il court à l'échec. »

II.6. leurs difficultés et leurs désavantages

II.6.1. Juridique

Le montage juridique est compliqué et diffère selon chaque maison de santé. Il oblige les professionnels de santé à des montages complexes et introduit des risques sociaux, fiscaux et de responsabilité professionnelle[22]. Un nouveau statut juridique plus favorable appelé le SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires), va être disponible très

prochainement. Ce statut devrait permettre de pouvoir toucher des subventions, de rémunérer des acteurs de santé, et d'inclure tous les acteurs de santé dont les associations.

II.6.2. Le coût et le temps

II.6.2.1. Les coûts d'investissement immobilier et d'équipements

C'est la première problématique posée par les professionnels au début d'un projet. Ils appréhendent le surcoût qui va découler du travail en groupe, comme l'achat du matériel informatique pour la mise en réseaux, ainsi que la perte foncière liée aux changements de lieu.

Les freins sont particulièrement importants pour le corps infirmier dont ni le statut ni le mode de rémunération ne sont attractifs pour rejoindre un exercice pluriprofessionnel. Les soins infirmiers sont mieux valorisés quand ils sont effectués au domicile des patients grâce aux frais de déplacement. Il existe aussi une crainte sur un lien de subordination aux médecins. Le coût des locaux (achat ou location) est souvent cher pour un temps d'occupation partiel. Pour ces professionnels, l'adhésion à une maison de santé relève donc d'une démarche militante.[20]

II.6.2.2. Le temps d'ingénierie et d'accompagnement

Il y a un temps incontournable à la maturation et à l'appropriation du projet de santé, sous peine d'échec du projet. Ce temps est demandé à des professionnels qui sont souvent déjà débordés.

II.6.2.3. Les coûts de fonctionnement

Ils intègrent les salaires des personnels (secrétariat, personnels administratifs, rémunération complémentaire du professionnel coordonnateur...), ainsi que différents frais de structure. Une étude menée par la FFMPS à partir de seize maisons de santé dresse le constat de la majoration des coûts de l'exercice en maison de santé. Cette majoration est liée principalement aux salaires et charges salariales ainsi qu'aux loyers plus lourds. Cette étude invalide donc l'idée que le regroupement crée des économies par la mutualisation. Ce surcoût est évalué, en moyenne, à 4400 euros annuels par médecin exerçant en maison de santé. [23]

Ce coût est aussi majeur pour les professionnels qui intègrent la maison de santé comme deuxième local. Cela multiplie alors les frais de fonctionnement. De plus, le nombre de locaux secondaires est limité selon les professions. Ceci est un réel frein dans les zones rurales où les pleins temps ne sont pas envisageables en raison de faible bassin de population. Pourtant dans ces lieux, permettre une diversité de l'offre de proximité est un réel bénéfice pour ces populations qui n'ont pas toujours la possibilité de se transporter facilement.

II.6.3. Le travail en groupe

Il y a forcément des affinités plus ou moins bonnes entre professionnels, des manières de travailler différentes qui vont devoir cohabiter dans un même projet. Les concessions sont inévitables. Pour ces raisons, certains professionnels ne veulent pas travailler en groupe.

Si on n'y prête pas attention dès le début, le travail pluridisciplinaire dans la même structure peut favoriser le compagnonnage. Certains médecins peuvent être tenté de prescrire des soins non justifiés auprès de leur collègue afin d'augmenter l'activité de celui-ci.

Si la structure prend de l'ampleur, la gestion des emplois du temps peut devenir complexe, comme l'organisation de réunion. Dans une grosse structure, certains peuvent se sentir exclus et ne pas trouver leur place dans l'équipe.[16]

II.6.4. L'informatique

Une difficulté est d'avoir un dossier médical commun pour tous les professionnels en raison de l'absence d'un logiciel informatique pratique. Plusieurs prestataires en développent. Au Portugal, suite à une décision politique, il n'y a qu'un seul logiciel existant qui est pluridisciplinaire et qui permet d'avoir un dossier patient unique[2]. Chaque dossier patient créé que ce soit ou non dans une maison de santé, doit respecter les règles de la CNIL [24] (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Le dossier médical personnalisé (DMP) est un dossier informatisé créé pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite. Il ne se substitue pas mais s'ajoute aux autres dossiers. C'est pour l'instant seulement un apport d'information sur le patient comme des comptes rendus d'hospitalisation. Dans sa forme actuelle il ne peut servir pour l'instant de dossier médical commun à la maison de santé. (voir annexe 2 pour les règles et conseils du CNIL)

II.6.5. L'administratif

Il est impossible pour un patient de désigner conjointement comme « médecin traitant » plusieurs médecins exerçant en groupe bien que la loi l'ait prévu en 2006. Pour contourner ce problème et que le patient puisse être correctement remboursé, les médecins utilisent beaucoup le terme de médecin remplaçant dans les feuilles de soins.

II.6.6. L'engagement des professionnels

Un projet à l'initiative des élus et peu investi par les professionnels est voué à l'échec. De nombreux acteurs de soins sont déjà débordés et parfois convaincus qu'ils « en font déjà suffisamment ». Ils peuvent donc être opposés à effectuer de nouvelles missions qui prennent du temps, temps qui est déjà précieux dans leur activité. [16]

II.6.7. Le territoire de santé

Quelques professionnels ont peur qu'une maison de santé vienne appauvrir le territoire voisin en attirant à elle des professionnels implantés à proximité. Certains font remarquer qu'avec une maison de santé, il y a une concurrence déloyale par rapport aux autres professionnels libéraux, notamment par la possibilité d'avoir des plages horaires plus larges pour les consultations.[25]

II.7. Leurs Avantages et leurs bénéfices

II.7.1. La qualité de vie

Le travail en groupe permet une gestion des horaires plus aisée et d'adapter celles-ci en fonction de ses contraintes personnelles. De plus, le regroupement permet plus facilement de gérer les périodes de vacances ou les arrêts maladies d'un des professionnels.[11]

II.7.2. Les conditions de travail

Les professionnels de santé centrent une partie de leur activité sur la coopération au sein de la structure. Les échanges entre professionnels sont donc une des priorités. Ce type de travail favorisant la convivialité au travail, pourra peut être limiter le burn out des professionnels de santé. Ne pas être seul et pouvoir taper à la porte à coté pour demander de l'aide sur une prise en charge d'un patient est aussi rassurant pour les professionnels.

[2] Tiré d'une présentation des systèmes informatiques étrangers, faite au séminaire national des maisons de pôles de santé à Dijon le 30 janvier 2010

On peut organiser une délégation de certaines tâches comme l'organisation des emplois du temps, le travail de secrétariat (téléphone, courriers, mise à jour des dossiers), la gestion du matériel, la comptabilité personnelle et celle de la structure, l'administratif. Chaque professionnel organise cette délégation de tâches en fonction de ses priorités et surtout en fonction de ses possibilités financières.

La multitude de professions dans la même structure permet d'avoir un plateau technique plus large, comme par exemple, l'électrocardiogramme, la salle d'urgence et de petite chirurgie, le matériel pour la petite chirurgie, le matériel de stérilisation, un échographe. Ces possibilités offrent des conditions de travail jugées plus agréables pour beaucoup.[9]

II.7.3. La qualité du travail

L'organisation des emplois du temps rend plus facile la permanence des soins. La coordination avec les professionnels de la structure est plus facile grâce à la proximité spatiale et un dossier patient commun. De cela peut découler un meilleur suivi des maladies chroniques et une continuité plus fluide dans les soins.

Ce travail de groupe favorise le partage de connaissances. Les réunions autour de dossier de patient pluridisciplinaire aident au partage d'informations et à une prise en charge globale. Il est aussi propice à la création de protocole de soins commun à tous, comme par exemple, la prise en charge des plaies chroniques.

II.7.4. La formation

Chaque profession apporte son expertise à l'autre. Par exemple, avoir dans l'équipe un orthophoniste peut permettre de mieux connaître son travail, la diversité de ses compétences et de bénéficier de ses conseils. [26]

Les formations peuvent être transversales, comme sur les gestes des premiers secours. Le contenu des formations réalisées à l'extérieur peut être partagé.

Les étudiants dont les internes en médecine vont pouvoir aussi passer auprès de chaque profession et découvrir d'autres aspects du soin. Ils participent aux réunions, et peuvent loger sur place dans certaines maisons de santé.[3]

II.7.5. L'informatique

Le système informatique en réseau, permet d'avoir un dossier médical commun. Par exemple, les médecins comme les infirmiers peuvent donc avoir accès au carnet de vaccination. Le dentiste peut vérifier un INR avant un soin.

Ce dossier commun informatique permettra de réaliser plus facilement les évaluations de pratique et favorisera le recueil d'information pour l'observation épidémiologique et la veille sanitaire.

II.7.6. L'attractivité des nouveaux professionnels

L'expérience montre que les maisons de santé existantes, accueillant des étudiants, n'ont pas de difficultés de recrutement. C'est au cours des stages pratiques que le futur professionnel fait ses choix d'exercice à venir. L'attractivité des structures de soins pluridisciplinaires est réelle. L'arrivée de nouveaux professionnels peut permettre d'augmenter l'offre de soins dans les zones rurales.

[3] Tiré d'entretiens avec des professionnels

II.8. En Franche-Comté

II.8.1. Répartition

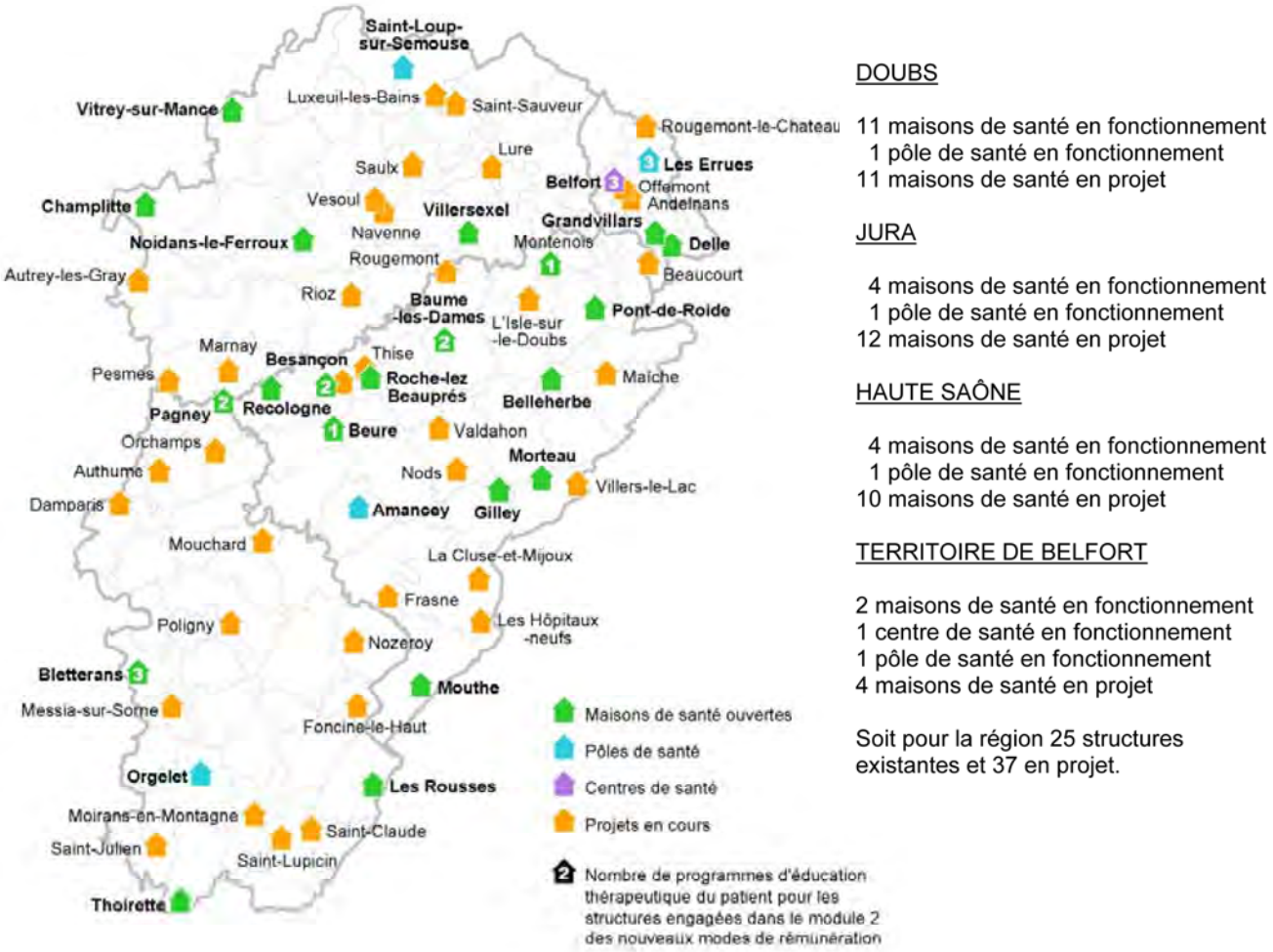

Figure 9 : carte de la Franche-Comté des maisons de santé en mai 2011. Source : ARS Projet régional de santé 2012-2016[7]

En 2008, il y avait cinq maisons de santé en Franche Comté. En examinant cette carte, on s'aperçoit qu'en trois ans, le nombre de maison de santé en activité a fortement augmenté et que les projets ne manquent pas. Les raisons de cette augmentation sont l'augmentation des aides financières pour ces projets, ainsi que la promotion réalisée sur les maisons de santé notamment grâce à la FEMASAC.

II.8.2. Évaluation

Une évaluation a été menée en 2008 sur neuf maisons de santé pluridisciplinaires dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne (chiffre qui correspondait au premier janvier 2008 à la totalité des maisons de santé pour ces deux régions). [23]

Cette étude confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et exercice

professionnel. Le temps de travail hebdomadaire moyen déclaré par les médecins est de 46 heures, dont six heures de travail administratif. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale qui se situe entre 52 et 60 heures par semaine. De plus, les médecins exerçant en maison de santé travaillent en moyenne neuf jours de moins par an que les autres.

Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels (notamment entre généralistes et infirmiers) et une gamme étendue de l'offre de soins. De plus par exemple, la qualité du suivi des patients diabétiques de type deux semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats.

Dans cette étude, on ne peut pas conclure sur l'augmentation ou la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé par rapport à la moyenne.

II.9. Conclusion

L'exercice en maison de santé n'est pas une réponse unique au problème d'organisation des soins. Pour des soins de qualité, le plus important n'est pas la structure dans laquelle exercent les professionnels mais les qualités du soignant.

Le fonctionnement des maisons de santé semble tout de même permettre de répondre à une partie des attentes des nouvelles générations de professionnels par le travail en groupe, les meilleures conditions de travail et la possibilité de rémunération mixte. Pour ces raisons, il faut continuer à faire connaître ce type d'exercice.

Par contre, ce regroupement entraîne des contraintes inhérentes au travail en groupe dont le financement du fonctionnement de la structure.

Dans l'avenir si l'augmentation du nombre de maisons de santé continue sur la même dynamique, ce mode d'exercice sera probablement fréquent. On peut se demander si toutes ces constatations seront alors encore valables, et si cette augmentation ne va peut accentuer les défauts et les limites de l'exercice en maison de santé.

III. LES HÔPITAUX LOCAUX

III.1. Définition

L'hôpital local est un établissement public de santé, qui a pour objet de dispenser :

- Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée en médecine.
b) Des soins de suite et de réadaptation

- Des soins de longue durée comportant un hébergement.[27]

III.2. Historique

L'hôpital local est issu des anciens hospices, c'était l'hébergement des indigents. Il a évolué au fil des siècles en fonction des besoins de la population et surtout des priorités politiques. Les hôpitaux sont une création chrétienne sur le modèle du « Grenier de Bonté ». L'un des tous premiers hospices a été construit en Cappadoce au milieu du IVième siècle. Etymologiquement, le mot « hôpital » vient du latin « hostis » qui veut dire l'étranger qu'il soit ami ou ennemi.

Les premiers hospices apparaissent au VIième siècle à Reims, Arles et Lyon pour accueillir les pèlerins. Ils sont construits sans médecin. Ils ont des missions basées sur la charité chrétienne comme de recueillir, nourrir et prendre soins des pèlerins et des indigents. Ils seront tournés surtout vers les indigents pendant les périodes de famines et des grandes épidémies (lèpre, peste ou choléra). Certains vont être utilisés pour réunir voire enfermer des populations considérées comme à risque (pauvres, orphelins, vagabonds, vieillards et malades). Ils servaient plus à des fins politiques qu'à des missions de santé publique.

Suite à la Révolution française, les hôpitaux sont nationalisés et ne font donc plus partie du patrimoine catholique. Les maires sont nommés comme président des commissions administratives. L'hôpital devient un lieu de soins transférant le pouvoir du religieux au médecin et passant d'un système basé sur la charité à un système basé sur l'assistance.[28]

La première charte hospitalière date de 1851. Elle décrit les missions d'assistance et de service publique de l'hôpital, notant que toute personne malade même sans ressources doit être admise à l'hôpital de sa commune.

Les hôpitaux ruraux se développent à la fin du XIXième siècle. Ils servent par exemple aux grandes campagnes de vaccination.

L'hôpital local, reconnu par la loi en 1991, est l'héritier de l'hôpital rural. À l'époque, l'hôpital local est présenté, selon le rapport du D.COLOMBIER en 1993, comme un « vestige des hospices qui n'ont pu ni évoluer ni disparaître ». On ne peut que constater que cette image d' « hôpital hospice » perdure aujourd'hui. [27]

Ses missions sont redéfinies par la loi de 1991. C'est un établissement public de santé, qui ne peut pas avoir des activités de chirurgie ou gynéco obstétrique. Il est autorisé à avoir des activités de médecine dans le cadre d'une convention avec un centre hospitalier qui dispose d'un service de réanimation ou de soins intensifs.

L'hôpital local peut ne pas avoir de lits de médecine mais doit pratiquer au moins une de ces autres missions : les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les soins de longue durée type USLD (Unité de Soins de Longue Durée).

La politique menée dans les années 1990 entraîne la fermeture de nombreux lits de médecine. L'activité se concentre donc sur l'hébergement des personnes âgées, entraînant une dévalorisation de l'hôpital local en tant qu'établissement sanitaire.

Ce fonctionnement médical, atypique par rapport aux autres centres hospitaliers, constitue une richesse avec une structure hospitalière de proximité et une diversité pouvant s'adapter aux besoins locaux. Ce fonctionnement est aussi une source de difficultés, comme pour la permanence des médecins. Dans tous les cas, l'hôpital local correspond à un établissement pivot entre le monde libéral, le milieu institutionnel et le domicile. [28]

III.3. Ses missions

Ses activités sont nombreuses et variées, elles ne sont pas exclusivement dirigées vers la prise en charge des personnes âgées.[28] [27]

L'hôpital local participe :

- aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées.
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé.
- aux actions de maintien à domicile, en liaison avec des professionnels de santé locaux.

On peut diviser les missions de l'hôpital local selon qu'elles fassent appel à une hospitalisation complète ou non comme dans les consultations avancées des spécialistes.

III.3.1. L'hospitalisation complète

III.3.1.1. Le court séjour de médecine

L'hospitalisation peut se faire à l'initiative du médecin généraliste ou à la suite d'un séjour dans un autre établissement. Les patients peuvent également provenir d'un service d'hébergement, notamment au sein de l'hôpital local.
La médecine pratiquée est polyvalente, d'orientation et de premier recours.
Elle permet :

- d'assurer la surveillance et la mise en route de traitements.
- de prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques.
- d'assurer des prises en charge spécifiques dans le cadre des réseaux de santé.
- de dispenser des soins de proximité aux personnes âgées.
- de réaliser des bilans, notamment gériatriques et des diagnostics.
- de dispenser des soins palliatifs et de fin de vie.
- de prendre en charge la douleur.

III.3.1.2. Les SSR

Pour réaliser une prise en charge de proximité de qualité, les lits de SSR sont nécessaires pour permettre une prise en charge complète et graduée. Dans ce but, ces établissements doivent :

- avoir un plateau technique de réadaptation fonctionnelle
- être dotés de compétences en médecine physique, d'un nombre suffisant de masseurs-kinésithérapeutes et de bénéficier de temps mutualisé d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

III.3.1.3. Les soins de longue durée

Les USLD prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie entraînant ou pouvant entraîner une perte d'autonomie.
Ses unités ont pour missions :

- d'assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, médicaux, techniques et relationnels.
- de prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance.
- d'élaborer un projet de vie individuel par patient, avec comme pivot, sa qualité de vie.
- d'assurer l'accompagnement des familles et des proches.

Ils permettent une meilleure prise en charge médicale pour les personnes âgées atteintes de pathologies lourdes. Un maillage sur tout le territoire de ce type d'unité permet d'améliorer la filière gériatrique, en favorisant les soins de proximité.

III.3.2. Les alternatives à l'hospitalisation complète

Ces alternatives sont par exemple :

- le développement des structures d'accueil de jour, de semaine ou temporaire.
- le développement des structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

L'hébergement temporaire permet aux familles d'organiser la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie. Il peut être aussi un séjour de répit pour les aidants.

III.3.3. Les consultations avancées de spécialistes

Ces consultations concernent surtout les patients non hospitalisés. Elles visent en premier lieu la population âgée, peu mobile. Elles nécessitent la rédaction de conventions entre l'hôpital local et les centres hospitaliers.

III.3.4. Les réseaux

L'hôpital local accueillant des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux peut facilement être un appui ou un relais pour les réseaux de santé. Cette activité permet l'élargissement de l'offre de proximité vers des professionnels habituellement non représentés dans le tissu ambulatoire rural (diététiciens, ergothérapeutes, psychologues...).

III.3.5. L'accueil inopiné

Bien que l'hôpital local n'ait pas vocation à accueillir des urgences, la situation doit être prévue en accord avec le centre 15. Les soins alors dispensés doivent être comparables à ceux dispensés en cabinet médical.

III.3.6. La permanence des soins

Les médecins généralistes autorisés assurent la permanence de soin au sein de l'hôpital local. [25]

III.3.7. La prévention et l'éducation à la santé

Par sa proximité, l'hôpital local peut-être un acteur intéressant en terme de prévention et d'éducation à la santé. Les points prioritaires (comme la nutrition, l'addiction, le suicide, le dépistage, la gérontologie...) sont choisis en fonction des besoins locaux mis en évidence par les observatoires régionaux de santé.

L'hôpital local peut également proposer un accueil de PMI (Protection Maternelle et Infantile), de planning familial ou de médecine du travail.

III.3.8. Les activités médico-sociales

Elles concernent l'hébergement de personnes âgées et les actions contribuant à un soutien à domicile comme le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), le portage de repas et de médicaments, la permanence d'assistante sociale.

III.3.9. La formation médicale et paramédicale

L'hôpital local peut accueillir des étudiants en médecine par l'intermédiaire d'un médecin libéral.

Il participe à la formation médicale continue de ses professionnels, notamment en vue de perfectionner certaines pratiques (réseaux, gériatrie, douleur...).

III.4. Ses atouts

L'hôpital local est à la fois le pivot entre les centres hospitaliers et le domicile, entre le monde libéral et le milieu institutionnel. C'est une combinaison entre le social et le médical.

III.4.1. Les acteurs

III.4.1.1. Les intervenants

Contrairement aux autres types d'établissements hospitaliers, la plupart des hôpitaux fonctionnent avec des médecins généralistes. Ceci facilite le lien avec le domicile. Les hôpitaux locaux ont un effectif relativement faible en personnel d'encadrement soignant et infirmier. À contrario, il y a une forte proportion d'aides-soignants et d'agents des services hospitaliers. Les personnels de rééducation sont relativement peu nombreux, tout comme les psychologues. En matière de rééducation/réadaptation, les professions intervenantes sont les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les diététiciens, les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Les intervenants peuvent donc être très variés et adaptés selon les besoins.[27]

III.4.1.2. L'attractivité

La possibilité de travailler dans un hôpital local est un attrait pour les nouvelles générations, surtout s'ils ont connu ce type d'exercice pendant leur stage. Le statut mi-libéral, mi-hospitalier semble intéressant.

De plus, cela permet d'avoir accès à un plateau technique plus important et de diversifier l'activité dans le prolongement de l'activité libéral (exploration diagnostique, prise en charge de pathologies aiguës…).

Le rapprochement de l'hôpital local des structures type maisons de santé permettrait d'être encore plus attractif et de créer une offre centralisée de soins primaires lisible.

III.4.2. L'emploi

L'hôpital local est très souvent le premier employeur de la commune. Les possibilités de trouver un emploi participent à l'attractivité d'un territoire.[27]

III.4.3. L'offres de soins : diversifiées, adaptées, de proximité

L'hôpital local s'adapte, c'est une structure relativement souple. Ses missions peuvent être définies en fonction des besoins du territoire de santé. Il permet d'avoir une filière gériatrique de proximité comportant tous les échelons : le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et les services de soins infirmiers à domicile. Il assure le maintien et le développement d'activités médico-sociales de proximité. Mais cette grande diversité entraîne un flou quant à sa place dans le système de soins.

L'évolution des pratiques médicales va vers un transfert sur l'ambulatoire de certains soins hospitaliers. L'hôpital général ou les CHU n'interviennent que pour des séjours de plus

en plus courts et des compétences de plus en plus pointues. L'hôpital local peut favoriser cette politique.[28]

L'hôpital local ayant souvent une partie d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), est donc aussi un lieu de vie. De plus, par sa fonction souvent patrimoniale, il est un lieu de mémoire, un rappel de la continuité des générations qui s'y sont succédées.

III.4.4. La mutualisation entre hôpitaux

De plus en plus, les hôpitaux locaux mutualisent avec d'autres dans un même territoire de santé. C'est le cas pour les moyens humains ou matériels comme les conventions de direction communes, les équipes inter-hospitalières d'hygiène, la gestion des fiches de paie ou la création de centrales d'achat.

III.4.5. L'expérience des enquêtes qualité et d'accréditation

L'accréditation, identique à celle de tout hôpital, serait un moyen d'arriver à une mise en commun notamment des procédures, protocoles, formation avec l'aide d'un référent qualité pour plusieurs hôpitaux. Cette expérience de l'évaluation de la part des hôpitaux peut faciliter ce travail pour les libéraux qui y participent. L'évaluation des pratiques, de la qualité sera de plus en plus exigée dans l'exercice libéral.

III.4.6. La graduation de l'offre de soins

Il faut graduer l'offre de soins pour orienter le patient vers la structure la plus adaptée. L'hôpital local peut être un maillon sanitaire de base, proposant une plate-forme de premier recours lorsque les moyens du plateau technique du centre hospitalier le plus proche ne sont pas nécessaires. Cette prise en charge de proximité comprend seulement ce qui peut l'être en parfaite sécurité. L'hôpital local passe le relais et fait appel au plateau technique lourd du centre de référence lorsque le besoin le justifie. Les patients hospitalisés sur l'hôpital local sont essentiellement des personnes âgées. Favoriser cette graduation des soins permettrait de désengorger les urgences et courts séjours des plus gros centres. En 2003, l'épisode de canicule de l'été a mis en évidence les limites d'accueil des centres hospitaliers et notamment des services d'urgence, ainsi que l'isolement des personnes âgées à leur domicile. [28]

Il est possible d'imaginer que dans un avenir proche, le système public hospitalier se décompose en trois catégories d'hôpitaux : les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers (généraux et spécialisés), les centres hospitalo-universitaires, selon un ordre de technicité croissant :

- Au niveau 1 : les hôpitaux locaux insérés dans un territoire de santé, centrés sur la gériatrie, la prévention, les réseaux de soins et les plateaux de services pour les professionnels libéraux.
- Au niveau 2 : les centres hospitaliers qui seront les pôles ressources des hôpitaux locaux.
- Au niveau 3 : les pôles de haute technicité que sont les CHU tournés vers l'innovation.[28]

III.5. Ses Difficultés et ses inconvénients

III.5.1. L'image

Au niveau politique, l'hôpital local intéresse forcément les élus locaux dans sa dimension de proximité, de qualité de vie. L'hôpital local participe, dans un sens plus ou moins positif selon le cas, à l'image du territoire sur lequel il est implanté.

Pour la population, il est avant tout un établissement de convalescence et d'accueil d'une population âgée et en fin de vie. Cette image peut évoluer. L'hôpital local est pris entre une réalité essentiellement gériatrique, ce qui entraîne une image de mouroir dans la population, et un avenir souhaité autour du soin, de la rééducation et d'un positionnement pivot sur son territoire. [27]

III.5.2. Les médecins généralistes et la permanence des soins :

Les hôpitaux locaux sont aussi très différents selon leur histoire et l'implication des professionnels dont les directeurs et les médecins généralistes. Dans certains établissements, le recrutement de nouveaux médecins généralistes est difficile. Financièrement, la rémunération à l'hôpital est souvent moins attractive pour le même temps de travail en activité libérale. La permanence des soins dans les hôpitaux locaux peut être difficile, les médecins généralistes n'étant pas toujours facilement mobilisables. La construction de maisons de santé à proximité immédiate des hôpitaux peut être un moyen de sécuriser la permanence médicale.[25]

III.5.3. Le financement

Il est difficile de trouver des études permettant de savoir si les hôpitaux locaux font réaliser ou non des économies à l'Assurance Maladie. Ce serait le cas selon une phrase tirée de l'étude de 2005 présentée par M.Éric Molinié[28] sur l'hôpital public en France : « l'idée est bonne. D'une part, elle répond à la crise démographique des médecins de ville ; d'autre part, elle est économiquement pertinente, puisque le coût d'une hospitalisation en établissement local est moitié moins élevé qu'en centre hospitalier »[4].

Les hôpitaux locaux devront appliquer d'ici 2012-2013 la tarification à l'acte (T2A). Elle risque de compromettre la viabilité financière des établissements les plus petits. Le conseil économique et social, dans un rapport de 2004 a préconisé un aménagement de la tarification prenant en compte les inégalités régionales en matière de santé. Les conséquences de la réforme de la tarification sont difficiles à prévoir. Pour autant «Le coût de l'acte ne considérant que les aspects techniques de la pathologie et ignorant la prise en charge globale de la personne soignée, pour un calcul pertinent, il faudra tenir compte conjointement des indicateurs de la pathologie et des critères sociaux. La situation sociale (isolement, dépendance, précarité, âge…) des individus génère des besoins en personnels sociaux et sanitaires totalement différents. Plus la dépendance est accrue, plus la mobilisation des moyens humains est importante et induit fortement sur les coûts de prise en charge ». [28]

Ce mode de financement de l'hôpital qui est censé améliorer l'efficacité des hôpitaux, risque de les orienter vers les activités rentables et de créer une concurrence entre les établissements. Ces transformations montrent une volonté de faire reposer la régulation du système sur des mécanismes de marché, les autres modes de régulation ayant échoués. Certaines activités vont être évitées même si elles sont utiles. D'autres vont être développées plus que nécessaire car elles permettront des profits. [28]

[4] Cité par Clément J-M dans La Tribune

III.5.4. Le fonctionnement hospitalier

Pour tout changement demandé, il existe souvent un délai administratif à sa mise en place (dossier, temps d'acceptation,…). Les réunions sont fréquentes.

III.6. Les besoins et les attentes des acteurs de l'hôpital local

Ils sont variables d'un hôpital à un autre, et surtout d'une profession ou acteur interrogé à un autre. Chaque intervenant a des besoins spécifiques. [27]

- Pour les patients, ce sont les besoins d'une prise en charge de la vieillesse, de la dépendance, de la qualité et de la permanence des soins.
- Pour les médecins, ce sont les besoins de reconnaissance et d'épanouissement professionnel, de coordination, d'amélioration des conditions de rémunération et de travail.
- Pour les soignants, ce sont les besoins d'encadrement et de présence médicale accrue, d'un recrutement de personnels soignants formés supplémentaires.
- Pour les institutions, ce sont les besoins d'une intégration claire dans le système de soins, d'une sécurité juridique et financière accrue.
- Pour les politiques, ce sont les besoins de prise en compte des intérêts locaux, en matière de politique de l'emploi et d'aménagement du territoire.

III.7. Des disparités régionales

En 2006, il existait 346 hôpitaux locaux sur 1006 centres hospitaliers publics.[29] Ce chiffre varie chaque année par la transformation de certains hôpitaux locaux en EHPAD et le regroupement de certains hôpitaux locaux. Ils sont très représentés dans six régions (Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Auvergne et Pays de Loire) avec plus de 40% de l'offre de santé en hôpitaux publics. Au contraire, ils représentent moins de 20% de l'offre dans des régions comme le Nord-Pas-de-Calais et l'Ile-de-France.

Les hôpitaux locaux comprennent environ 57.000 lits dont 24.000 lits d'hospitalisation et 33.000 lits d'hébergement. Sur les lits d'hospitalisation, 14.500 sont constitués par des lits de soins de longue durée et 9000 environ par du court séjour ou des SSR. Trois hôpitaux locaux sur dix ne disposent pas de lits de médecine.

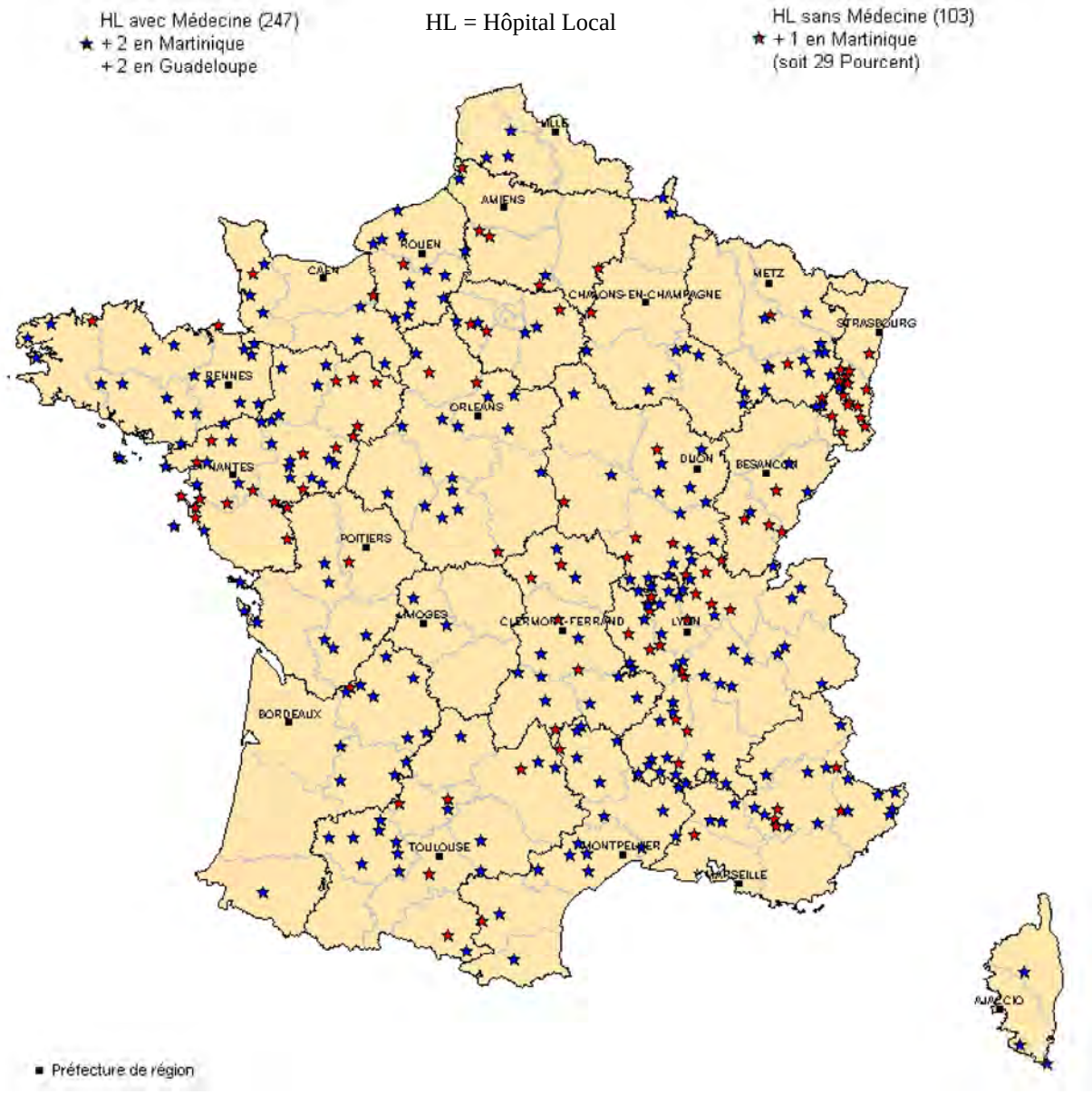

Figure 10: carte de localisation des 350 hôpitaux locaux en 2002 publieé par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)[30]

III.8. En Franche-Comté

Les établissements de soins dans la région sont au nombre de 48 dont 7 hôpitaux locaux. Ils représentent 6% de l'activité hospitalière de la région.

Dans le Projet Régional de Santé de l'ARS de Franche-Comté 2012-2016, une des priorités est de développer de véritables plates-formes locales pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Les hôpitaux locaux doivent donc être renforcés.[7]

Figure 11 : carte des centres hospitaliers en Franche-Comté en 2007.
Parthage cartographie Franche Comté 2007

Un réseau entre hôpitaux locaux et centres hospitaliers référents a été construit dans chacun des territoires de santé concernés :

- le CHU de Besançon est l'établissement pivot de Baume les Dames et d'Ornans.
- le CH de Pontarlier assure son rôle de pivot pour les trois hôpitaux locaux du territoire (Mouthe, Morteau et Nozeroy). L'établissement de Mouthe a été reconstruit et comme à Morteau, une maison de santé a été mise en place dans des locaux adjacents. Dans les années 2012-2013, l'ARS a prévu de transformer l'hôpital local de Nozeroy, en un EHPAD et un FAS (Foyer d'Accueil Spécialisé).
- le CH de Dole est l'établissement pivot d'Arbois.

III.9. Conclusion

Les hôpitaux locaux comportent de nombreux atouts. On trouve en premier lieu leur diversité, elle permet d'adapter leurs missions au besoin du territoire de santé. Mieux les utiliser permettrait d'améliorer l'organisation des soins en évoluant vers une prise en charge graduée.

De plus, au niveau local, ils permettent de garder une offre de soins de proximité. Ils peuvent être un attrait pour les nouvelles générations de professionnels, surtout si une maison de santé est située à proximité.

IV. LE REGROUPEMENT DES MÉDECINS À L'ÉTRANGER

En France, l'assurance maladie est créée dans un esprit d'idéal de justice en 1945. Le soin est un droit. Les représentants des employeurs et les représentants des salariés ont conçu avec des médecins, les principes de l'organisation des soins, en passant des conventions. Les principes sont ceux de la médecine libérale avec le paiement à l'acte, la liberté d'installation, de prescription et de choix des patients du médecin. Il n'y a pas de coordination des soins primaires. La coordination se fait par le patient ainsi que par les relations de médecins qui exercent le plus souvent en cabinet individuel. [5]

L'organisation des systèmes de soins varie selon les pays. Ces derniers différent notamment en fonction de leur organisation autour des soins primaires, du regroupement ou non des professionnels de santé, et de leur mode de rémunération.

IV.1. Pays au sein desquels la pratique en groupe des médecins généralistes est majoritaire

L'Espagne, la Finlande et la Suède ont des systèmes nationaux de santé, mais avec une forte décentralisation. Ces systèmes sont organisés autour des soins primaires, accessibles financièrement, proches et orientés vers le suivi des populations. Les structures de soins sont pluridisciplinaires. Dans ces pays, le développement des centres de santé est lié à une volonté politique de décentralisation et de promouvoir les soins primaires. En Espagne, l'organisation se fait par région et il y a un médecin à moins de 15 minutes de chaque patient.[5]

En Suède et en Finlande, les médecins exercent en centre de santé. Ils sont principalement salariés avec des incitations à l'activité. Ils sont financés par les collectivités locales.

Le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Australie, la Nouvelle-Zélande sont aussi des pays où la pratique en groupe est majoritaire avec des systèmes de santé universels et régulés nationalement. Ils sont organisés autour du médecin généraliste qui est un filtre et un pivot du système des soins primaires. Ils travaillent dans des structures de délivrances de soins pluridisciplinaires.

Au Canada (Québec, Ontario) et au Pays-Bas les regroupements de médecins sont plutôt « monospécialistes ».

Pays au sein desquels la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire

	Système national/ assurantiel de santé	Mode de rémunaration des médecins généralistes	Densité de médecins généralistes*	Répartition généralistes/ spécialistes	Taux moyen de regroupement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Pratique professionnelle au sein du groupe	Nombre moyen de médecins par groupe/ centre
Finlande	national	salariat/ capitation	0,7**	37 % / 63 %	plus de 90 %	centre public de santé	Principalement pluriprofessionnelle	nd
Suède	national	salariat	0,6***	25 % / 75 %	98 %	centre public de santé	plurispécialisée et pluriprofessionnelle	nd
Royaume-Uni	national	capitation/ forfait/ acte	0,7	53 % / 47 %	92 %	cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale	pluriprofessionnelle	4,8
Québec	national	acte	1 (total Canada)	49,5 % / 50,5 %	environ 90 %	cabinet privé	plurispécialisée et pluriprofessionnelle	5,2
Ontario	national	acte	1 (total Canada)	47 % / 53 %	60 % environ	cabinet privé	monospécialisée	4,8
Pays-Bas	national	capitation	0,5	35 % / 65 %	57 %	cabinet privé		2

* Densité pour 1000 habitants. Source Eco-Santé OCDE 2007. Chiffres pour 2005

** Chiffres pour 2004

*** Chiffres pour 2004

Tableau 1 : Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire (IRDES rapport1675)[31]

IV.1.1. Royaume-Uni : la graduation de l'offre de soins

Le NHS (*National Health Service*) est un système national de santé créé en 1948. C'est le premier en Europe à avoir mis en avant l'accès universel aux soins. Ce système est exclusivement géré par l'Etat.

L'État souhaitait dès le milieu du XXième siècle promouvoir l'exercice de la médecine en groupe, mais la majorité des médecins étaient contre. Les centres de santé gérés par le NHS étaient peu nombreux. C'est en 1967, pour essayer de palier à la pénurie de médecin, que l'État offre des dotations aux médecins travaillant en centre de santé, et finance à 70% l'activité des infirmières de ces centres. Au fil des années, d'autres mesures dans le même sens vont suivre comme une prime pour l'entretien et le fonctionnement des centres. Depuis 1998, ces centres pluridisciplinaires sont appelés *Pimary Care Group*. Ils sont aujourd'hui totalement généralisés.[31]

Le médecin généraliste a un statut de professionnel indépendant. Une convention est signée avec le NHS par groupe de médecins et à titre individuel. Ils sont gérés par un conseil d'administration où, en plus des professionnels de santé, sont représentées l'autorité sanitaire locale et la population locale. Tous les soins y sont gratuits. Les patients sont enregistrés auprès d'un cabinet de leur choix. La partie la plus importante de la rémunération des médecins est à la capitation, c'est-à-dire au nombre de patients inscrits sur leur liste. Une autre partie de la rémunération dépend d'indicateurs médicaux, 146 en tout dont la qualité et la satisfaction des patients. Ils sont en quelque sorte responsables de l'état de santé de la population de leur territoire. Le médecin oriente le patient vers l'hôpital. Celui-ci ne peut accéder à l'hôpital sans l'accord de son médecin généraliste. Ce système sépare nettement trois niveaux de soins : primaire, secondaire et tertiaire. Les médecins généralistes participent

à l'activité des hôpitaux de premier recours, que l'on pourrait comparer à nos hôpitaux locaux.

Au Royaume Uni, il y a une graduation de l'offre hospitalière. Si la situation médicale le permet, c'est l'hôpital de proximité qui est privilégié.

L'administration de la santé britannique a mis en place une politique de prise en charge des maladies chroniques avec comme objectifs, l'amélioration de la qualité des prises en charge et la réduction des hospitalisations.

Pour cela le NHS a mis en place :

- des recommandations et référentiels sur le rôle des différents professionnels, sur les bonnes pratiques et sur des programmes d'éducation
- des formations continues professionnelles
- une diffusion d'informations sur les maladies concernées sur internet
- le recueil du point de vue des patients sur les prestations qu'ils reçoivent
- l'analyse des erreurs de traitement et des dysfonctionnements constatés
- des supports techniques aux équipes locales

Il existe des programmes complémentaires pour limiter le recours à l'hospitalisation. Pour les patients les plus complexes, ce programme s'appelle *Evercare*. C'est une prise en charge personnalisée des personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Le programme fait intervenir des infirmières seniors qui ont reçu une formation complémentaire. Elles agissent de façon proactive. Après avoir fait un premier bilan, elles mettent en œuvre soit par téléphone soit au domicile des patients, des actions pour favoriser le maintien à domicile. Une infirmière a en charge une cinquantaine de patients. Néanmoins, l'État prévoit se désengager du financement de ces programmes. Ceux-ci vont être à la charge des cabinets médicaux, rendant leur avenir incertain. Un autre programme fait appel au volontariat et consiste à animer des groupes de pairs entre malades chroniques. Les séances sont conduites par deux non-professionnels eux-mêmes atteints de maladies chroniques, le but étant d'échanger leurs expériences. L'impact de ce programme doit être étudié.[32]

IV.1.2. Finlande : les centres de santé comme base des soins primaires

Le système est essentiellement public avec une décentralisation au niveau des communes. La rémunération est basée sur la capitation, selon le nombre et les caractéristiques des habitants. Suite à la loi de 1972, les centres de santé sont devenus le pilier du système de santé. La priorité a été donnée aux centres ruraux et isolés. Avant cela, les soins étaient dispensés par les médecins libéraux qui sont devenus fonctionnaires. Il y a une séparation claire entre les différents niveaux de soins. Les centres de santé prennent en charge les soins primaires, c'est la base du système. L'hôpital s'occupe des soins secondaires et tertiaires. La croissance des dépenses de santé est maîtrisée. L'hôpital et les consultations spécialisées ne sont accessibles qu'après une demande par le médecin référent. La taille des centres est très variable. Ils fonctionnent souvent comme un petit hôpital avec un service interne comprenant en moyenne trente à soixante lits souvent utilisés pour des personnes âgées. Les infirmières jouent un rôle très important dans les soins primaires. Elles s'occupent notamment des soins en maternité et en pédiatrie, de la mesure de la pression sanguine et du retrait des points de suture.

Il existe une pénurie de médecins en Finlande. On retrouve les mêmes raisons que pour la France sur la démographie médicale (diminution du *numerus clausus* et du temps de travail, départ à la retraite…).

Depuis 1996, il y a une difficulté de recrutement dans les centres de santé avec une augmentation progressive des médecins libéraux. Une explication donnée pour cette désaffection est un salaire jugé insuffisant par rapport à une charge de travail excessive.

Les difficultés du travail en groupe entraînant des tensions au niveau de la gestion du programme quotidien sont aussi citées.[31]

IV.1.3. Suède : un système décentralisé

Le système de santé est essentiellement public, avec une décentralisation au niveau des régions. Elles ont une grande autonomie dans la gestion du système de santé. Le pivot de ce système est l'hôpital. L'offre de soins primaires est partagée entre les centres de santé et un accès direct aux consultations des spécialistes à l'hôpital ou aux urgences. Pourtant, depuis les années 1980, l'État souhaite que les soins primaires soient uniquement pris en charge par les centres de santé. Ceux-ci sont en augmentation croissante. Ce processus est lent. Les médecins sont formés pour travailler à l'hôpital, la population est habituée à s'adresser directement à l'hôpital et les élus locaux défendent le travail de l'hôpital.

Les centres de santé sont gérés par les régions et sont constitués de médecins généralistes, d'infirmières, d'assistants de laboratoire et de secrétaire. D'autres professions peuvent être aussi présentes (kinésithérapeute, sages-femmes, pédiatres, gynécologues et psychiatres).

Dans les centres de santé, ce sont souvent les infirmières qui réalisent le premier entretien et orientent si nécessaire le patient vers le médecin compétent. Elles sont sous la responsabilité des médecins et ont des possibilités de prescription de médicaments limitées.

Ces centres sont rémunérés par une enveloppe globale négociée avec les régions. Les dépenses de santé augmentent depuis une dizaine d'année mais restent faibles en terme de part du PIB (Produit Intérieur Brut). Il existe aussi une pénurie de médecins en Suède qui risque de s'accentuer à cause de départ à la retraite important.[31]

IV.1.4. Pays-Bas : des cabinets « monospécialistes »

Le système est un système national d'assurance maladie obligatoire depuis 2006. L'offre de soins est majoritairement privée. Les patients doivent s'inscrirent auprès d'un médecin référent. Celui-ci les oriente ensuite vers les médecins spécialistes et l'hôpital.

10 % des médecins généralistes exercent en centre de santé, 54% exercent en groupe qui sont le plus souvent « monospécialistes », et ceci en dehors de toute politique incitative.

Le but premier de ces regroupements est de partager les charges. On retrouve en ce moment les mêmes inquiétudes sur la démographie médicale qu'en France avec les mêmes motifs (changement des conditions de travail, vieillissement de la population, …). Sur ce constat, l'État réfléchit à favoriser les regroupements pluridisciplinaires.[31]

IV.1.5. Canada : Québec et Ontario : « être accessible pour tous »

Le système de santé repose sur un financement public avec une pratique médicale de logique libérale car les médecins sont rémunérés à l'acte. C'est un système décentralisé au niveau de la province avec quelques règles nationales (l'accès pour tous aux soins, les soins gratuits et le transfert des dossiers par province).

Le problème principal du Canada est l'accessibilité aux soins que ce soit géographiquement, ou sur l'amplitude des horaires de consultations.

Au Québec et en Ontario se développe un nouveau contexte d'exercice dont l'objectif est d'organiser la médecine en valorisant le rôle du médecin de famille (accessibilité, continuité 24h /24 et 7 jours sur 7, prise en charge globale, prévention, soins curatifs et réadaptation).

Au Québec, le système est décentralisé au niveau des régions. Les centres de soins se sont développés en 1971. Au début, ces centres ont été boycottés par les médecins généralistes qui ne voulaient pas d'une activité salariée.

En 1999, pour remédier à la pénurie des professionnels, la province développe les « Groupes de Médecine de Famille » avec une rémunération à la capitation et des aides financières pour de nombreux frais (loyers, emploi de techniciens, d'infirmières, déplacement, formation,…). Les groupes sont constitués d'une dizaine de médecins associés aux infirmières. Les professionnels ont déploré des lourdeurs administratives dans la mise en place du projet mais néanmoins, ce changement de pratique est perçu positivement de la part des professionnels comme de la part des patients.

En Ontario, les regroupements de médecins généralistes sont souvent « monospécialistes ». Les centres de soins communautaires, appelés *Family Health Groups* se sont développés dans les années 1970, mais ils sont restés peu nombreux. Ils valorisent financièrement depuis quelques années le travail en réseau, avec des contrats entre médecins pour former un groupe mais sans rapprochement géographique. Les réticences des médecins sont multiples. Ils sont attachés au paiement à l'acte, ils ont peur d'être trop contrôlés et ils ne souhaitent par faire partie d'un groupe, ce qui les obligerait à une répartition des ressources.

Malgré cela, l'adhésion des médecins se fait progressivement. La prochaine étape qui est train de se mettre en place, est d'associer d'autres professions au réseau.[31]

IV.2. Pays au sein desquels l'exercice individuel des médecins généralistes est majoritaire

En Allemagne, en Italie, en Belgique et aux États-Unis (comme en France), l'exercice individuel de la médecine est majoritaire. Il y a une faible organisation des soins primaires avec une faible hiérarchie des professionnels par niveau de soins. L'accès aux soins est libre. L'exercice est majoritairement libéral avec une rémunération à l'acte (sauf en Italie). [5]

Pays au sein desquels l'exercice individuel des médecins généralistes est majoritaire

	Système national/ assurantiel de santé	Mode de rémunaration des médecins généralistes	Densité de médecins généralistes	Répartition généralistes/ spécialistes	Taux moyen de regrou-pement des médecins généralistes	Cadre d'exercice dominant du groupe	Pratique profes-sionnelle au sein du groupe	Nombre moyen de méde-cins par groupe/ centre
Allemagne	assurantiel	acte	1	50;5 % / 49,5 %	25 à 30 %	cabinet privé	monospé-cialisée	groupes de 2 médecins en majorité
Belgique	assurantiel	acte	2,1	46 % / 54 %	30 %	cabinet privé	monospé-cialisée	nd
France	assurantiel	acte	1,7	49 % / 51 %	39 %	cabinet privé	monospé-cialisée	environ 3
Italie	national	capitation	0,9*	nd	15 à 20 %	cabinet privé	monospé-cialisée	nd

* Chiffres pour 2004

Tableau 2: pays où l'exercice individuel des médecins généralistes est majoritaire (IRDES rapport 1675)[31]

IV.2.1. Allemagne : les cabinets médicaux individuels

Le système d'assurance sociale a été instauré en Allemagne en 1883 par le chancelier Bismarck. L'assurance sociale comporte cinq volets : l'assurance maladie, l'assurance invalidité vieillesse, l'assurance accident, l'assurance dépendance et l'assurance chômage.

L'assurance maladie est organisée à l'échelle de l'état fédéral et des *länders*. Le système de soins est divisé en deux : les soins fournis par l'hôpital par le secteur public, et les soins ambulatoires avec les médecins libéraux.

Le nombre de médecins comparé aux autres pays européen est assez élevé. Il n'y a pas de numerus clausus, mais des régulations à l'installation. Par contre, étant donné le nombre de médecins qui vont partir à la retraite d'ici quelques années et qui ne pourront pas être tous remplacés, le risque de pénurie existe. Le nombre d'étudiants a fortement chuté, et les nouvelles générations veulent travailler moins d'heures. [31]

Les patients choissent un médecin affilié à leur caisse et doivent passer chez lui pour avoir accès aux consultations spécialisées ou à l'hôpital. Les cabinets médicaux même individuels intègrent souvent des professionnels paramédicaux comme salariés (assistant médical). Quelques médecins sont regroupés, rarement de manière pluridisciplinaire. Certains centres de santé sont hébergés dans les hôpitaux, surtout dans l'ancienne RDA (République Démocratique Allemande) même si plusieurs de ces centres ont été fermés à la réunification. Néanmoins, cette forme d'exercice est de nouveau en augmentation, surtout depuis 2003 (changement législatif permettant plus facilement ce regroupement).

L'Allemagne a mis en place en 2002 des programmes d'éducation thérapeutique gérés directement pas les caisses d'assurance maladie. Ils sont centrés sur le médecin généraliste et sur le respect des recommandations professionnelles. La loi de 2001 définit dans le détail les éléments que les programmes doivent obligatoirement comporter :

- la désignation d'un médecin référent qui coordonne l'ensemble des soins
- la définition d'un protocole de soins fondé sur des recommandations professionnelles
- des exigences d'implication personnelle des patients
- un système d'échange d'informations entre les intervenants en santé et les caisses
- une formation spécifique pour les patients et les professions de santé participant au programme
- des modalités d'évaluation.

Par exemple, dans le cas du programme pour le diabète, les thèmes sont :

- la physiopathologie du diabète avec ses complications et les facteurs de risque cardio-vasculaire
- l'alimentation
- l'apprentissage de l'autocontrôle de la glycémie
- la recherche de cétone dans les urines
- les adaptations en cas d'hypo ou hyperglycémie
- la surveillance des pieds.

Le médecin doit proposer au patient de participer à des sessions d'éducation thérapeutique qui sont traditionnellement prises en charge par les caisses. Les médecins sont incités à participer aux programmes par une rémunération spécifique (de 75 à 150 €). Les patients sont également incités (exonération d'une contribution trimestrielle de 10 €). Ces programmes sont plutôt mal accueillis par les médecins généralistes qui leur reprochent une augmentation de leur travail administratif, un contenu des recommandations professionnelles trop faibles et un risque lié à la mobilisation importante des données médicales des patients par les caisses d'assurance maladie.

Selon une étude menée en 2005, les médecins généralistes déclareraient passer en moyenne 110 minutes par jour sur des taches administratives dont le remplissage de formulaire pour l'éducation thérapeutique. Le dispositif conduit à la production d'un volume important d'informations sans que celles-ci soient réellement exploitées d'où un sentiment de bureaucratie inutile. [32]

IV.2.2. Belgique : partage entre médecins généralistes et spécialistes des soins primaires

Comme en Allemagne et en France le système est de type bismarckien avec un régime d'assurance sociale obligatoire, géré par les partenaires sociaux. Les soins primaires sont assurés par les médecins généralistes et par les médecins spécialistes. Ils sont rémunérés à l'acte.

La consommation médicale est l'une des plus importantes d'Europe, rapportée à sa population. Certains proposent d'imposer le passage par le médecin généraliste avant une consultation chez un spécialiste mais il y a une forte opposition des spécialistes. Il n'est pas noté pour l'instant de pénurie en médecin. Par contre, pour les années à venir, certains ont peur d'une pénurie en médecine générale liée à une désaffection des étudiants. Le dossier médical global existe depuis 1999. Il n'est pas obligatoire et il est payant (18 euros par an), 44% de la population en possède un.

Les maisons médicales pluridisciplinaires sont très minoritaires mais en augmentation. Les premières sont nées en 1971. Elles ont longtemps été peu nombreuses et liées à des initiatives spontanées. Certaines ont opté pour un mode de financement forfaitaire en accord avec l'assurance maladie. La dynamique pour le regroupement des professionnels est minoritaire, et semble plus intéresser les femmes et les nouvelles générations de médecins (pour des raisons de condition de travail et de qualité de vie).

Au niveau politique la question du regroupement des médecins commence à être discutée. Il est fort probable que cette situation évolue dans les années à venir.[31]

IV.2.3. Italie : médecins avec un exercice individuel et rémunérés à la capitation

Depuis 1978 le système de santé est un système national, dans le but d'une couverture universelle des soins et d'une plus grande équité dans les soins. Les médecins sont rémunérés sur la base de la capitation.

Des politiques d'incitation financière aux regroupements pluridisciplinaires existent depuis quelques années. Elles visent à améliorer la permanence des soins ainsi que la qualité et la productivité. Elle est parallèle à une augmentation des soins ambulatoires suite à une réglementation plus stricte des finances de l'hôpital.[31]

IV.2.4. Etats-Unis : des regroupements pluridisciplinaires en expérimentation

En ce qui concerne le système d'assurance maladie, les personnes de plus de 65 ans bénéficient du système *Medicare* et ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté, sont sous le régime *Medicaid*. La plupart des américains dispose d'une assurance maladie payée par l'employeur. Environ 20% des américains ne sont pas assurés notamment si l'entreprise est petite et que l'employeur ne peut pas prendre en charge l'assurance maladie.

L'État développe de manière expérimentale des regroupements pluridisciplinaires dans les « *Patient Centered Medical Home* ». On a peu de recul sur ces structures. [33]
Ses caractéristiques sont :

- des soins centrés et orientés sur le patient
- des soins globaux (physique et mental, prévention, aigu, chronique, bien-être)

- des soins coordonnés (domicile, hôpital, spécialistes,…)
- l'accès aux soins (prise en charge des urgences, permanence téléphonique 24H/24)
- une approche fondée sur un système de qualité et de sécurité (recommandation, évaluation).

Dans le but de maîtriser les dépenses, et d'améliorer la qualité des soins aux malades chroniques, le *disease management* (DM) s'est développé au milieu des années 90. Une étude auprès de médecins traitants américains montre que les patients lors des discussions avec leur médecin sont interrompus après 23 secondes en moyenne. La moitié des patients à l'issue de la consultation n'ont pas compris ce que leur avait dit leur médecin. Un enregistrement de plus de 1 000 consultations montre que les patients ne sont pas impliqués dans les prises de décisions les concernant dans 91 % des cas. Une des explications est le manque de temps. Le DM se concentre sur la prévention, utilise des recommandations scientifiquement fondées dans le but d'accroître les capacités des patients à se prendre en charge. Le DM évalue ses résultats humains, cliniques et économiques. Il est essentiellement mis en œuvre au bénéfice des assurés pris en charge par des *health plans* (assureurs maladies privés intervenant pour des employeurs).

Le DM a pour objectif principal de favoriser une meilleure prise en charge par les malades eux-mêmes de leur pathologie, comme une démarche d'éducation. Les programmes visent également à favoriser la coordination des soins (aide à l'orientation du patient, préparation des consultations, planification des soins). Les patients sont inclus automatiquement dans ces programmes sauf s'ils demandent à en sortir. Les personnes affectées dans le groupe le plus faible (dont l'état de santé est le meilleur) ne feront l'objet que d'une intervention très légère (envois de courriers d'information). Concrètement, le modèle le plus commun d'intervention est fondé sur des appels téléphoniques de professionnels de santé, essentiellement des infirmières. En complément des démarches par téléphone, ont été développé des documents d'information à destination des assurés. Comme les médecins sont majoritairement isolés et rémunérés à l'acte, l'intervention se développe de manière relativement indépendante d'eux.

L'impact des programmes sur l'état de santé des malades peut être estimé positif. Financièrement, le but est de rentabiliser l'argent investi par la diminution du nombre de soins et d'hospitalisations permettant un retour sur investissement pour les employeurs.[32]

IV.3. Conclusion

Pour conclure, on constate que de nombreux pays se penchent sur les mêmes problèmes que la France. On retrouve le problème de la démographie médicale et celui de l'accessibilité aux soins. Le changement de pratique notamment avec la diminution du temps de travail est général. Pour palier en partie à cette pénurie de médecins, la majorité des pays évolue vers un regroupement des professionnels et souvent de manière pluridisciplinaire. Tous les pays le font progressivement (en parallèle souvent à des politiques incitatives). À l'opposé du système français, dans les pays anglo-saxons et scandinaves, les soins primaires constituent l'axe structurant de la politique de santé. Ce sont des pays qui ont fortement développé l'activité en groupe des médecins généralistes.

Il faut quand même remarquer que le regroupement n'est pas synonyme de solution à tous les problèmes. Il impose des difficultés qui ressortent dans le cas de la Finlande (tension induites par le travail en groupe, problèmes d'organisation d'emploi du temps et problèmes de salaires).

Les pays n’ont pas placé ces regroupements dans des hôpitaux, sauf quelques cas comme en Allemagne et en Finlande où les structures comportant des lits pour les personnes âgées évoquent l’équivalence pour chez nous de l’association entre une maison de santé et un hôpital local.

V. EXEMPLES D'HÔPITAUX LOCAUX COLLABORANT AVEC UNE MAISON DE SANTÉ

Dans les exemples présentés ci-après, j'ai choisi de décrire trois cas de figure. Ils se différencient par leur taille, et leur localisation.

V.1 Chatillon sur Indre

Chatillon sur Indre est une petite ville située dans la région Centre à une cinquantaine de kilomètres de Châteauroux. En 2009, une maison de santé s'est ouverte dans l'enceinte de l'hôpital local, initiative visant à maintenir l'offre de soins de proximité en jouant sur le décloisonnement entre l'hôpital et le libéral.

Cette maison offre la particularité d'accueillir sous le même toit des professionnels libéraux et des praticiens hospitaliers. La partie "publique" accueille des consultations avancées de l'hôpital de Châteauroux, centre hospitalier de référence. La partie "privée" ou "libérale" est occupée par des médecins généralistes, des infirmières libérales, un chirurgien-dentiste, un kinésithérapeute, des pédicures-podologues et des médecins du travail. Enfin, une salle relais SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente)-urgences a été aménagée au centre de la structure pour prendre en charge les patients en attendant le véhicule du SAMU.

La vraie difficulté pour l'hôpital local était de faire venir les médecins libéraux, de les garder et de les impliquer dans la vie de l'hôpital car l'enjeu est également celui de la pérennité.[34]

V.2. Mouthe

C'est le chef lieu de canton d'une zone rurale excentrée en moyenne montagne dans le département du Doubs. Ce territoire a une population âgée et est lié au travail frontalier. En 2005, la décision a été prise de reconstruire l'hôpital local. Les professionnels de santé associés à la direction de l'hôpital et au président du conseil d'administration profitent de cette opportunité pour inclure au projet une maison de santé.

La maison de santé est composée :

- de trois médecins généralistes dont un présentant une capacité de gériatrie
- d'un kinésithérapeute libéral à mi-temps libéral
- d'un orthophoniste libéral à mi temps libéral
- d'une diététicienne libérale deux jours par mois
- d'une sage femme un jour par mois
- d'un pédicure podologue un jour par mois
- d'un centre de soins infirmiers
- d'un SSIAD
- d'une ADMR (Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural)
- d'une assistante sociale du secteur à temps partiel
- de vacations d'un médecin du travail.
- Les principaux buts de cette collaboration sont d'améliorer :
- la filière gériatrique autour de l'hôpital local
- les soins de premier recours et les pratiques des professionnels de santé
- la continuité des soins
- la prise en charge des urgences
- la permanence de soins
- la formation des professionnels
- la prévention et l'éducation thérapeutique du patient.

Ce regroupement a aussi pour objectif de maintenir les professionnels dans ce territoire et de favoriser de nouvelles installations. L'accueil des internes et des externes a également commencé.[35]

Figure 12 : maison de santé et hôpital local de Mouthe. Forum Régional du 14 Mars 2009 – Dr Jean Michel Guyon. Projet de la maison de santé multidisciplinaire de Mouthe adossée à l'hôpital local.

V.3. Savenay

Savenay est une ville de 7000 habitants située dans le département de la Loire-Atlantique. La reconstruction de l'hôpital local a favorisé la création d'une maison de santé en 2010.

Cette collaboration a pour objectif d'améliorer l'offre de soins et la qualité de travail. Elle devrait aussi permettre d'attirer de nouveaux professionnels.[36]

Figure 13 : plan maison de santé de Savenay adossée à l'hôpital local. Source : Le projet de maison de santé pluridisciplinaire de proximité adossée à l'hôpital local Loire et Sillon de Savenay (44)

DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

I.1. La construction du questionnaire

I.1.1. Le choix du titre

Le titre du questionnaire est « Enquête sur la collaboration entre un hôpital local et une maison de santé ».

Le terme de « collaboration » a été difficile à trouver. Il fallait un terme qui englobe les hôpitaux locaux travaillant de manière rapprochée avec une maison de santé.

Ce qui compte, c'est l'envie de travailler ensemble, même si la maison de santé n'est pas construite dans l'enceinte de l'hôpital local. La distance maximale par rapport à l'hôpital local du lieu de la maison de santé n'est pas précisée.

Le mot « association » risquait de n'englober que ceux qui ont un contrat écrit d'association entre eux.

I.1.2 Les personnes m'ayant aidés à sa réalisation

Il a été réalisé avec l'aide de plusieurs professionnels dont :

- le docteur DOUINE de Nozeroy
- le docteur GUYON de Mouthe
- le docteur LAPLANTE de la MSA
- M.MERCIER directeur de l'hôpital local d'Arbois
- le docteur GENDRY
- le docteur VUATTOUX
- le professeur DUMEL
- Mlle GRILLOT du service qualité du centre hospitalier de Pontarlier.

I.2. La diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par mail à 320 hôpitaux locaux, adressé aux directeurs et aux médecins.

Le choix de s'adresser aux hôpitaux locaux a été fait car il existe des associations qui permettent de les recenser et d'avoir une liste de diffusion complète facilement. Ce n'est pas le cas des maisons de santé actuellement en France.

La liste des adresses internet a été faite en combinant la liste du site internet de l'AGHL (Association nationale de médecins Généralistes d'Hôpital Local), ainsi que la liste du site internet de la Fédération Hospitalière de France.

Le questionnaire a été envoyé par internet en juin 2010, et les réponses reçues par lettre ou internet entre juin et septembre 2010. Quand les réponses étaient évasives j'ai essayé d'avoir des précisions par téléphone.

I.3. La structure du questionnaire

La plupart des questions sont fermées ce qui rend plus facile leur analyse et permet de pouvoir ressortir des statistiques. Néanmoins, pour chaque question, il est possible d'ajouter des réponses ouvertes non présentes dans les propositions.

Avec l'adresse des hôpitaux locaux, j'ai pu déterminer ceux qui sont en zone sous-médicalisé par les sites internet des ARS.

De plus, grâce aux adresses, j'ai réalisé une carte de France (figure 16) avec leur localisation. J'ai utilisé pour la réaliser, la carte des hôpitaux locaux faite par la DHOS en 2002. On pourra donc voir si la situation géographique a un impact sur les réponses.

- Le début du questionnaire correspond aux données générales des hôpitaux locaux.

Cela permettra de voir s'il existe des différences de réponse dans la suite du questionnaire selon la profession, la capacité de l'hôpital ou son offre de soins.

- Ensuite, une question intermédiaire va permettre de diviser ces hôpitaux en trois groupes :

-les hôpitaux locaux ne collaborant pas avec une maison de santé
-les hôpitaux locaux ayant en projet de collaboration avec une maison de santé
-les hôpitaux locaux collaborant avec une maison de santé

- Chacun de ces groupes aura une partie différente du questionnaire à remplir par la suite :
    - La partie une est destinée aux hôpitaux locaux ne collaborant avec une maison de santé. Son objectif est de déterminer les raisons pour lesquelles ces hôpitaux ne se sont pas lancés dans ce type de projet.
    - La partie deux est destinée aux hôpitaux locaux ayant un projet de collaboration avec une maison de santé. Elle permettra de connaître les professionnels à l'initiative du projet, les difficultés rencontrées et les attentes de cette collaboration.
    - La partie trois est destinée aux hôpitaux locaux en collaboration avec une maison de santé. Dans cette partie il y a un chapitre historique : la date de la collaboration, les professionnels à l'initiative du projet, le propriétaire du bâtiment, les difficultés rencontrées et les buts souhaités au début du projet.
    - La suite des questions porte sur les modifications positives ou négatives apportées par cette collaboration, le dossier médical informatique et le statut juridique entre les structures.
    - Enfin des remarques peuvent être apportées.

I.4. L'analyse des réponses

Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel d'analyse d'enquête SPHINX. Il m'a permis de générer des tableaux de pourcentages, en matérialisant ces pourcentages par des barres de couleurs vertes dans les tableaux. De plus, il m'a permis de réaliser le test de Khi-deux quand c'était utile entre deux variables, afin de savoir si les différences obtenues sont statistiquement significatives (dans ce cas les résultats dans les tableaux seront notés en rose ou en bleu).

J'ai interprété les résultats à l'aide des connaissances exposées dans la première partie de la thèse.