

III. DISCUSSION

Pour commencer, il faut déterminer les limites de l'étude à travers ses biais et ses points forts afin de connaître la portée des résultats de l'enquête.

Ensuite, j'essaierai de déterminer les hôpitaux les plus concernés par la possibilité de se lancer dans cette collaboration.

Pour finir, je discuterai sur les inconvénients et les avantages de cette collaboration pour l'hôpital, pour les professionnels de santé, ainsi que pour les patients.

III.1. Les limites et les points forts de l'étude

III.1.1. Les biais et les points négatifs

On peut voir plusieurs biais à cette enquête :

- Faute de réponses suffisantes à l'enquête, il serait intéressant d'étendre cette étude à un plus grand nombre d'hôpitaux afin de valider mes conclusions.
- Actuellement il n'existe probablement qu'une quinzaine d'hôpitaux locaux qui ont à proximité une maison de santé. Seul, huit d'entre eux ont répondu au questionnaire. Je me limiterais à ces quelques données pour mon analyse.
- Dans un autre registre, les réponses peuvent être influencées de manière consciente ou non par un message que voudrait délivrer le répondant, sa réponse ne reflétant pas exactement la réalité.
- Les questions fermées, ou demandant un nombre maximum de réponses à cocher, peuvent influencer et guider les réponses données.

III.1.2. Les points forts

J'ai fait le choix des questions fermées afin d'établir un lien statistiquement significatif entre les données.

De plus, le sujet de cette enquête fait suite à l'engouement grandissant pour les maisons de santé, c'est donc un sujet d'actualité.

III.2. Les hôpitaux locaux concernés

III.2.1. La situation géographique

L'Est de la France est une zone pionnière en la matière, car les premières collaborations se sont faites dans cette région. C'est également là que s'est créé le plus grand nombre de collaborations.

D'une manière générale, on remarque une forte augmentation des projets de création de maison de santé à proximité d'un hôpital local. En conséquence, cette dynamique est récente. Elle fait suite à l'augmentation depuis quelques années des maisons de santé surtout dans l'Est de la France.

II.2.2. Les facteurs favorisant la création de cette collaboration, et les buts recherchés

On s'aperçoit que deux facteurs favorisent la création d'une maison de santé à proximité de l'hôpital. Le premier est l'opportunité de réaliser cette création comme lorsque des travaux sont prévus au sein de l'hôpital. Le second est la présence de difficultés dans l'organisation des soins.

Le regroupement des acteurs de santé est alors réalisé pour attirer de nouveaux professionnels et améliorer la permanence des soins de l'hôpital (notamment par la proximité).

II.2.3. Les facteurs n'ayant pas d'influence sur la création de cette collaboration

Les données générales du questionnaire montrent que le désir de réaliser cette collaboration n'est lié ni à la capacité d'accueil de l'hôpital concerné ni à la diversité des soins proposés.

La configuration la plus répandue est celle de l'hôpital local travaillant en collaboration avec les cabinets libéraux. Dans une majorité de ces cas, l'organisation des soins est efficace et ne pose pas de difficultés. Par contre nombreux sont ceux qui ont répondu qu'ils pourraient se lancer dans le projet si l'opportunité se présentait. Ces réflexions incitent à croire que la création de ce type de collaboration va continuer à augmenter dans l'avenir.

II.2.4. Les facteurs favorisant l'échec de ces projets

Les échecs décrits pour ces projets sont liés essentiellement à des raisons financières, des conflits interprofessionnels ou politiques.

On note par exemple que les subventions allouées à ce type de projet ont été très variables, et ont fortement influencé sa réussite.

Les subventions par les différents organismes (Fonds européen, Conseil Général, Conseil Régional, FIQCS, Collectivités locales...) sont décisives dans la réussite de ce type de projet. En effet, elles pouvaient représenter presque 70 % du coût des travaux de construction ainsi que d'une partie des coûts de fonctionnement. Actuellement, elles ne peuvent plus dépasser 50% du montant des travaux.

Elles sont attribuées selon certains critères comme la localisation en zone sous-médicalisée, la motivation des acteurs du projet et la qualité du projet de soins présenté.

On remarque une forte augmentation de l'implication des collectivités locales dans la création de ces structures. Cela s'explique par un nouvel intérêt de la part des politiques de favoriser une meilleure organisation des soins de ses citoyens. À cette motivation s'ajoute une opportunité d'obtenir des subventions importantes qui leur sont spécifiques.

Cependant, les subventions prévues pour ces créations n'augmentent pas proportionnellement au nombre de projets. En conséquence, il est probable que plusieurs projets n'aboutissent pas, faute de subventions suffisantes.

III.3. Les bénéfices et les inconvénients

La création d'une telle structure engendre obligatoirement des contraintes et des atouts pour chacun.

III.3.1. Pour l'hôpital local

III.3.1.1 Les points négatifs

L'organisme qui prend en charge cette structure prend un risque financier variable en fonction du montant des subventions perçues. C'est souvent l'hôpital qui prend ce risque.

III.3.1.2. Les points positifs

La collaboration avec une maison de santé améliore la permanence des soins à l'hôpital. En effet, la proximité et le travail en groupe des professionnels de santé permettent une réponse médicale plus rapide, spécialement en cas d'urgence. Elle répond donc à une des principales préoccupations des hôpitaux locaux.

L'intérêt de l'hôpital est d'avoir à proximité plus de professionnels dans de multiples disciplines, améliorant la prise en charge globale du patient. Cela est favorisé par la présence d'une maison de santé.

De plus, dans cette enquête les professionnels libéraux intervenant dans la maison de santé semblent être plus engagés dans leurs missions à l'hôpital.

La proximité de ces structures permet une formation commune des soignants.

Par cette démarche, l'hôpital valorise son action de soins auprès de la population, et assied sa légitimité. Cela assure la pérennisation de sa place dans le système de soins, et favorisera éventuellement une opportunité d'agrandissement.

III.3.2. Pour les professionnels de santé

III.3.2.1. Les points négatifs

La collaboration avec l'hôpital permet de mettre en commun une partie des tâches administratives et de les faire réaliser par un secrétariat. En contrepartie la maison de santé engendrent de nouvelles charges administratives : dossiers pour les subventions, dossiers pour les nouvelles missions (comme les programmes d'éducation thérapeutiques du patient), dossiers pour de nouveaux modes de rémunérations, dossiers d'évaluation des missions financées, réunions de coordination et de fonctionnement. De plus, elles se cumulent à celles de l'hôpital.

D'après l'enquête, cette augmentation de travail est très mal perçue.

En conséquence, cette lourdeur administrative a un impact sur le temps octroyé au patient, et sur le temps personnel. Ces deux éléments, travail administratif et diminution du temps personnel sont des contraintes qui freinent surtout les jeunes professionnels qui souhaiteraient intégrer ces structures.

En comparaison d'un cabinet libéral, il existe une majoration des coûts de fonctionnement en maison de santé. D'autre part, l'activité au sein de l'hôpital local est aussi moins lucrative que le travail libéral. L'association des deux pourrait ne pas être retenue pour des raisons financières.

III.3.2.2. Les points positifs

- **Les aspects financiers et administratifs**

Lorsque l'hôpital finance la maison de santé, il propose généralement aux professionnels une opération blanche, c'est-à-dire, que le montant des loyers supporte uniquement le remboursement de l'emprunt effectué.

De plus, lorsque la maison de santé est à proximité immédiate de l'hôpital, celui-ci peut gérer les charges de toute la structure.

Les professionnels libéraux peuvent exploiter le savoir faire de l'hôpital. En effet, il a une longue expérience notamment dans les enquêtes de qualité et les autoévaluations. Ce mode de travail est applicable à la maison de santé.

Les protocoles utilisés à l'hôpital, peuvent aussi être appliqués dans la maison de santé, comme par exemple ceux sur l'hygiène.

- **Les soins, les conditions de travail et la formation**

Le regroupement de professionnels permet l'amélioration des conditions de travail. Il harmonise les horaires de travail et donne plus de souplesse dans les plannings (gestion des urgences, travail à temps partiel, gestion des vacances). Le secrétariat gère intégralement le planning de tous les intervenants qui le souhaitent.

De plus, les acteurs apprécient l'amélioration des relations entre collègues et la convivialité de la structure.

Grâce à cette maison de santé pluridisciplinaire et proche de l'hôpital, le professionnel libéral a accès à un plus grand plateau technique. Cela lui permet une meilleure prise en charge du patient.

Cette collaboration permet de réaliser des missions complémentaires au travail traditionnel des professionnels comme les programmes d'éducation thérapeutique ainsi que des réunions pluridisciplinaires autour d'un patient.

La maison de santé permet d'avoir un dossier commun par patient, favorisant sa prise en charge.

D'après les résultats de cette enquête, il semble que la nouvelle génération de professionnels soit en partie attirée par ce type de structure. En effet, elle répond favorablement aux préoccupations d'amélioration des conditions de travail. De plus, l'hôpital local permet une rémunération mixte, ainsi qu'une diversité dans le travail en poursuivant celui réalisé en libéral, avec par exemple la prise en charge de pathologies aiguës, ou l'exploration diagnostique.

III.3.3. Pour les patients

III.3.3.1. Les points négatifs

Grâce à cette collaboration, le patient trouve en un lieu unique tous les soins primaires. Cependant, la taille de la structure n'est pas appréciée par tous. Certains préfèrent le coté plus personnel d'un cabinet de médecine générale.

Les patients les plus éloignés auront systématiquement une longue distance à parcourir pour se soigner.

III.3.3.2. Les points positifs

Grâce à la proximité entre la maison de santé et l'hôpital, les patients hospitalisés sont pris en charge plus rapidement. Ensuite, la proximité avec leur médecin favorisera leur suivi.

La dynamique des maisons de santé favorise l'installation de nouvelles professions qui viennent s'intégrer à cette structure, proposant ainsi une offre de soins pour les patients plus complète et complémentaire à celle de l'hôpital local.

Grâce à des conditions de travail favorables dans cette collaboration (plateau technique plus grand, partage des informations et des compétences, possibilité de prendre à plusieurs des décisions compliquées sur un dossier), la prise en charge des patients peut être améliorée.

De plus, le groupement de professionnels d'une même discipline, permet au patient d'avoir un choix plus large dans les horaires de consultation.

III.3.4. Pour les collectivités locales

Les collectivités locales sont rassurées par une offre de soins qui devrait être plus fiable et stable dans le temps.

Elles sont très attentives à l'image qu'elles donnent.

De plus, s'investir dans une recherche d'amélioration de la qualité des soins est une démarche généralement appréciée par les électeurs.

IV. PROPOSITIONS

Il faut présenter ces nouvelles structures aux autres professionnels de santé et aux étudiants en proposant des stages afin de mieux assurer la relève. Une réflexion peut être menée sur l'image qu'on donne de la médecine générale durant les études médicales.

Lors de l'élaboration d'un projet, il est capital que tous les acteurs soient très impliqués. Ce type de projet nécessite un engagement des participants pour assurer son bon fonctionnement. C'est pourquoi un projet ne peut aboutir s'il n'est élaboré que par les collectivités locales.

Dans la poursuite de l'amélioration des soins des patients hospitalisés, il faut continuer le décloisonnement entre l'ambulatoire et l'hospitalier. Cela permettra au patient de bénéficier d'une offre de soins plus complète.

Lorsqu'une maison de santé est implantée dans l'enceinte du bâtiment de l'hôpital, il faut veiller à bien différencier les deux structures, afin qu'il n'y ait pas de confusions pour le patient.

Il faut continuer à chercher des financements nécessaires aux professionnels de santé pour rémunérer leur travail administratif supplémentaire ou pour en déléguer une partie. Le temps ainsi libéré peut être octroyé aux soins.

Au niveau informatique, il est essentiel de mettre en commun les dossiers des patients et d'utiliser un logiciel identique pour tous. Cependant, un des freins au réseau informatique généralisé est la crainte de la part de l'hôpital de complications informatiques (comme un virus) si le réseau est relié à celui du libéral. D'autre part, il faudra veiller à ce que cette mise en commun des données ne nuise pas à la confidentialité du dossier du patient.

Pour faciliter la création de ce type de collaboration, un grand effort de la part de l'Etat doit être réalisé pour simplifier les démarches. L'expérience montre que les maisons de santé ont des statuts juridiques très variés. Cela prouve qu'il n'existe pas de statut adapté. Le nouveau statut juridique (SISA) va bientôt être disponible. Celui-ci devra être souple en raison des diversités des maisons de santé.

Il faudra réaliser des enquêtes ultérieures, afin de suivre l'évolution de ces collaborations.

CONCLUSION

Cette étude a ses limites. Pour l'instant on a peu de recul sur ce type de fonctionnement, la plupart de ces collaborations ayant été créées récemment. Cette enquête n'a de valeur qu'à un instant précis. On peut imaginer que d'ici une décennie, la situation aura évolué et que les préoccupations seront différentes. Il serait utile de refaire une enquête d'autant plus que l'avenir des hôpitaux locaux reste incertain.

Le regroupement des professionnels de santé pour améliorer l'organisation des soins n'est pas une spécificité française. Il est développé dans nombreux autres pays principalement en Europe depuis de nombreuses années, et ces mesures sont en majorité efficaces.

Un tel projet de collaboration entre une maison de santé et un hôpital local, ne peut voir le jour que si des acteurs de santé s'y engagent. De plus, il est important de rappeler que ce n'est pas la structure qui fait le soin mais les professionnels de santé qu'ils soient en groupe ou non.

La politique menée actuellement, favorise l'augmentation des internes en médecine générale dans les régions les plus déficitaires. L'augmentation du nombre de stages dans les hôpitaux locaux et les maisons de santé, permettrait de mieux faire connaître ce milieu et de favoriser les opportunités d'installation. Ces collaborations peuvent potentiellement répondre aux attentes des internes (travail en groupe, conditions de travail et mode de rémunération mixte).

La collaboration d'une maison de santé avec l'hôpital local correspond à une complémentarité de l'offre de soins qui semble être positive et qui est amené certainement à se développer.

L'étude tend à montrer que les professionnels jugent que cette collaboration permet de répondre en partie à certains besoins de l'hôpital local, notamment, l'attrait de nouveaux professionnels, la permanence des soins et l'amélioration du suivi du patient. Par ailleurs, l'amélioration des relations interprofessionnelles et la qualité du travail ressentie ressortent comme des points très positifs.

En contrepartie, le professionnel libéral fait face à de nouvelles charges administratives. Pour faciliter cette collaboration, il faut mettre en place une rémunération du travail administratif et de coordination ou déléguer ces tâches afin d'avoir plus de temps à consacrer aux soins.

Dans l'avenir, la progression de l'informatique médicale facilitera la collaboration entre l'hôpital et la maison de santé en ayant un seul logiciel de gestion des dossiers des patients.

L'organisation de l'accès aux soins sur le territoire, en raison de leur diversité, nécessite une approche régionale et déclinée en territoire de santé. L'hôpital local et la maison de santé sont des maillons dans les soins de premier recours. Cette collaboration est un lien naturel entre le domicile et les centres hospitaliers.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le Questionnaire

ENQUETE SUR LA COLLABORATION ENTRE UN HOPITAL LOCAL ET UNE MAISON DE SANTE

Les informations recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que d'effectuer un état des lieux dans ce domaine et d'apprécier l'association d'un hôpital local à une maison de santé.

Etablissement _____ Ville _____
(Entité juridique)

Professionnels participant au remplissage :

- Directeur : _____ (indiquer le nom/prénom)
 Président de CME : _____ (indiquer le nom/prénom)
 Autre : _____ (indiquer le nom/prénom/fonction)

Données générales

1. Capacités d'accueil : (nombre de lits et places installés à janvier 2010)

2. Type de prise en charge :

- Médecine (court séjour)
 Soins de Suite et de Réadaptation
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 Hospitalisation A Domicile

3. Professionnels médicaux et paramédicaux travaillant à l'hôpital :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Médecins généralistes | <input type="radio"/> Kinésithérapeutes | <input type="radio"/> Aides à domicile |
| <input type="radio"/> Médecins gériatres | <input type="radio"/> Infirmières | <input type="radio"/> Dentiste |
| <input type="radio"/> Médecins avec autres spécialités | <input type="radio"/> Aides-soignantes | <input type="radio"/> Orthophonistes |
| <input type="radio"/> Assistantes sociales | <input type="radio"/> Psychologues | <input type="radio"/> Podologues |
| <input type="radio"/> Diététicienne | <input type="radio"/> Ergothérapeutes | |
| <input type="radio"/> Autre(s) : _____ | | |

4. Offre de soins :

- En termes de plateau technique :

- Laboratoire d'analyse médicale Radiologie Accueil de jour

- Collaboration avec des réseaux de santé : Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) :

- Réseau douleur
 Réseau Soins palliatifs
 Réseau gérontologique
 Autre : _____

Au niveau de l'hôpital, existe-t-il une collaboration étroite avec une maison de santé (adossée ou à proximité) ?



PARTIE 1 destinée aux hôpitaux locaux ne collaborant pas avec une maison de santé

5. Quels sont les raisons pour lesquelles cette configuration n'a pas été retenue ?

Numérotez et ordonnez 3 réponses maximum, 1 étant la raison principale

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Financement | <input type="checkbox"/> Perte foncière (du cabinet) |
| <input type="checkbox"/> Conflits entre les professionnels | <input type="checkbox"/> Perte de revenu possible |
| <input type="checkbox"/> Manque d'intérêt des professionnels | <input type="checkbox"/> Manque d'appui des collectivités territoriales |
| <input type="checkbox"/> Pas de nécessité: bon fonctionnement avec des cabinets libéraux | |
| <input type="checkbox"/> Pas de nécessité: bon fonctionnement avec des pôles de santé | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

PARTIE 2 destinée aux hôpitaux locaux ayant en cours un projet de collaboration avec une maison de santé

6. Qui est à l'initiative du projet ?

- Professionnels de santé externes à l'hôpital (professions libérales)
- Professionnels de santé de l'hôpital (direction, médecins...)
- Collectivités territoriales (communes, communauté de communes)

7. À quels besoins de l'hôpital local cette collaboration répond-elle?

Numérotez et ordonnez 5 réponses maximum, 1 étant le besoin principal

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amélioration des relations interprofessionnelles | <input type="checkbox"/> Amélioration du suivi du patient |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la permanence des soins | <input type="checkbox"/> Amélioration de l'offre de soins de proximité |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la coordination avec les réseaux | <input type="checkbox"/> Mutualisation des moyens |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la qualité du travail | <input type="checkbox"/> Exercer dans des organisations collectives |
| <input type="checkbox"/> Diminution du temps de travail | <input type="checkbox"/> Amélioration de la formation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Attractivité pour de nouveaux professionnels | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

8. Quels sont les freins et les difficultés que vous observez à ce stade ?

Numérotez et ordonnez 3 réponses maximum, 1 étant la difficulté principale

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Financement | <input type="checkbox"/> Perte foncière (du cabinet) |
| <input type="checkbox"/> Conflits entre les professionnels | <input type="checkbox"/> Perte de revenu possible |
| <input type="checkbox"/> Manque d'intérêts des professionnels | <input type="checkbox"/> Manque de temps |
| <input type="checkbox"/> Refus de participation des professionnels. Si oui, pourquoi : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

PARTIE 3 destinée aux hôpitaux locaux collaborant actuellement avec une maison de santé

A. HISTORIQUE

9. De quand date la collaboration entre la maison de santé et l'hôpital local ? (année)

10. Qui fut à l'initiative du projet ?

- Professionnels de santé externes à l'hôpital (professions libérales)
- Professionnels de santé de l'hôpital (direction, médecins...)
- Collectivités territoriales (communes, communauté de communes)

11. Qui est le propriétaire de la maison de santé ?

- Une association de professionnels de santé
 La communauté de commune
 L'hôpital
 Autre, précisez : _____

12. Quelles ont été les motivations de départ ?

Numérotez et ordonnez 5 réponses maximum, 1 étant la motivation principale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amélioration des relations interprofessionnelles | <input type="checkbox"/> Amélioration du suivi du patient |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la permanence des soins | <input type="checkbox"/> Amélioration de l'offre de soins de proximité |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la coordination avec les réseaux | <input type="checkbox"/> Mutualisation des moyens |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de la qualité du travail | <input type="checkbox"/> Exercer dans des organisations collectives |
| <input type="checkbox"/> Diminution du temps de travail | <input type="checkbox"/> Amélioration de la formation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Attractivité pour de nouveaux professionnels | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

13. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Numérotez et ordonnez 3 réponses maximum, 1 étant la principale difficulté rencontrée

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Financement | <input type="checkbox"/> Perte foncière (du cabinet) |
| <input type="checkbox"/> Conflits entre les professionnels | <input type="checkbox"/> Perte de revenu possible |
| <input type="checkbox"/> Manque d'intérêts des professionnels | <input type="checkbox"/> Manque de temps |
| <input type="checkbox"/> Refus de participation des professionnels. Si oui, pourquoi : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

B. ACTUELLEMENT

14. Quels sont les professionnels travaillant à la maison de santé et à l'hôpital local ?

	Travaillant à la maison de santé	Participant aussi à l'activité hospitalière
- Médecins généralistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Médecins autres spécialités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Kinésithérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Infirmières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Podologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Diététiciennes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Psychologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Dentistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Assistantes sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Orthophonistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ergothérapeutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Autre : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Le dossier patient de l'hôpital local est-il informatisé ? Oui Non
↳ si oui, est-il commun avec le dossier de la maison de santé ? Oui Non

16. La maison de santé est-elle dans le même bâtiment que l'hôpital ? Oui Non

17. Quel est le cadre juridique entre la maison de santé et l'hôpital local ?

- GCS (groupement de coopération sanitaire)
 Autre : _____

18. Vu de l'hôpital, comment jugeriez-vous les changements qui ont suivi la collaboration avec la maison de santé concernant les items suivants ?

	Très positif	Positif	Négatif	Très négatif
Relations interprofessionnelles avec les professionnels de la maison de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations interprofessionnelles avec les professionnels non adhérents à la maison de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanence des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participation à des réseaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sortie ou entrée d'un patient à l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivi des patients à l'intérieur de l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation des professionnels libéraux dans leur engagement par rapport à l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diversification des actes techniques (dentiste,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diversification des compétences humaines, des spécialités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité du travail ressenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attractivité pour de nouveaux professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formations professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Charge de travail administratif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Propice à la création de nouveaux projets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Education du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Santé publique (vaccin,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durée d'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrainte de responsabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrainte administrative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrainte financière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confidentialité du dossier patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fonctionnalité du dossier patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accessibilité du dossier patient en fonction du lieu de support informatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accessibilité du dossier patient en fonction de la profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Remarques et/ou précisions sur les points positifs des changements observés :

19. Cette collaboration favorise-t-elle la connaissance par les internes en médecine générale de l'hôpital local ?

Oui Non

20. Remarques, commentaires libres

ANNEXE 2 : la CNIL : guides pour les professionnels de santé[24], règles et conseils

Il existe cinq principes applicables aux fichiers papiers ou informatiques donnés par la CNIL:

- le principe de finalité : le recueil d'information doit être fait pour un usage déterminé et légitime
- le principe de pertinence des données
- le principe de durée limitée de conservation, le droit d'oubli
- le principe de sécurité et de confidentialité des données: par exemple chacun doit disposer d'un mot de passe individuel et régulièrement renouvelé. Le mot de passe choisi doit être constitué de huit caractères au moins. Il doit comprendre trois types de caractères parmi les quatre possibles (majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux). Il doit être renouvelé au moindre doute de compromission et si possible de manière périodique (tous les ans).
- le principe du respect du droit des personnes. Le patient doit être clairement averti de la collecte des informations, de son objectif, des destinataires. Ils doivent pouvoir refuser ou rectifier, ainsi qu'accéder à leur dossier en intégralité. Le délai est de huit jours pour obtenir ce dossier, ce délai passe à deux mois si le dossier date de plus de cinq ans. Les droits du patient mineur, et le dossier d'un patient décédé sont des cas particuliers. Pour le patient mineur, le médecin ne pourra délivrer d'information le concernant au titulaire de l'autorité parentale si celui-ci s'y oppose. Pour les ayants droits d'une personne décédée, sauf volonté contraire exprimée par l'intéressé de son vivant, ils peuvent accéder à certaines informations du dossier médical pour trois motifs :
 - connaître les causes de décès ;
 - défendre la mémoire du défunt ;
 - ou faire valoir leurs droits.

Ils doivent préciser le motif de la demande d'accès. Les professionnels de santé doivent s'assurer avant toute communication de l'identité du demandeur, de sa qualité d'ayant droit, du motif de la demande afin de s'assurer qu'elle correspond à un des cas prévus par la loi, de l'absence d'opposition du défunt. Les professionnels doivent ensuite veiller à ce que seules soient communiquées les informations nécessaires pour satisfaire la demande. Seules sont concernées les pièces du dossier répondant au motif de la requête.

La CNIL conseille de désigner un correspondant informatique et liberté (CIL), qui vielle à l'application des règles d'informatique. Cette nomination exonère de déclaration la plupart des fichiers. Le formulaire de désignation est sur le site internet du CNIL. Ce correspondant peut être formé par le CNIL qui propose des ateliers gratuits. Puis ce correspondant pourra être en relation avec le CNIL pour toutes questions ultérieures.

Le DMP est prévu dans la loi relative à l'assurance maladie depuis 2004. Il est opérationnel dans quatre régions pilotes : Aquitaine, Picardie, Alsace et Franche-Comté. Il est encadré par la CNIL. Le DMP est un dossier accessible depuis internet, sous le contrôle du patient par les professionnels de santé grâce à la carte vitale. De plus, le patient peut accéder au DMP depuis son ordinateur personnel. Pour l'instant on peut y retrouver par exemple des comptes rendu d'hospitalisation.

ANNEXE 3 : Les réponses « autre » du questionnaire

Pour la question 5 :

La réponse « autre » est cochée 16 fois. Elles ont été redistribuées de la manière suivante :

Dans la catégorie « manque d'intérêt des professionnels », j'ai ajouté les réponses :

- « existence d'un cabinet médical de garde, avec permanence des soins »
- « absence de demande des professionnels libéraux, par contre collaboration avec une maison médicale de garde et location des locaux mis à disposition »

Dans la catégorie « financement », j'ai ajouté les réponses :

- d'après un entretien téléphonique la cause de l'échec du projet est le financement, mais la réponse écrite est « les médecins de la maison de santé multidisciplinaire du Vieux moulin qui sont ceux qui participent à 90% à l'activité de l'hôpital regrettent l'échec du projet qui prévoyait à terme la construction de la maison de santé à l'entrée de l'hôpital local. Heureusement, la collaboration persiste dans les faits.
- « la DDASS est opposée au projet du fait que l'hôpital participe au financement d'une structure libérale. La maison de santé s'est construite plus loin avec financement de la communauté de commune »

Dans la catégorie « conflits entre professionnels », j'ai ajouté les réponses :

- « région un peu isolée, la collectivité et l'hôpital ont peur de la pénurie de médecins d'ici quelques années. Ils ont proposé aux médecins généralistes de les aider financièrement pour construire une maison de santé soit dans l'hôpital soit à coté. Le projet n'a pas abouti car les professionnels ont peur de l'aspect financier, mais surtout de travailler ensemble et de ne pas s'entendre.»

Les quatre nouvelles catégories sont :

1. « pas de maison de santé à proximité » : les réponses écrites cinq fois tel quel dans les réponses, et une de ces réponses précise : « mais un projet est à l'étude »
2. « pas de projet de maison de santé, pas d'opportunité », les réponses écrites sont :
 - « cette configuration n'a pas fait l'objet de projet »
 - « pas de projet de maison de santé au niveau municipal »
 - « pas encore de projet concret »
 - « l'opportunité ne s'est pas présentée à ce jour, nous remplissons peut être la partie deux d'ici quelques mois »
3. « peu de relation avec les médecins libéraux », car seul des médecins salariés travaillent à l'hôpital.
4. « refus de la population car divergence politique », mais la réponse écrite est : « abandon du projet de maison de santé (opposition de la population d'où avortement du projet) », dans l'entretien téléphonique qui a suivi, on m'a précisé que cette opposition a des origines politiques.

Pour la question 8 :

La réponse « autre » est cochée 9 fois. Elles ont été redistribuées de la manière suivante :

Dans la catégorie « financement », j'ai ajouté les réponses:

- « délai de mise en œuvre du projet lié au code des marchés publics »
- « lenteur du financement de l'Etat »

Dans la catégorie « conflits entre les professionnels », j'ai ajouté la réponse :

- « difficultés ou craintes de travailler ensemble, en équipe »

Les cinq nouvelles catégories sont :

- « complexité des dossiers »
- « manque d'implication de la commune »
- « conflit entre la communauté de commune et la mairie »
- « pénurie de médecin »
- « aucun frein » (cité deux fois)

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Burdillat M. Avons-nous trop de médecins en France? Question de santé publique Institut de recherche en santé publique; 2010.
- [2] Le breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2011.
- [3] Attal-toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DRESS (direction de la recherche des études et des statistiques); 2009.
- [4] Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Désirs et attentes des internes de troisième cycle de médecine générale; 2007.
- [5] Mousques J. Soins et services de santé primaire ou de premier recours: analyse comparée des organisations. Assises nationales de l'AGHL; 2010.
- [6] Acker D. Rapport sur les centres de santé; 2007.
- [7] ARS de Franche-Comté. Plan Régional de Santé 2012-2016: Plan stratégique et schémas; 2011.
- [8] Vauthier J-C. L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine; état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et mes perspectives futures. Proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. Henri Poincaré Nancy 1; 2006.
- [9] Gaze Desjardins M-L, Nolfo N, Bousquet T. L'offre de soins en milieu rural, une urgence pour demain. Bulletin d'information de la mutualité sociale agricole 84; 2008.
- [10] Levasseur G, Mari C, Schweyer F-X. Installation des jeunes médecins généralistes. Un accompagnement est-il possible? Etude sur un dispositif d'accompagnement à l'installation des jeunes médecins. Les dossiers de l'URCAM de Bretagne 25; 2006.
- [11] Observatoire régional de la santé. Les médecins généralistes diplômés en Franche-Comté. Description des situations professionnelles, analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral; 2007.
- [12] Berlan Y. Commission démographie médicale; 2005.
- [13] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le renouvellement des effectifs médicaux; 2008-2009.
- [14] Le breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en région Franche-Comté, situation au 1er janvier 2009. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2009.
- [15] Ministère de la Santé et des Solidarités. Dossier de presse "Réponses au défi de la démographie médicale"; 2006.
- [16] Observatoire régional de la santé et région Nord-Pas de Calais. Maisons de santé: pluriel et singulier du Nord-Pas-De-Calais; 2009.
- [17] Juilhard J-M, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement; 2009.
- [18] URCAM. Maison médicale pluridisciplinaire: aide à l'élaboration d'un projet; 2005.
- [19] Flament L, URCAM POITOU CHARENTE. Accompagnement à l'installation. Colloque national sur les maisons de santé- Besançon; 2008.
- [20] Robin C. Les maisons de santé: à propos d'une expérience de création de maison de santé dans l'Ain. Claude bernard Lyon 1; 2006.
- [21] MSA, Dordogne. Accès aux soins en Dordogne. Maisons de santé rurales pluridisciplinaires. Forum régional sur les maisons de santé; Besançon; 2009.
- [22] MSA. Boîte à outils: maisons de santé rurales; 2006.
- [23] Bourgueil Y, Clement M-C, Couralet P-E, Mousques J, Pierre A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé 147; 2009.
- [24] CNIL. Guide des professionnels de santé; 2011.
- [25] Herault D. Permanence des soins et hôpital local. AGHL; 2002.

- [26] FEMASAC, URCAM, MSA, Franche-Comté Conseil Régionale de Franche-Comté. Recommandations: concevoir et faire vivre une maison de santé. Séminaire national des maisons de santé; Besançon; 2008.
- [27] Mouras C. La conception des dynamiques de développement en hôpital local, une approche de management stratégique à l'hôpital local de la Châtaigneraie. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique; 2004.
- [28] Moline E. L'hôpital public en France: bilan et perspectives: République française, avis et rapport du conseil économique et social; 2005.
- [29] DRESS. Les établissements de santé en 2006; 2006.
- [30] Corvez A. territoire et accès aux soins, rapport de groupe de travail. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. CREDES. Annexes 5: réflexion sur la place de l'hôpital local; 2003.
- [31] Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe de soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives. IRDES; 2007.
- [32] Bras P-L, Duhamel G, Grass E. Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de "disease management". RM2006-136P (membres de l'inspection générale des affaires sociales); 2006.
- [33] FM. Patient Centered Medical Home (PCMH): l'équivalent de notre maison de santé pluriprofessionnelle aux Etats-Unis?; 2011.
- [34] hôpital.fr. Indre: une maison pluridisciplinaire pour redynamiser l'hôpital local; 2009.
- [35] Guyon J-M. Projet de la maison de santé multidisciplinaire de Mouthe adossée à l'hôpital local. Forum régional sur les maisons de santé; Besançon; 2009.
- [36] URML des Pays de Loire. Le projet de Maison de Santé pluridisciplinaire de proximité adossée à l'Hôpital local Loire et Sillon de Savenay (44). Séminaire sur les pôles de santé libéraux; 2009.

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : pyramide des âges des médecins généralistes en activité totale, Atlas 2011, CNOM	17
<u>Figure 2</u> : densité des médecins généralistes libéraux en activité régulière à l'échelle des bassins de vie, Atlas 2011, CNOM	18
<u>Figure 3</u> : 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.	19
<u>Figure 4</u> : Le secteur d'activité des nouveaux inscrits en médecine générale, Atlas 2011, CNOM	20
<u>Figure 5</u> : Carte d'installation des jeunes médecins à l'échelle départementale. CNOM 2011.....	21
<u>Figure 6</u> : choix installation des jeunes médecins généralistes en Franche-Comté.....	23
<u>Figure 7</u> : carte de France métropolitaine des zones sous-médicalisées en 2006, Ministère de la santé et de la solidarité.....	25
<u>Figure 8</u> : Image tirée du Bulletin d'information de la mutualité sociale agricole (MSA) de mai 2008 n°84.....	29
<u>Figure 9</u> : carte de la Franche-Comté des maisons de santé en mai 2011. (ARS Projet régional de santé 2012-2016).....	37
<u>Figure 10</u> : carte de localisation des 350 hôpitaux locaux en 2002, publiée par le DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins).....	46
<u>Figure 11</u> : carte des centres hospitaliers en Franche-Comté en 2007. Parthage cartographie Franche Comté 2007.....	47
<u>Figure 12</u> : 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.....	58
<u>Figure 13</u> : 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)	59
<u>Figure 14</u> : profession des répondants (logiciel le SPHINX)	65
<u>Figure 15</u> : collaboration de l'HL avec une maison de santé (logiciel le SPHINX).....	66
<u>Figure 16</u> : localisation des répondants (carte réalisée à partir de la figure 10).....	68

<u>Figure 17</u> : capacité d'accueil de l'HL (logiciel le SPHINX).....	69
<u>Figure 18</u> : type de prise en charge réalisé par l'HL (logiciel le SPHINX).....	70
<u>Figure 19</u> : Professionnels médicaux et paramédicaux travaillant à l'HL (logiciel le SPHINX).....	71
<u>Figure 20</u> : les raisons de l'absence de collaboration, sans le rang des réponses données (logiciel le SPHINX).....	76
<u>Figure 21</u> : l'initiateur du projet (logiciel le SPHINX) 78	
<u>Figure 22</u> : les avantages recherchés par l'HL dans cette collaboration, sans le rang des réponses données (logiciel le SPHINX).....	80
<u>Figure 23</u> : les freins et les difficultés dans le projet, sans le rang des réponses données (logiciel le SPHINX).....	82
<u>Figure 24</u> : nombre cumulé de collaborations entre un HL et une maison de santé en fonction des années de création.....	84
<u>Figure 25</u> : l'initiateur du projet (logiciel le SPHINX).....	85
<u>Figure 26</u> : le propriétaire de la maison de santé (logiciel le SPHINX).....	86
<u>Figure 27</u> : les motivations pour la réalisation de ce projet, sans le rang des réponses données (logiciel le SPHINX).....	88
<u>Figure 28</u> : les difficultés rencontrées dans la réalisation de ce projet, sans le rang des réponses données (logiciel le SPHINX).....	90
<u>Figure 29</u> : présence d'un dossier informatisé dans l'HL (logiciel le SPHINX).....	92
<u>Figure 30</u> : présence d'un dossier commun avec la maison de santé dans l'HL (logiciel le SHPINX).....	92
<u>Figure 31</u> : présence de la maison de santé dans le bâtiment de l'HL (logiciel le SPHINX)...	93
<u>Figure 32</u> : les changements apportés par la collaboration (logiciel SPHINX).....	97
<u>Figure 33</u> : connaissance de l'HL par les internes en médecine générale favorisée par la collaboration (logiciel le SPHINX).....	99

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire (IRDES rapport 1675).....	49
<u>Tableau 2</u> : Pays où l'exercice individuel des médecins généralistes est majoritaire (IRDES rapport 1675).....	52
<u>Tableau 3</u> : HL en zone sous-médicalisée (logiciel le SHPINX).....	67
<u>Tableau 4</u> : capacité d'accueil de l'HL, résultats détaillés en fonction des « groupes ».....	69
<u>Tableau 5</u> : type de prise en charge réalisé l'HL, résultats détaillés en fonction des « groupes » (logiciel le SPHINX).....	70
<u>Tableau 6</u> : Professionnels médicaux et paramédicaux travaillant à l'HL, résultats détaillés en fonction des « groupes » (logiciel le SPHINX).....	72
<u>Tableau 7</u> : le plateau technique présent dans l'HL (logiciel le SPHINX).....	73
<u>Tableau 8</u> : le réseau de santé dans l'HL (logiciel le SPHINX).....	74
<u>Tableau 9</u> : les raisons de l'absence de collaboration, avec le rang des réponses données	76
<u>Tableau 10</u> : les avantages recherchés par l'HL dans cette collaboration, avec le rang des réponses données	79
<u>Tableau 11</u> : les freins et les difficultés dans le projet, avec le rang des réponses données	82
<u>Tableau 12</u> : les motivations pour la réalisation de ce projet, avec le rang des réponses données	87
<u>Tableau 13</u> : les difficultés rencontrées dans la réalisation de ce projet, avec le rang des réponses données	89
<u>Tableau 14</u> : les professionnels travaillant dans la maison de santé, et conjointement à l'HL.....	91
<u>Tableau 15</u> : cadre juridique entre la maison de santé et l'HL.....	94

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION.....	11
PREMIÈRE PARTIE: ÉTAT DES LIEUX	15
I. LA DÉMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE	17
I.1. La situation en 2011	17
I.1.1. Profil selon l'âge et le sexe.....	17
I.1.2. Des disparités régionales.....	18
I.2. Estimation sur l'évolution de la démographie médicale	18
I.3 L'installation des jeunes médecins	19
I.3.1. Facteurs influençant le lieu et le mode d'exercice.....	19
I.3.1.1. L'exercice en groupe:	19
I.3.1.2. Le cadre de vie:	20
I.3.1.3. La qualité de vie:.....	20
I.3.1.4. Le mode de financement:	20
I.3.1.5. L'opportunité :	21
I.3.1.6. Le lieu de l'internat :.....	21
I.3.2. Les obstacles pour le choix de la médecine générale	22
I.3.2.1. L'image	22
I.3.2.2. La méconnaissance de la médecine générale.....	22
I.3.2.3. Le cursus durant la formation médicale.....	22
I.3.3. L'exemple de la Franche-Comté.....	23
I.4. Les propositions faites par le Ministère de la Santé (pour répondre aux problèmes liés à la démographie médicale)	24
I.4.1. Soutenir les médecins qui exercent dans des zones sous-médicalisées	25
I.4.2. Anticiper les évolutions et les déséquilibres futurs de la démographie médicale :	26
I.5. Conclusion	27
II. LES MAISONS DE SANTÉ.....	28
II.1. Leur nombre et leur répartition.....	28
II.2. Leur composition:.....	28
II.3. Les missions et les objectifs du cahier des charges national	29
II.4. La coordination et la coopération	30
II.4.1. La coordination.....	30
II.4.2. La coopération	30
II.5. Les aides	31
II.5.2. Le Fond National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS)	32
II.5.3. Le Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS).....	32
II.5.4. Les aides des collectivités territoriales	32
II.5.5. Les autres aides.....	33
II.6. leurs difficultés et leurs désavantages	33
II.6.1. Juridique	33
II.6.2. Le coût et le temps.....	34
II.6.2.1. Les coûts d'investissement immobilier et d'équipements.....	34
II.6.2.2. Le temps d'ingénierie et d'accompagnement.....	34
II.6.2.3. Les coûts de fonctionnement	34
II.6.3. Le travail en groupe.....	34
II.6.4. L'informatique.....	35

II.6.5. L'administratif	35
II.6.6. L'engagement des professionnels.....	35
II.6.7. Le territoire de santé	35
II.7. Leurs Avantages et leurs bénéfices	35
II.7.1. La qualité de vie	35
II.7.2. Les conditions de travail.....	35
II.7.3. La qualité du travail.....	36
II.7.4. La formation	36
II.7.5. L'informatique.....	36
II.7.6. L'attractivité des nouveaux professionnels	36
II.8. En Franche-Comté.....	37
II.8.1. Répartition	37
II.8.2. Évaluation.....	37
II.9. Conclusion.....	38
III. LES HÔPITAUX LOCAUX.....	39
III.1. Définition	39
III.2. Historique	39
III.3. Ses missions	40
III.3.1. L'hospitalisation complète	40
III.3.1.1. Le court séjour de médecine.....	40
III.3.1.2. Les SSR	40
III.3.1.3. Les soins de longue durée	40
III.3.2. Les alternatives à l'hospitalisation complète	41
III.3.3. Les consultations avancées de spécialistes.....	41
III.3.4. Les réseaux.....	41
III.3.5. L'accueil inopiné.....	41
III.3.6. La permanence des soins.....	41
III.3.7. La prévention et l'éducation à la santé.....	41
III.3.8. Les activités médico-sociales	41
III.3.9. La formation médicale et paramédicale	42
III.4. Ses atouts.....	42
III.4.1. Les acteurs.....	42
III.4.1.1. Les intervenants.....	42
III.4.1.2. L'attractivité	42
III.4.2. L'emploi	42
III.4.3. L'offres de soins : diversifiées, adaptées, de proximité.....	42
III.4.4. La mutualisation entre hôpitaux	43
III.4.5. L'expérience des enquêtes qualité et d'accréditation.....	43
III.4.6. La graduation de l'offre de soins.....	43
III.5. Ses Difficultés et ses inconvénients	44
III.5.1. L'image	44
III.5.2. Les médecins généralistes et la permanence des soins :	44
III.5.3. Le financement.....	44
III.5.4. Le fonctionnement hospitalier.....	45
III.6. Les besoins et les attentes des acteurs de l'hôpital local.....	45
III.7. Des disparités régionales	45
III.8. En Franche-Comté.....	46
III.9. Conclusion.....	47
IV. LE REGROUPEMENT DES MÉDECINS À L'ÉTRANGER.....	48

IV.1. Pays au sein desquels la pratique en groupe des médecins généralistes est majoritaire	48
IV.1.1. Royaume-Uni : la graduation de l'offre de soins	49
IV.1.2. Finlande : les centres de santé comme base des soins primaires	50
IV.1.3. Suède : un système décentralisé	51
IV.1.4. Pays-Bas : des cabinets « monospécialistes »	51
IV.1.5. Canada : Québec et Ontario : « être accessible pour tous »	51
IV.2. Pays au sein desquels l'exercice individuel des médecins généralistes est majoritaire	52
IV.2.1. Allemagne : les cabinets médicaux individuels	53
IV.2.2. Belgique : partage entre médecins généralistes et spécialistes des soins primaires	54
IV.2.3. Italie : médecins avec un exercice individuel et rémunérés à la capitation	54
IV.2.4. Etats-Unis : des regroupements pluridisciplinaires en expérimentation	54
IV.3. Conclusion	55
V. EXEMPLES D'HÔPITAUX LOCAUX COLLABORANT AVEC UNE MAISON DE SANTÉ	57
V.1. Chatillon sur Indre	57
V.2. Mouthe	58
V.3. Savenay	59
DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTE	61
I. MATÉRIEL ET MÉTHODE	63
I.1. La construction du questionnaire	63
I.1.1. Le choix du titre	63
I.1.2. Les personnes m'ayant aidés à sa réalisation	63
I.2. La diffusion du questionnaire	63
I.3. La structure du questionnaire	64
I.4. L'analyse des réponses	64
II. RÉSULTATS ET ANALYSES	65
II.1. Données générales	65
II.1.1. La participation	65
II.1.2. Question sur la profession des personnes ayant répondu au questionnaire	65
II.1.3. Question intermédiaire (entre la question 4 et 5) :	66
II.1.4. Données sur la situation géographique :	67
II.1.4.1. en zone sous-médicalisée ou non	67
II.1.4.2. Localisation sur la carte de France des hôpitaux locaux ayant répondu	68
II.1.5. Les questions de 1 à 4	69
II.2. Partie destinée aux hôpitaux locaux ne collaborant pas avec une maison de santé	75
II.3. Partie deux destinée aux hôpitaux locaux ayant en cours un projet de collaboration avec une maison de santé	78
II.4. PARTIE 3 destinée aux hôpitaux locaux collaborant actuellement avec une maison de santé	84
II.4.1. Historique	84
II.4.2. Actuellement	91
III. DISCUSSION	101
III.1. Les limites et les points forts de l'étude	101
III.1.1. Les biais et les points négatifs	101
III.1.2. Les points forts	101
III.2. Les hôpitaux locaux concernés	101
II.2.1. La situation géographique	101

II.2.2. Les facteurs favorisant la création de cette collaboration, et les buts recherchés	102
II.2.3. Les facteurs n'ayant pas d'influence sur la création de cette collaboration	102
II.2.4. Les facteurs favorisant l'échec de ces projets	102
III.3. Les bénéfiques et les inconvénients	102
III.3.1. Pour l'hôpital local	103
III.3.1.1 Les points négatifs.....	103
III.3.1.2. Les points positifs.....	103
III.3.2. Pour les professionnels de santé.....	103
III.3.2.1. Les points négatifs.....	103
III.3.2.2. Les points positifs.....	103
III.3.3. Pour les patients	104
III.3.3.1. Les points négatifs.....	104
III.3.3.2. Les points positifs.....	104
III.3.4. Pour les collectivités locales	105
IV. PROPOSITIONS	105
CONCLUSION	107
ANNEXES	111
ANNEXE 1 : Le Questionnaire.....	113
ANNEXE 2 : la CNIL : guides pour les professionnels de santé[24], règles et conseils...	117
ANNEXE 3 : Les réponses « autre » du questionnaire	118
BIBLIOGRAPHIE	121
TABLE DES FIGURES	125
TABLE DES TABLEAUX.....	127

PERMIS D'IMPRIMER

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par :

Mlle DESCHAMPS Lise-Marie

Né(e) le : 16/06/1981 à : Besançon (Doubs)

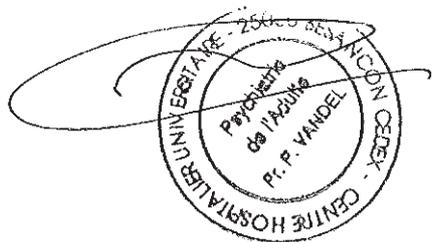
Et ayant pour titre :

COLLABORATION ENTRE UN HÔPITAL LOCAL ET UNE MAISON DE SANTÉ

Vu,

Besançon, le 19. 10. 2011 -

Le Président de jury de Thèse,



Vu et approuvé,

Besançon, le 20 10 2011

Le Directeur de l'U.F.R. S.M.P.

Le Professeur E. SAMAIN



La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

RÉSUMÉ

DESCHAMPS Lise-Marie
Thèse soutenue le 17 novembre 2011

COLLABORATION ENTRE UN HÔPITAL LOCAL ET UNE MAISON DE SANTE

Résumé :

L'encadrement médical va baisser de 40% d'ici 2020 (estimation du CREDES). Cette situation doit être anticipée dans l'organisation des soins. Sur ce constat, le regroupement des professionnels de santé est de plus en plus réalisé. En parallèle, les systèmes hospitaliers et ambulatoires se décloisonnent.

Question : Dans ce contexte, est-ce que la collaboration entre un hôpital local et une maison de santé est avantageuse et souhaitable?

Matériel et méthode : Un questionnaire a été envoyé aux directeurs et aux médecins des 320 hôpitaux locaux français. Il va permettre de déterminer les avantages et les difficultés liés à cette collaboration, les attentes de ceux qui souhaitent la créer, et les raisons de ceux qui ne veulent pas s'engager dans ce projet.

Résultats : Cette enquête montre que l'opportunité est un facteur essentiel. Les projets en cours sont nombreux. Ce qui est recherché en priorité, c'est l'attractivité pour de nouveaux professionnels, ainsi que l'amélioration de la permanence des soins. Les freins sont surtout financiers. Pour les hôpitaux qui collaborent déjà avec une maison de santé, le ressenti global est plutôt positif en particulier concernant la permanence des soins.

Conclusion : La collaboration de l'hôpital local avec une maison de santé apporte plus d'avantages que d'inconvénients, et répond en partie aux attentes des professionnels. Néanmoins, le nombre de collaborations est encore trop faible pour en tirer des généralités. D'autre part, comme ce fonctionnement demande de l'engagement de la part des professionnels, l'imposer serait source de nombreux échecs.

Mots-clés :

Hôpital local - Maison de santé - Collaboration - Soins primaires - Démographie médicale