



**HAL**  
open science

# Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé pluri-professionnel sur l'hôpital de proximité

Charles Berthelot

► **To cite this version:**

Charles Berthelot. Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé pluri-professionnel sur l'hôpital de proximité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01754088

**HAL Id: dumas-01754088**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01754088v1>**

Submitted on 6 Jun 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1  
FACULTÉ DE MEDECINE**

*Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne*

**THÈSE EN VUE DU  
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée par

**Charles BERTHELOT**

Né le 27 Juillet 1984 à Rennes

---

**Intitulé de la thèse :**

*Ressenti des professionnels libéraux  
d'un pôle de santé pluri-professionnel  
sur l'hôpital de proximité.*

**Thèse soutenue à RENNES  
le 04 Octobre 2016**

Devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

Professeur - CHU Rennes / *président*

**Alain LEGUERRIER**

Professeur - CHU Rennes / *Juge*

**Françoise TATTEVIN**

Professeur associé - DMG Rennes / *Juge*

**Josiane BETTLER**

Directrice du Centre Hospitalier des Marches de  
Bretagne (CHMB) / *Membre invité*

**Jean François RICONO**

Médecin généraliste - Antrain / *directeur de thèse*



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1  
FACULTÉ DE MEDECINE**

*Sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne*

**THÈSE EN VUE DU  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée par

**Charles BERTHELOT**

Né le 27 Juillet 1984 à Rennes

---

**Intitulé de la thèse :**

*Ressenti des professionnels libéraux  
d'un pôle de santé pluri-professionnel  
sur l'hôpital de proximité.*

**Thèse soutenue à RENNES  
le 04 Octobre 2016**

Devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

Professeur - CHU Rennes / *président*

**Alain LEGUERRIER**

Professeur - CHU Rennes / *Juge*

**Françoise TATTEVIN**

Professeur associé - DMG Rennes / *Juge*

**Josiane BETTLER**

Directrice du Centre Hospitalier des Marches de  
Bretagne (CHMB) / *Membre invité*

**Jean François RICONO**

Médecin généraliste - Antrain / *directeur de thèse*

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

<b>NOM Prénom</b>	<b>Affectation</b>
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Service de cytologie génétique et biologie cellulaire
BELLISSANT Eric	Pharmacologie
BELLOU Abdel	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale, médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Service d'Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie Génétique Médicale
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation fonctionnelles
BONNET Fabrice	Département de médecine de l'adulte – Service d'endocrinologie
BOUDJEMA Karim	Département de chirurgie viscérale
BOUGET Jacques	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BOURGUET Patrick	Service de Médecine Nucléaire - CRLCC
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Service des maladies de l'appareil digestif
BRISSOT Pierre	Service de maladies du foie
BRISSOT Régine	Médecine physique et de réadaptation
CARRE François	Médecine du Sport
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire - C.C.P.
CUGGIA Marc	Biostatistiques, Informatique Médicale et technologies de la communication
DARNAULT Pierre	Anatomie Organogénèse
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie

DAYAN Jacques (Professeur associé des universités)	Pédopsychiatrie - Centre Médico-Psychologique - 154 rue de Chatillon Rennes
DAVID Véronique	Laboratoire de génétique moléculaire et Hormonologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
DECAUX Olivier	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du Vieillessement
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Service des maladies du foie
DONAL Erwan	Département de cardiologie et maladies vasculaires
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes
DUPUY Alain	Dermatologie
DUVAUFERRIER Régis	Département de radiologie et d'imagerie Médicale
ECOFFEY Claude	Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale II
EDAN Gilles	Clinique Neurologique
FERRE Jean Christophe	Service de radiologie et d'imagerie médicale
FEST Thierry	Laboratoire d'Hématologie biologique et Immunologie
FLECHER Erwan	Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie Infantile
GANDEMER Virginie	Service de médecine de l'enfant et de l'adolescent
GANDON Yves	Département de radiologie et d'imagerie Médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Zoologie appliquée
GARIN Etienne	Service de médecine nucléaire - CRLCC
GAUVRIT Jean-Yves	Service de radiologie et d'imagerie médicale
GODEY Benoit	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-Faciale
GROSBOIS Bernard	Département de médecine de l'adulte
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie - Pôle Orthopédie, traumatologie, rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie
GUILLÉ François	Directeur du CRLCC Centre Anti-Cancéreux
GUYADER Dominique	Hépatologie, Gastro-Entérologie

HOUOT Roch	Hématologie, Transfusion option Hématologie
HUSSON Jean Louis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
HUTEN Denis	Fédération de chirurgie orthopédique
JEGO Patrick	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du Vieillessement
JEGOUX Franck	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-Faciale
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie
KAYAL Samer	Bactériologie-Virologie
KERBRAT Pierre	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
LAMY Thierry	Hématologie Clinique CRLCC
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie Clinique
LE BRETON Hervé	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LE GUEUT Maryannick	Service de Médecine Légale et de médecine pénitentiaire
LE TULZO Yves	Réanimation Médicale
LECLERCQ Christophe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LECLERCQ Nathalie née RIOUX	Anatomie et Cytologie Pathologiques – Pôle cellules et tissus
LEGUERRIER Alain	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et Médecine Nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie et Obstétrique
MABO Philippe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
MALLEDANT Yannick	Anesthésie-Réanimation I - SAMU 35
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Clinique des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
MOIRAND Romain	Unité fonctionnelle d'Addictologie – Service d'hépto-gastro-entérologie
MORANDI Xavier	Anatomie - Service de Neurochirurgie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOUX Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

MOURIAUX Frédéric	Service d'ophtalmologie
ODENT Sylvie	Service de Génétique Médicale
OGER Emmanuel	Pharmacologie Clinique
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pôle médico-chirurgical de pédiatrie et de génétique clinique
POULAIN Patrice	Département de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine
RAVEL Célia Nadège	Cytologie et Histologie - Pôle cellules et tissus
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
ROBERT-GANGNEUX Florence	Laboratoire de parasitologie et mycologie
ROUSSEY Michel (Professeur émérite)	Pédiatrie Génétique Médicale
SAINT-JALMES Hervé	PRISM
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale Pôle anesthésie réanimation - SAMU
SEMANA Gilbert	INSERM 4917
SIPROUDHIS Laurent	Service des maladies de l'appareil digestif
SOMME Dominique	Service de médecine gériatrique LA TAUVRAIS
TARTE Karin	INSERM 4917
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses, maladies tropicales
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
TORDJEMANN Sylvie née LUBART	Pédopsychiatrie - Centre Médico-Psychologique - 154 rue de Chatillon Rennes
VERHOYE Jean-Philippe	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire CCP
VERIN Marc	Neurologie
VERGER Christian (Professeur émérite)	Médecine et Santé au travail - Centre antipoison
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Service de néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie Infantile – Pôle pédiatrique médico-chirurgical et génétique clinique
WATIER Eric	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
WODEY Eric	Service d'Anesthésie-Réanimation chirurgicale II

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>NOM Prénom</b>	<b>Affectation</b>
AMIOT née BARUCH Laurence	Hématologie
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; Hépatologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie Médicale
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire - Pôle cellules et tissus
CAUBET Alain	Médecine et Santé au Travail
DAMERON Olivier (Maître de Conférence)	Laboratoire d'Informatique Médicale
DE TAYRAC Marie	Biochimie et Biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et Biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie ; Radiothérapie
GUILLET Benoit	Département d'Hématologie Immunologie
HAEGELEN Claire	Anatomie Service de neurochirurgie
HUGÉ Sandrine née LAFAYE (Professeur associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
JAILLARD Sylvie	Cytologie et Histologie
LAVENU Audrey (Maître de Conférence)	Laboratoire de pharmacologie
LE GALL François	Département d'Anatomie et Cytologie pathologiques
LE RUMEUR née FERRET Elisabeth	Physiologie Médiale
MAHÉ Guillaume	Service d'Imagerie médicale
MASSART née LE HERISSE Catherine	Biochimie générale et enzymologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric (Professeur associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
MILON née LE GUEN Joëlle	Anatomie Organogénèse
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia (Maître de Conférence)	INSERM U 49
MYHIE Didier (Professeur associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale



PANGAULT Céline	Hématologie ; Transfusion
RENAUT Pierrick (Maître de conférences associé des universités de Médecine Générale à mi-temps)	Département de Médecine Générale
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie
RIOU Françoise	Département de Santé Publique
ROPARS Mickaël	Anatomie Organogénèse
SAULEAU Paul	Neurologie 5ème étage
TADIÉ Jean Marc	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
THOMAS Patricia née AMÉ	Micro Environnement et Cancer – Immunologie
TURLIN Bruno	Département d'Anatomie et Cytologie pathologiques
VERDIER-LORNE Marie Clémence	Pharmacologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-Virologie

## Remerciements

### Mes remerciements vont tout d'abord aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO, pour me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect, et de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Alain LEGUERRIER, pour avoir accepté de juger mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Madame le Professeur associé Françoise TATTEVIN, pour avoir accepté de juger mon travail, et pour tout votre investissement pour la médecine générale.

A Madame Josiane BETTLER, pour m'avoir reçu et éclairé à la phase initiale de mon projet, et d'avoir accepté mon invitation à composer ce jury.

A Monsieur le Docteur Jean-François RICONO. Mes plus sincères remerciements pour avoir d'emblée accepté de diriger ma thèse, pour votre investissement, vos conseils avisés et votre réactivité tout au long du projet. Notre collaboration restera pour moi un très bon souvenir.

### Je tiens à remercier ensuite :

Tous les professionnels de santé interrogés pour cette étude. Puisse ce travail matérialiser tous les efforts que vous faites au quotidien pour prendre en charge au mieux vos patients. Recevez pour cela toute ma considération.

Le Dr Laure FIQUET pour ses conseils avisés quant à la méthodologie qualitative.

### Enfin, mes remerciements vont à mes proches :

A Célia, pour avoir choisi de partager ma vie. Merci pour ton amour et ton soutien sans faille. A notre famille et tous nos projets futurs.

A Anna, ma petite princesse adorée. Merci de nous combler de bonheur au quotidien.

A toute ma famille. En tout premier lieu, à mes parents sans qui tout cela n'aurait jamais été possible. Vous avez toujours su être là quand il le fallait, je suis très fier de vous.

A mes sœurs et frères, belles sœurs et beaux-frères, nièce et neveux, je n'ai pas besoin de vous citer pour vous avoir tous dans mon cœur.

A ma petite mamie là-haut.

A ma chère belle-famille. Merci pour tout ce que vous faites pour nous. Votre soutien nous est essentiel et toujours réconfortant.

A mes plus vieux amis : Pierro, Antoine, Juju, Dave, Manu, Cam, Vincent, Juliette, pour votre soutien et votre joie de vivre depuis toutes ces années.

A mes amis de la faculté : Godwin, Guillaume, Morvan, Marie S., Camille Z., Adrien, Thibault, Pym, Pitou, Arthur, Fanch, Ninit, Marie L., j'ai conscience d'avoir énormément de chance de vous avoir rencontré, et de partager tous ces moments avec vous.

Spéciale dédicace à Olivier, merci pour tout frangin. Depuis le début de ces études, je sais que je peux compter sur toi. Ne change surtout pas.

Spéciale dédicace à Clément, simplement merci pour ton amitié, et tout ce que nous avons partagé ensemble toutes ces années. Et dire que cela ne fait que commencer !

A mes amis travailleurs de l'ombre : Chloé, Julien M., Julien & Catherine.

A tous celles et ceux que je n'ai pas cité...

Aux Drs Pierre BERGER et Pierre-Jean CARRE partis beaucoup trop tôt.

Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé pluri-  
professionnel sur l'hôpital de proximité

Liberal professionals' perception of a multi-professional health cluster  
about local hospital

## Résumé

**Introduction** : Afin d'optimiser la santé de la population, les pouvoirs publics français favorisent la coordination des soins primaires et souhaitent renforcer le rôle des hôpitaux de proximité (HP), dans une logique de graduation des soins. L'objectif de ce travail était d'analyser le ressenti des professionnels de santé d'un pôle de santé pluri-professionnel (PSP) libéral sur l'HP.

**Méthode** : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés de février à mai 2016 auprès des membres du PSP du canton d'Antrain (Ille-et-Vilaine), collaborant avec leur HP.

**Résultats** : 17 entretiens ont été réalisés. Gage d'attractivité, l'HP se révélait être un outil d'optimisation du soin pour ces libéraux soucieux d'exercice collaboratif. Le besoin ville-hôpital était mutuel, quasi existentiel, permettant continuité de soins et décloisonnement des parcours de santé. La coopération ville-hôpital était fructueuse et dynamique, essentielle à une population rurale vieillissante. La rémunération à l'acte des libéraux y intervenant, était jugée inadaptée. L'importance des lits de médecine et la nécessité d'une gestion locale de l'HP semblaient cruciales. Ainsi, les réformes récentes de financement des HP et des regroupements hospitaliers de territoires inquiétaient.

**Conclusion** : Acteurs du soin ambulatoire et pouvoirs publics semblent s'accorder pour faire de l'HP un outil d'optimisation du soin primaire. Les concertations de terrain, en amont du législateur, restent néanmoins indispensables.

## Abstract

**Introduction :** To ensure a healthier population, the french government supports primary care coordination, and wishes to enhance the local hospital's role, in a way of healthcare organised. The purpose of this work was to analyse how liberal health care professionals of a multi-professionnal health cluster feel about local hospitals.

**Method :** A qualitative study carried out between February and May 2016 through individual semi-direct interviews of members of the Antrain multi-professional health cluster (Ille-et-Vilaine) working with their local hospital.

**Results:** 17 interviews were carried out. Attractive one, the local hospital also proved to be a good way to optimise health care for these liberal professionals willing to work together. The community-hospital need was mutual, creating continuity of care, and decompartmentalisation of healthcare circuit. The community-hospital cooperation was successful, dynamic and essential for an aging rural population. The fee for the service of the liberal health care professionals working there, was thought to be unsuited. The importance of examination beds and the necessity for the hospital to be managed locally were crucial. As a consequence, the recent financial reforms and the territorial groupings of hospitals were worrying.

**Conclusion :** Outpatient care professionals and the government seem to agree that local hospital should serve to implement primary health care. However, consultations with the professionals are essential before the legislative decision.

## **Mots-Clés**

Soins de santé primaires  
Professionnels de santé libéraux  
Pôle de santé pluri-professionnel  
Hôpital de proximité  
Politique de santé  
Coopération ville-hôpital  
Parcours de soins  
Continuité de soins

## **Key-words**

Primary Health Care  
Liberal health care professionals  
Multi-professional health cluster  
Local hospital  
Health Policy  
Community-hospital cooperation  
Healthcare circuit  
Continuity of care

## Table des matières

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>15</b>
<b>II. MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>17</b>
<b>A. Type d'étude.....</b>	<b>17</b>
<b>B. Consentement et éthique.....</b>	<b>17</b>
<b>C. Entretiens.....</b>	<b>17</b>
1. Phase exploratoire.....	17
2. Guide d'entretien.....	17
3. Type d'entretien.....	18
4. Critères d'inclusion.....	18
5. Recrutement.....	18
6. Echantillonnage.....	18
7. Réalisation des entretiens.....	18
<b>D. Données.....</b>	<b>19</b>
1. Saturation des données.....	19
2. Retranscription.....	19
3. Analyse.....	19
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>20</b>
<b>A. Caractéristiques générales des entretiens.....</b>	<b>20</b>
<b>B. Analyse des entretiens.....</b>	<b>21</b>
1. Regroupement pluri-professionnel.....	21
a. Des professionnels expérimentés, soucieux d'un exercice de soin de proximité.....	21
b. Travailler ensemble.....	21
c. Ensemble pour travailler mieux.....	21
2. L'outil hôpital de proximité.....	22
a. Diversification de l'offre de soins locale.....	22
b. Une activité de soins au service de la population.....	22
3. Décloisonnement du parcours de soins.....	23
a. Un besoin mutuel ville-hôpital.....	23
b. Optimisation des prises en charge sanitaires et sociales.....	23
c. Des perspectives.....	24
4. Une collaboration ville-hôpital fructueuse.....	24
a. Mutualisation de moyens.....	24
b. Accès aux soins et dépenses de santé.....	24
c. Compétence professionnelle renforcée.....	25
5. Freins à cette collaboration.....	26
a. Freins inhérents à l'hôpital de proximité.....	26
b. Freins inhérents au professionnel de santé.....	26
c. Freins communs.....	26
6. Organisation territoriale du soin.....	27
a. Un contexte socio-économique fragile.....	27
b. Un fonctionnement local nécessaire.....	27
c. Perspectives d'avenir et inquiétudes.....	27
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>29</b>
<b>A. Principaux résultats.....</b>	<b>29</b>
<b>B. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>29</b>
<b>C. Résultats et littérature.....</b>	<b>30</b>
1. Hôpital de proximité : outil de soin de premier recours attractif et structurant.....	30
2. Financement des hôpitaux de proximité et rémunération de ses intervenants libéraux.....	31
3. Filière gériatrique.....	32
4. Soins palliatifs et fin de vie.....	33
5. Hôpital de proximité : outil de formation.....	33
6. Evolution de l'organisation territoriale du soin.....	34
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>37</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>41</b>

## Tableaux

<b>Tableau 1</b> : Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé et caractéristiques des entretiens.....	20
<b>Tableau 2</b> : Grille de codage.....	48

## Annexes

<b>Annexe 1</b> : Regroupements pluri-professionnels de santé.....	41
<b>Annexe 2</b> : Hôpitaux de proximité.....	43
<b>Annexe 3</b> : Guide d'entretien.....	46
<b>Annexe 4</b> : Formulaire de consentement.....	47
<b>Annexe 5</b> : Grille de codage.....	48
<b>Annexe 6</b> : Regroupement des codes.....	49
<b>Annexe 7</b> : Financement des hôpitaux de proximité.....	51
<b>Annexe 8</b> : Groupements hospitaliers de territoire (GHT).....	52



## I. INTRODUCTION

Le concept de soins primaires renvoie aux notions de premier recours, de proximité, d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins ; c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires (1). S'expliquant aussi par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, les inégalités sociales de santé se réduisent avec des soins primaires optimisés (2). Ils contribuent à un meilleur état de santé général de la population (3). La continuité des soins s'avère essentielle à la réduction de la mortalité (4). C'est ainsi que les diverses actions des acteurs du système de soins s'avèrent efficaces là où elles sont menées (5). La rétention géographique des professionnels de santé oblige donc les politiques à considérer les différents leviers d'action locaux dans une logique d'aménagement du territoire (6).

Par ailleurs, l'exercice ambulatoire solitaire des professionnels de santé ne répond plus à leurs attentes, ni même à celles des autorités publiques relatives aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population (7). Dans un tel contexte, les regroupements de professionnels de santé se sont imposés. « Pour les collectivités territoriales, les regroupements en équipe de soins primaires assurent la pérennité de l'organisation des soins et une meilleure accessibilité aux soins (...) » (8). Ainsi, depuis les années 2000, les maisons et pôles de santé pluri-professionnels (MSP et PSP) se sont constitués sous l'impulsion de professionnels de santé libéraux, et accèdent à une reconnaissance législative en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (Annexe 1) (9). Ces structures n'ont cessé de se multiplier ces dernières années, dépassant le millier sur le territoire national début 2016 (10). L'exercice au sein de ces regroupements pluri-professionnels semble répondre aux nouveaux besoins de santé et aux attentes des soignants (11).

Parallèlement, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé actuelle, a lancé fin 2012 le Pacte Territoire Santé (PTS), un plan de lutte global contre les déserts médicaux. En ce qui concerne l'axe « investir dans les territoires isolés », l'engagement n°11 de ce PTS propose de « renforcer la place des structures hospitalières de proximité » (12). Ces établissements, sont reconnus par la dénomination officielle « hôpitaux de proximité » (HP) depuis 2016 dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) (13). Cette dénomination regroupe les ex-hôpitaux locaux (ex-HL) et les centres hospitaliers de petite taille (Annexe 2). Les ex-HL, désormais HP, ont une activité de premier recours médico-sociale assurée essentiellement par des libéraux et notamment les médecins généralistes du secteur, à destination d'une population de proximité. En zone rurale, ils semblent offrir aux médecins généralistes un exercice professionnel coordonné, diversifié et attractif (14).

Pour les pouvoirs publics, la présence de ce type de structure hospitalière est signe de potentiel médical fort sur un territoire. Il s'agit là d'un atout pour les regroupements de professionnels de santé, et donc pour l'optimisation de l'offre de soins (15).

La politique de santé actuelle en matière de soins primaires incite à la pluridisciplinarité, et donne l'initiative aux acteurs de terrain libéraux. Elle semble également vouloir renforcer la place de l'hôpital de proximité. Dans ce contexte, il nous semblait important d'interroger non seulement les professionnels libéraux médicaux, mais aussi paramédicaux d'un PSP sur cet outil hospitalier de proximité. Nous nous sommes donc intéressés au canton d'Antrain en Ille-et-Vilaine où coexiste un PSP libéral « PROSALICA » (Annexe 1), et un HP : le Centre hospitalier des marches de Bretagne « CHMB » (Annexe 2).

L'objectif principal de l'étude était d'analyser le ressenti des différents professionnels libéraux d'un PSP sur l'HP de leur zone d'exercice, et de réfléchir aux perspectives d'organisation des soins primaires avec ce type de structure.

## II. MATERIEL & METHODE

### A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, avec des entretiens individuels semi-dirigés auprès des professionnels de santé libéraux du PSP du canton d'Antrain (Annexe 1), intervenant pour le centre hospitalier de proximité d'Antrain (Annexe 2).

La méthode qualitative s'imposait à notre étude, notre volonté étant d'explorer l'expérience vécue par les acteurs du système de soins. Il ne s'agissait pas de quantifier des comportements, mais bien de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions, pour comprendre des phénomènes sociaux dans leur contexte naturel (16). Le canton d'Antrain paraissait adapté à notre étude de par la taille de son PSP (Annexe 1), et l'activité de son HP (Annexe 2).

### B. Consentement et Ethique

Un formulaire de consentement (Annexe 4) a été élaboré ; et fait daté, nominé et signé par chacun des interviewés. Celui-ci permettait ainsi de rappeler le but de l'étude aux participants, tout en leur garantissant la confidentialité de leurs réponses.

### C. Entretiens

#### 1. Phase exploratoire

Une première phase dite « exploratoire » (17) a été menée afin de mieux cerner les enjeux du sujet. Deux entretiens ont été réalisés : un auprès des Dr Allard Coualan et Dr Certain à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), et un auprès de Mme Bettler, directrice du CHMB.

#### 2. Guide d'entretien

La phase exploratoire a permis la réalisation d'un guide d'entretien (Annexe 3), qui comprenait 3 parties :

- Un contrat de communication : permettant de rappeler l'objet de l'entretien aux interviewés.
- Un recueil de données socio-démographiques : genre, âge, profession, lieu d'exercice, année d'installation.
- L'entretien à proprement parlé avec 7 questions ouvertes. La première était classiquement une question dite « brise-glace » (17), sur le parcours professionnel de l'interviewé, pour une mise en confiance de celui-ci.

### 3. Type d'entretiens

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels afin de respecter les opinions des différents professionnels de santé interrogés. Nous les souhaitons semi-dirigés, pour cibler une trame de questions ouvertes (Annexe 3), afin d'optimiser un recueil d'opinions riches.

### 4. Critères d'inclusion

Les conditions requises pour être inclus dans l'étude étaient d'être professionnel de santé membre de PROSALICA, et collaborer avec le CHMB.

### 5. Recrutement

Le recrutement des participants à l'étude s'est effectué essentiellement via courrier électronique. Parfois des mails de relance, ou appels téléphoniques aux cabinets d'exercice libéral ont été nécessaires. Tous les professionnels sollicités ont in fine accepté de participer à l'étude.

### 6. Echantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé parmi les 37 membres de PROSALICA (Annexe 1), répondant aux critères d'inclusion. Avec rigueur méthodologique, il a été souhaité : « en variation maximale » (17). En effet, une attention particulière a été donnée au recrutement de participants des classes extrêmes pour chaque variable socio-démographique pertinente (Tableau 1).

### 7. Réalisation des entretiens

L'heure et le lieu de l'entretien étaient laissées au choix des interviewés, pour leur confort maximal. Après consentement éclairé signé, les entretiens étaient intégralement enregistrés via un logiciel ALON Dictaphone ® sur iPhone 5C®.

## D. Données

### 1. Saturation des données

Une démarche rigoureuse d'analyse a été conduite sans fixer le nombre d'entretiens nécessaires a priori. La saturation des données a été obtenue après réalisation de 17 entretiens.

### 2. Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit fidèlement dans son intégralité, en verbatim. La retranscription s'est faite de façon aidée via un logiciel de reconnaissance vocale nommé Dragon for Mac® du développeur Nuance®. L'intégralité des 17 entretiens retranscrits représente un corpus de 102 pages.

### 3. Analyse

L'analyse des données s'est faite de façon méthodique, selon le protocole de recherche en étude qualitative. Les verbatim ont été codés phrase par phrase, unité de sens par unité de sens (17). Au fur et à mesure de l'analyse des verbatim, les codes ont été réutilisés, et de nouveaux codes ont été détectés. Une relecture de l'ensemble des 17 entretiens retranscrits a été faite une fois l'ensemble des codes obtenus.

De plus, afin d'augmenter la validité des résultats obtenus, un double-codage a été réalisé, grâce à l'implication d'un autre chercheur. Ainsi terminé, le travail d'analyse a permis l'obtention d'une grille de codage (Annexe 5) recensant les 60 codes obtenus dans les 17 entretiens. Ces codes ont ensuite été confrontés les uns aux autres, regroupés puis classés en sous-thèmes ou occurrences, eux-mêmes regroupés en grands thèmes ou dimensions, afin de dégager un plan pour la présentation des résultats (16) (Annexe 6).

### III. RESULTATS

#### A. Caractéristiques des interviewés et des entretiens

17 entretiens ont été réalisés parmi les professionnels de santé libéraux du PSP « PROSALICA » (Annexe 1). Les entretiens ont été réalisés sur une période de 3 mois entre février et mai 2016. Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à l'interviewé : au domicile ou sur le lieu d'exercice professionnel libéral. La durée moyenne des entretiens était de 33,47min [20 min – 63 min] (Tableau 1).

**Tableau 1.** Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé et entretiens

<i>Entretien</i>	<i>Sexe</i>	<i>Age (ans)</i>	<i>Profession</i>	<i>Exercice</i>	<i>Ancienneté d'installation (ans)</i>	<i>Distance cabinet-hôpital en voiture (min)</i>	<i>Durée entretien (min)</i>	<i>Lieu entretien</i>
<b>E1</b>	M	35-40	IDE	libéral	5-10	5-8	26	cabinet
<b>E2</b>	F	55-60	IDE	libéral	25-30	< 3	23	cabinet
<b>E3</b>	F	45-50	IDE	libéral	15-20	12-15	27	domicile
<b>E4</b>	M	30-35	MED (*)	libéral	< 5	5-8	53	cabinet
<b>E5</b>	F	55-60	MED (*)	libéral + salarié	25-30	< 3	50	domicile
<b>E6</b>	F	30-35	MED (*)	libéral	< 5	5-8	30	cabinet
<b>E7</b>	M	35-40	KIN (*)	libéral	5-10	< 3	40	domicile
<b>E8</b>	F	30-35	S-F	libéral	< 5	< 3	22	cabinet
<b>E9</b>	M	55-60	MED (*)	libéral + salarié	25-30	< 3	63	domicile
<b>E10</b>	F	30-35	ORT	libéral	5-10	< 3	27	cabinet
<b>E11</b>	F	50-55	MED (*)	libéral	15-20	12-15	37	cabinet
<b>E12</b>	F	35-40	MED (*)	libéral + salarié	5-10	< 3	32	cabinet
<b>E13</b>	F	55-60	PHA (*)	libéral	25-30	< 3	28	officine
<b>E14</b>	M	45-50	BIO	libéral	15-20	< 3	47	laboratoire
<b>E15</b>	F	40-45	POD (*)	libéral	15-20	< 3	23	cabinet
<b>E16</b>	M	55-60	PHA (*)	libéral	25-30	5-8	20	officine
<b>E17</b>	M	65-70	MED (*)	libéral + salarié	35-40	5-8	21	cabinet

IDE : Infirmier diplômé d'état / MED : Médecin / KIN : Kinésithérapeute / S-F : Sage-Femme / ORT : Orthophoniste / PHA : Pharmacien / BIO : Biologiste

(\*) Professionnels intervenants directement dans la structure hospitalière de proximité.

## B. Analyse des entretiens

### 1. Le regroupement pluri-professionnel

#### a. Des professionnels expérimentés, soucieux d'un exercice de soins de proximité

Tous les professionnels de santé interrogés relataient leur expérience professionnelle, de remplacement ou de salariat, avant leur installation libérale sur le canton d'Antrain.

Ils évoquaient les contraintes de ce type d'installation professionnelle. « C'est plus l'étude de marché qui m'a amenée ici... » (E8 ; S-F)

Ces professionnels paraissaient motivés, nombre d'entre eux ayant diversifié leur qualification professionnelle. « J'ai alors fait ma capacité de gériatrie, un diplôme universitaire (DU) d'Alzheimer, puis un DU Douleurs. » (E17 ; MED)

La volonté d'un exercice professionnel rural, de proximité, au plus proche de leur lieu de vie ressortait des discours recueillis.

#### b. Travailler ensemble

Certains soulignaient l'attractivité d'un regroupement pluri-professionnel libéral. « Je pense que l'attractivité du pôle a renforcé la présence du professionnel de santé dans notre milieu rural » (E13 ; PHA)

Ils exprimaient à l'unanimité leur volonté d'un exercice collaboratif. « Ce n'est que le sens des choses, que d'élaborer des projets ensemble pour mieux travailler. » (E6 ; MED)

Certains mettaient en avant la nécessité d'une adhésion de tous les professionnels de santé au projet, gage de réussite de ce type de regroupement pluri-professionnel. « La bonne volonté de tous les professionnels de santé concernés est à mon sens, ce qui permet aux choses de fonctionner. » (E4 ; MED)

Quelques-uns soulignaient que toute initiative devait beaucoup aux subventions externes perçues. « Nous sommes financés par l'ARS, avantage non négligeable, nous permettant de créer des projets interdisciplinaires. » (E4 ; MED)

De même, près de la moitié des professionnels entretenus confirmait le rôle moteur de l'un des professionnels dans le succès de cette entreprise. « C'est important d'avoir un leader pour que cela fonctionne selon moi. » (E1 ; IDE)

#### c. Ensemble pour mieux travailler

Majoritairement, ils reconnaissaient que le PSP était vecteur de meilleure connaissance et même reconnaissance interprofessionnelle. « Depuis le pôle, avec les réunions notamment, on s'est vu déjà, on a pu poser les choses et mieux se connaître [...] » (E16 ; PHA)

Beaucoup évoquaient ce regroupement comme source de dynamisme et de motivation professionnelle. « Cette organisation redonne des perspectives, [...] c'est encourageant. » (E13 ; PHA)

Cette collaboration s'avérait être également profitable au professionnel de santé comme moyen de lutte contre l'épuisement professionnel. « Le pôle ouvre des relations avec les collègues, qui sortent même parfois du contexte médical, représentant un réel soutien moral, assez réconfortant. » (E11 ; MED)

Enfin, pour les professionnels libéraux d'Antrain, la future maison médicale d'Antrain était attendue avec enthousiasme. « L'unité de lieu, matérialisée par la future maison médicale, rendra la communication interprofessionnelle encore plus efficace à mon sens. » (E7 ; KIN)

## 2. L'hôpital de proximité

### a. Diversification de l'offre de soins locale

L'attractivité de l'hôpital de proximité ressortait fréquemment des propos des interviewés. « Pour nos jeunes générations, c'est un plus. » (E5 ; MED)

Tous évoquaient leur activité libérale avec l'hôpital d'Antrain. Tout comme le médecin généraliste, le kinésithérapeute et la podologue parlaient de leur intervention libérale, à l'acte, au sein des services de médecine, de SSR ou de l'EHPAD du CHMB. « On est alors rémunéré à l'acte, sollicité par les cadres du service concerné. » (E7 ; KIN)

La structure hospitalière était pourvoyeuse d'activité libérale pour les autres professionnels tels que les IDE, et l'orthophoniste dans le cadre des retours au domicile. Ou encore pour le biologiste : « Depuis 1992, [...] on réalise les analyses biologiques de l'hôpital local, et de toutes les structures du CHMB. » (E14 ; BIO)

Quatre médecins expliquaient avoir une activité conjointe salariée à temps partiel, dont deux à l'hôpital d'Antrain (Tableau 1).

### b. Une activité de soins au service d'une population rurale

Les médecins interrogés évoquaient l'hôpital de proximité d'Antrain comme leur outil de soins de premier recours pour la gériatrie. « L'hôpital local est un premier maillon essentiel pour la prise en charge de la population, toujours plus vieillissante. » (E17 ; MED)

Plusieurs professionnels se réjouissaient d'un exercice hospitalier varié. « On a, via l'hôpital, des demandes diversifiées qu'on a pas en libéral. » (E14 ; BIO)

Tous parlaient d'une structure de proximité, au service des rapports humains et de la santé de la population rurale. « [...] On parle ici d'un hôpital très humain, où la proximité est toute autre. » (E2 ; IDE)



### 3. Décloisonnement du parcours de soins

#### a. Besoin mutuel ville-hôpital

Beaucoup soulignaient l'ouverture aux libéraux de l'administration hospitalière locale, expliquant très certainement le succès de la coopération ville-hôpital sur le canton d'Antrain. Plusieurs professionnels parlaient de l'ex-HL comme condition favorable à l'existence même du PSP. « L'hôpital local centralise le pôle de santé, [...] pour qu'un pôle de santé fonctionne, il a besoin d'une structure centrale, notamment un pôle de santé éclaté comme le nôtre . » (E5 ; MED)

Parallèlement, le PSP était désigné comme prestataire essentiel au maintien et à l'évolution de l'hôpital d'Antrain. « Je pense que tous les libéraux ont un rôle majeur à jouer pour pérenniser l'hôpital local et le faire évoluer. » (E1 ; IDE)

Ainsi, le soutien mutuel et la réciprocité des échanges entre les deux entités hospitalière et libérale, étaient fréquemment soulignés parmi les discours recueillis. « On est amené à dépanner parfois la pharmacie de l'hôpital quand ils ont des problèmes de livraison, ou des médicaments manquants [...] Cela est aussi vrai dans l'autre sens. » (E13 ; PHA)

#### b. Optimisation des prises en charges sanitaires et sociales

Tous ont évoqué la coopération ville-hôpital comme optimisant leurs prises en charge sanitaires et sociales. Certains parlaient du découplage du parcours de soin comme source de satisfaction, et d'encouragement. « C'est une bonne chose de pouvoir réunir les libéraux et les professionnels hospitaliers. Je pense que c'est à développer. » (E2 ; IDE)

Quelques médecins évoquaient même un exercice optimisé via des échanges inter-hospitaliers facilités. « [...] on parle d'un patient qui concrètement est hospitalisé, à des confrères qui gèrent des hospitalisations au quotidien [...], cela facilite d'autant plus nos échanges interprofessionnels. » (E11 ; MED)

La continuité des soins issue de cette collaboration, était pour beaucoup, « le point essentiel à retenir. » (E17 ; MED)

L'optimisation de la gestion du patient à son domicile était également récurrente parmi les propos recueillis. « Selon moi cette proximité ville-hôpital permet de mieux maintenir la personne à son domicile, d'organiser les choses pour, en tout cas. » (E17 ; MED)

Quant à la possibilité d'utiliser les lits de soins palliatifs de l'hôpital d'Antrain pour gérer une fin de vie, cela semblait satisfaire certains professionnels libéraux interrogés. « En fin de vie, il y a des gens qui ne peuvent plus être à domicile, et on finit par demander à l'hôpital local de les accompagner. Permettre ainsi aux gens de mourir dignement, tout simplement. » (E2 ; IDE)

### c. Dynamique et perspectives

Cette coopération ville-hôpital était source de dynamisme. Plusieurs libéraux interrogés faisaient ainsi état de leurs souhaits. Ils évoquaient leur projet d'éducation thérapeutique « aux diabétiques par exemple... ces séances seraient ouvertes aux patients hospitalisés, mais aussi aux professionnels de santé hospitaliers pourquoi pas. » (E6 ; MED)

D'autres exprimaient leur volonté de rapprochement avec « la PMI, et la consultation de secteurs de psychiatrie. » (E9 ; MED)

Les partenariats avec le secteur médico-social apparaissaient comme une volonté première. « [...] par exemple, avec des structures comme le SESSAD pour les enfants en grande difficulté intellectuelle, ou le SSEFIS pour les enfants sourds ; pourquoi pas les faire venir participer aux réunions du pôle, pourquoi pas sur le site hospitalier d'ailleurs. » (E10 ; ORT)

Les parcours de soins n'en restaient pas moins optimisables. « Pour ma partie [...] il faudrait absolument mieux anticiper le retour au domicile des patients, au sujet de leur ordonnance de sortie. » (E13 ; PHA)

Certains émettaient d'ailleurs des propositions d'optimisation des pratiques. « Il faut mieux planifier et mieux coordonner les intervenants à l'hôpital, [...] en nommant pourquoi pas un référent par malade, qui planifierait les intervenants internes mais aussi extérieurs, comme cela peut se faire en EHPAD par exemple. » (E15 ; POD)

## 4. Collaboration ville-hôpital fructueuse

### a. Mutualisation de moyens

Quasiment la totalité des professionnels interrogés se réjouissait du partage ville-hôpital de moyens matériels, pour l'exercice de leurs professions. « L'hôpital local apporte toute une intendance aux professionnels du pôle de santé. » (E5 ; MED)

Certains rapportaient également les moyens humains dont dispose la structure. « Le point de vue de l'ergothérapeute par exemple. D'autres professionnels de santé présents sur l'hôpital d'Antrain de façon générale. » (E10 ; ORT)

### b. Economie de la santé

Cette collaboration permettait selon certains une amélioration des délais d'attente d'hospitalisation. « Même si parfois il faut attendre un peu pour avoir un lit, ce n'est rien comparé au délai d'attente des urgences, des services de Fougères ou du CHU. » (E6 ; MED)

De même, un certain nombre d'initiatives étaient décrites comme optimisant les coûts de

dépenses de santé, notamment quant à la réduction des transports en ambulance, et des hospitalisations inappropriées.

Les médecins rapportaient alors les économies substantielles que généraient l'achat commun d'un appareil d'écho-doppler par le PSP et le CHMB. « On avait fait le compte que deux transports en moins par mois payait l'échographe, ce qui n'est rien du tout. » (E9 ; MED)

La mise en place de la télémédecine et de ses possibilités, suscitait également beaucoup d'enthousiasme. « Grâce à cette collaboration avec l'hôpital d'Antrain, on pratique déjà la télémédecine pour le suivi de plaies chroniques avec Saint-Héliier. Cela nous économise souvent des transports en ambulance par exemple. On pourrait aussi envisager d'autres champs d'action de la télémédecine » (E17 ; MED)

Par ailleurs, plusieurs professionnels explicitaient les perspectives que pouvaient susciter un établissement de proximité attractif comme celui de leur zone cantonale. « On aimerait beaucoup avoir un cardiologue qui vienne faire des consultations déportées, surtout maintenant que l'on a notre appareil d'échographie. On a également un appareil à EFR dans le pôle [...] On pourrait éventuellement imaginer qu'un pneumologue vienne. Pourquoi pas les rhumatologues aussi, qui pourraient réaliser des infiltrations écho-guidées. » (E6 ; MED)

Enfin, un médecin espérait pouvoir développer l'hospitalisation de jour à l'hôpital d'Antrain pour « des patients âgés, notamment pour faire souffler les aidants [...] ou pour réaliser des bilans de patients chroniques lourds, réticents à se déplacer, ou même dans l'impossibilité de le faire. L'idée est d'éviter aussi des hospitalisations inappropriées. » (E11 ; MED)

### c. Compétence des professionnels de santé

Une majorité des professionnels de santé libéraux interrogés exprimait leur satisfaction quant à la formation professionnelle dynamique et pratique à l'initiative du pôle en collaboration avec l'hôpital d'Antrain. Tous semblaient se satisfaire de la protocolisation de leur pratique de soins. « On vient de faire des protocoles : protocoles AVK, protocole insuline, protocole sur la coordination des soins au domicile via le "dossier de liaison patient domicile " [...] C'est une bonne chose, on optimise la qualité de nos pratiques. » (E5 ; MED)

Pour certains, l'apport de l'hôpital d'Antrain dans la pratique professionnelle quotidienne ne semblait pas s'arrêter là. L'hôpital était décrit comme « vecteur d'exigences, [...] moteur de qualité de travail. » (E14 ; BIO)

Aussi, via cette collaboration, quelques professionnels interrogés se disaient sensibilisés aux questions de politique de santé. « Grâce aux réunions auxquelles nous invite la directrice de l'hôpital, nous avons un aperçu plus clair des politiques en matière de santé, et de l'économie de la santé [...] du système de santé dans lequel nous évoluons au quotidien [...] Et puis, il y a cette ouverture sur l'ARS (hésitation), enfin cela me semble nécessaire de prendre du recul sur notre profession et de la replacer dans son contexte. » (E11 ; MED)

## 5. Freins collaboratifs

### a. Inhérents à l'hôpital de proximité

Certains médecins mentionnaient l'éloignement du professionnel de santé libéral du site hospitalier comme frein potentiel à son implication. « Il faut se rendre sur place ! » (E6 ; MED)  
La lourdeur administrative hospitalière était également déplorée par quelques-uns. « Pour les entrées, on s'adresse à soi-même un courrier (rires). Cela fait partie des obligations légales d'avoir un courrier d'entrée et de sortie pour chaque hospitalisation. C'est l'un des côtés un peu rébarbatif de l'administratif en lien avec notre activité hospitalière, il faut bien le dire ! » (E4 ; MED)

Enfin, sans constituer une revendication première, la rémunération à l'acte à l'hôpital de proximité était tout de même jugée inappropriée par les professionnels de santé libéraux y intervenant. « On est payé 90 % d'une consultation (23 €), sans prise en charge du déplacement [...] il faut quelque part que cet investissement soit justement rémunéré, sans quoi les motivations peuvent s'essouffler, et la qualité des soins en pâtir. » (E6 ; MED)

### b. Inhérents aux professionnels de santé

Un tiers d'entre eux exprimait leur souhait de conserver une part d'indépendance dans leur travail. « Après cela, je tiens aussi à une certaine liberté, il est vrai ! [...] Je n'aimerais pas que l'on m'impose trop de choses. » (E17 ; MED)

Une majorité reconnaissait leur problème de disponibilités. « Le gros facteur limitant est la question du temps malheureusement, avec les plannings que l'on a ! » (E3 ; IDE)

### c. Frein commun

Les médecins soulignaient la nécessaire reconnaissance des limites tant matérielles qu'humaines aux prises en charge sanitaires réalisables à l'hôpital de proximité. « On ne peut pas tout faire à l'hôpital local. Il est important de connaître ses limites. Ne pas hésiter à transférer, [...] en terme de plateau technique, mais aussi pour surveiller un patient. Il n'y a pas de médecins 24 heures sur 24, et les infirmières ne peuvent pas tout gérer. » (E6 ; MED)

## 6. Organisation territoriale du soin

### a. Un contexte socio-économique fragile

Un professionnel interrogé rapportait la précarité d'une partie de la population âgée de sa zone cantonale. « Il y a aussi un problème conjoncturel ; avec les retraites d'aujourd'hui, beaucoup n'ont que très peu de moyens. » (E15 ; POD)

Certains rappelaient également les contraintes financières de ce type de structure hospitalière locale. « Il faudrait qu'on passe plus qu'une fois par mois de façon à anticiper les problèmes... au moins 2 à 3 fois par mois. Mais bon, avec les contraintes budgétaires de l'hôpital... Il y a une réalité économique qui est paralysante pour optimiser les rapports entre les libéraux et les hospitaliers au bout d'un moment. Il faut être lucide. » (E15 ; POD)

C'est ainsi que certains médecins soulignaient l'importance de la pérennité des lits de médecine pour l'ex-HL. « Je pense qu'on essaie de faire de la médecine de qualité, ce n'est pas du SSR déguisé ; avec des actes. On sait bien que tous les ans, les lits de médecine sont sur la sellette, donc on joue le jeu aussi. Il le faut d'ailleurs, il en va de la survie de notre hôpital. » (E12 ; MED)

### b. Un enjeu local

Une volonté première de pérenniser l'HP tel qu'il existe était relayée par certains interviewés. Près de la moitié d'entre eux insistait sur la nécessité d'une gestion locale. « Un hôpital local, comme son nom l'indique, doit fonctionner avant tout sur un territoire local, pour une population locale, et donc via des professionnels locaux ! (Rires) » (E11 ; MED)

Ils se disaient majoritairement satisfaits de leur organisation cantonale de soin, et souhaitaient avant tout que celle-ci puisse perdurer. « Pour nous, ce serait vraiment très dommageable que la collaboration avec l'hôpital local s'arrête, tant sur le plan financier, qu'intellectuel... et donc professionnel ; et indirectement pour la qualité de soins sur le secteur. » (E14 ; BIO)

### c. Perspectives d'avenir et inquiétudes

Certains se réjouissaient de l'arrivée récente d'un interne de médecine générale (IMG) à l'hôpital d'Antrain. « On a un interne en poste depuis récemment à l'hôpital d'Antrain [...] La présence des internes, plus permanente que les simples passages des médecins libéraux, serait peut-être l'outil d'optimisation de l'hôpital local attendu. » (E5 ; MED)

Tous les médecins ont évoqué la nécessité de l'intervention du libéral, notamment du médecin généraliste libéral à l'hôpital d'Antrain. Seul l'un d'entre eux évoquait la question du salariat avec peu de convictions. « Je ne sais pas si le tout salarié à l'hôpital local serait une bonne chose. En tout cas, si on salariait les médecins, il faudrait que ce soit d'anciens médecins

généralistes qui ont travaillé au moins 10 ans en libéral. C'est ce que j'exigerais si j'étais directeur de l'hôpital local. À mon sens, il est indispensable d'avoir une bonne connaissance de ce qu'est le patient chez lui. Car à l'hôpital local, notre objectif principal est de planifier un retour à domicile dans de bonnes conditions. » (E5 ; MED)

Enfin, certains professionnels s'inquiétaient de la nouvelle loi de santé (LMSS), notamment au sujet des groupements hospitaliers de territoires (GHT). « Avec ces fameux GHT [...] On risque de perdre le pouvoir d'adapter l'hôpital à nos besoins, l'essence même de sa raison d'être. On risque de ne plus avoir cette souplesse et cette réactivité que l'on pouvait avoir avec la direction, source de dynamisme, ayant permis de développer le soin sur le secteur. » « On risque de devenir les valets du directeur général du CHU de Rennes, alors qu'on n'est pas sûr du tout qu'il ait une bonne vision des besoins de soins de la population de notre secteur rural. Que ce soit en termes de pouvoir décisionnel, de financement, etc. Ce qui est présenté comme étant une avancée en termes d'organisation de soins, de coordination, risque de mettre en péril l'hôpital local [...] et faire que les motivations s'essoufflent [...] avec les répercussions sur la qualité du soin sur notre secteur rural. [...] Cela semble presque mathématique malheureusement. » (E9 ; MED)

## **IV. DISCUSSION**

### **A. Principaux résultats**

Jugé attractif par les professionnels de santé libéraux, l'hôpital de proximité, désigné comme outil de soin de premier recours, permettait une prise en charge plus humaine d'une population rurale vieillissante. Le besoin se révélait mutuel entre le PSP et l'ex-HL. La nécessaire réciprocité des échanges, était notamment rendue possible par une administration hospitalière ouverte. Tous parlaient d'une collaboration optimisant leur exercice, via un décloisonnement du parcours de soin, gage de continuité des prises en charges. D'avis général, la mutualisation de moyens ville-hôpital était fructueuse, tant pour la qualité du soin, que pour la compétence du professionnel. Cette collaboration s'inscrivait dans un certain dynamisme et suscitait de nombreux projets. Quelques freins collaboratifs étaient évoqués, ainsi que les limites de prises en charge sanitaires dans ce type de structure. L'arrivée de l'interne de médecine générale à l'hôpital d'Antrain était vu positivement. Cette structure semblait devoir sa pérennité au maintien de ses lits de médecine, ainsi qu'à une gestion locale. Ainsi, la nouvelle loi de santé inquiétait notamment à propos des GHT.

### **B. Forces et limites de l'étude**

Le choix de la méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés était bien approprié à l'objectif de l'étude. Les entretiens exploratoires, ont permis de mieux cerner les enjeux du sujet. L'échantillonnage obtenu, dit « en variation maximale », renforçait la pertinence de nos résultats, avec l'obtention de classes extrêmes pour chaque variable pertinente retenue (Tableau 1). Une démarche rigoureuse d'analyse a été conduite sans fixer le nombre d'entretiens a priori. Tous les professionnels sollicités ont accepté de participer à l'étude, et les 17 entretiens réalisés ont permis une saturation satisfaisante du protocole de recherche. L'aspect éthique de l'étude n'a pas été négligé, avec un consentement signé obtenu pour chaque entretien. L'intervention d'un autre chercheur pour un double-codage a été réalisé pour diminuer la part de subjectivité analytique (16,17).

Néanmoins, ma qualité d'interne et médecin généraliste remplaçant a pu influencer les réponses. Aussi, en dépit d'une volonté d'anonymisation des données obtenues (Tableau1), le nombre restreint de professionnels du PSP, peut permettre de lever l'anonymat en croisant les données socio-démographiques. Des participants auraient ainsi pu limiter leur discours de peur d'être reconnus. Certaines catégories professionnelles ne sont représentées que par un professionnel (sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, podologue, biologiste) ; il eût été souhaitable d'avoir d'autres discours comparatifs pour une meilleure représentativité de ces professions. Enfin, tous les libéraux interrogés n'intervenaient pas directement au sein de l'HP (Tableau 1), ce qui a pu biaiser une partie des réponses.

## C. Résultats et littérature

### 1. Hôpital de proximité : outil de soin de premier recours attractif et structurant

L'attractivité professionnelle des hôpitaux de proximité et notamment des ex-HL a déjà été décrite. Ces structures semblent pouvoir se structurer pour influencer l'installation des jeunes médecins généralistes sur un territoire, en leur proposant un exercice concerté et transversal, conformes à leurs aspirations (18).

D'après une étude réalisée en 2012 sur l'hôpital du sud-ouest mayennais de Craon/ Renazé, l'association d'un ex-HL à un PSP, renforce l'attractivité d'un tel regroupement selon les professionnels concernés (19). Le PSP de notre étude n'est pas associé à proprement parlé à l'hôpital d'Antrain, mais collabore étroitement avec ce dernier. Pour autant, les professionnels interrogés, tout autant médicaux que paramédicaux confirment que cette collaboration ville-hôpital renforce l'attractivité du secteur de soins. La Cour des comptes (15) notait qu'un ex-HL constituait le point d'adossement propice à la constitution de MSP ou PSP. Aidant alors à fixer un potentiel médical et paramédical sur le territoire, la structure s'assure ainsi un potentiel d'intervenants en son sein. Cette interdépendance ville-hôpital, quasi existentielle, était d'ailleurs mise en avant dans notre travail. Cependant si l'intervention des libéraux est indispensable au fonctionnement des ex-HL, il n'en est pas de même des petits CH, fonctionnant eux avec des salariés. Ainsi, la diversité de structures au sein des HP rend toute généralisation impossible (Annexe 2).

L'avis des professionnels de santé libéraux de notre étude, s'accorde avec celui des pouvoirs publics sur le positionnement souhaité des HP. Ils sont désignés comme des outils d'optimisation du soin primaire, acteurs majeurs de l'organisation du parcours des patients. Nos résultats confirment leur propension aux partenariats, notamment médicaux-sociaux, au plus proche du lieu de vie des malades. Ils répondent pleinement au principe de subsidiarité (\*) (21), dans une logique de graduation des soins. Représentant près du tiers des établissements de santé publics (Annexe 2), ils n'assuraient néanmoins en 2013 qu'environ 3% de l'activité publique en médecine et 15% en SSR. Ainsi le positionnement de ces structures ne peut être envisagé uniquement dans le paysage hospitalier français, mais bien dans le cadre de la qualité de la coopération ville-hôpital qu'il permet, véritable levier d'efficience du soin primaire sur notre territoire (15).

(\*) Principe de subsidiarité : principe selon lequel, la responsabilité d'une action publique, lorsqu'elle est nécessaire, doit être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème.



## 2. Financement des HP et rémunération de ses intervenants libéraux

Avec la loi HPST, le statut spécifique des hôpitaux locaux a disparu (Annexe 2). Alors, au même titre que les autres CH, ces structures devaient voir leur financement passer à la tarification à l'activité (T2A). L'application de cette T2A pour leur activité sanitaire a plusieurs fois été différé. En effet, les simulations financières ont laissé craindre la mise en difficulté de la majorité de ces établissements, gage pour certains de transformation en EHPAD (15,20). Or, les résultats de notre étude ne manquent pas de souligner l'importance des lits de médecine pour la pérennité de ces ex-HL. Lesquelles structures apparaissent déterminantes à un parcours de santé mieux coordonné entre ville et hôpital, source d'économies et de cohérence au niveau national (20). Ainsi, le maintien d'un maillage territorial en établissement sanitaire, jugé également important par les pouvoirs publics, a fait créer avec la nouvelle loi LMSS de 2016 un nouveau statut « d'hôpitaux de proximité » garantissant aux ex-HL et CH de petite taille des revenus plus stables (21, 22) (Annexe 7).

Par ailleurs, dans l'un des ex-HL examinés par la Cour des comptes en 2013, comprenant 15 lits de médecine et 15 lits de SSR, les soins assurés par 4 médecins libéraux correspondaient à un équivalent temps plein (ETP) salarié (15). L'audit réalisé concluait que cet ETP salarié ne pouvait assurer à lui seul la même charge de travail, ni la même amplitude horaire tout au long de l'année, et qu'un tel recrutement bouleverserait trop le projet médical de l'établissement. Le mode de fonctionnement avec les libéraux et notamment les médecins généralistes, dans ce type de structure, semble donc plus approprié.

Cependant plusieurs médecins de notre étude jugeaient leur rémunération à l'acte à l'HP inadaptée à leur pratique. Celle-ci reste fondée sur le tarif d'une consultation (C = 23 €) minorée d'une redevance de 10% au bénéfice de l'établissement. Elle ne prend pas non plus en compte la notion de déplacement, variable d'un médecin libéral à l'autre (Tableau1), à la différence des visites habituelles au domicile. Elle semble inappropriée aux prises en charge, quasiment exclusivement gériatriques voire palliatives, toujours chronophages.

Une part de forfaitisation contribuerait probablement à maintenir l'implication des médecins libéraux et le bon fonctionnement de ces structures, dans le contexte où une démographie médicale déclinante oblige déjà à recourir à de nombreux médecins salariés (15).

L'évolution des pratiques collaboratives révèle la nécessité de diversifier les modes de rémunération des libéraux. Il en va certainement de l'efficacité des soins primaires sur le territoire (23). La politique de santé actuelle, souhaitant renforcer la collaboration ville-hôpital, pourrait engendrer des nouveautés sur ce point. Qu'en sera-t-il pour les autres libéraux para médicaux intervenant dans ces HP ? Il apparaît aussi essentiel qu'ils ne soient pas oubliés.

### 3. Filière gériatrique

Nos résultats rappelaient l'importance des HP, pour la prise en charge du patient âgé, au plus proche de son lieu de vie. Dans un contexte démographique où la population française vieillie, la part des plus de 75 ans allant presque doubler d'ici 2050 (\*). Ces personnes fragiles, nécessitent une démarche de prescriptions raisonnées, et un parcours de soins anticipé et coordonné. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avance, qu'au moins pour partie, le « sur-accroissement de la dépense de santé fonction de l'âge » est dû à un dysfonctionnement dans l'organisation des soins à l'égard des personnes âgées. Il est ici question de « juste soin », 20% des hospitalisations des plus de 80 ans étant dues à la iatrogénie médicamenteuse (24). De même, la surreprésentation de nos anciens aux urgences hospitalières reflète leur prise en charge sous-optimale en amont. Le grand âge s'avère être un amplificateur des manques de transversalité de notre système de soins, pouvant engendrer un parcours de soins heurté, beaucoup plus coûteux et moins efficace.

Ainsi, depuis quelques années, la constitution de « filière gériatrique » s'impose en paradigme de la prise en charge des personnes âgées. Depuis 2007, elle est définie par la loi comme : « une modalité d'organisation territoriale cohérente et graduée de soins gériatriques, devant couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé, en prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé » (25). C'est un concept organisationnel, non une entité supplémentaire. Elle s'impose sur un territoire de santé, et doit s'organiser autour d'un CH de référence, possédant des services et une expertise à vocation gériatrique. Elle doit permettre d'améliorer les parcours de soins, et de transmettre une culture gériatrique commune aux professionnels de santé en organisant des rencontres et formations.

En 2016, le CHMB a signé une convention avec le CH de référence de Fougères, pour la constitution d'une filière gériatrique. Ces HP semblent être « à la croisée » des trajectoires. Portes d'entrée dans la filière gériatrique lors d'une hospitalisation, ils sont également des relais potentiels pour les EHPAD en cas de besoin, ou des relais des hôpitaux généraux ou psychiatriques dans le « post diagnostic ».

Outre le service rendu au patient âgé, la filière gériatrique semble être un levier puissant pour les HP. Ils pérennisent l'offre de soins de ces établissements en optimisant les taux d'occupation, les durées moyennes de séjour, les profils de recrutement et valorisation des séjours. En améliorant ces indicateurs, cette coordination est un atout pour les HP face aux enjeux de la T2A, pour maintenir leurs services sanitaires et développer leur attractivité. Enfin la filière gériatrique offre de nouvelles opportunités collaboratives aux HP. Elle peut permettre le développement des supports techniques comme la télémédecine, ou des consultations avancées de spécialistes en interne ou en externe (26). Nos résultats d'étude confirment d'ailleurs explicitement ces deux derniers points, et l'enthousiasme que cela peut provoquer.

(\*) Données INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), 2016.

#### 4. Soins palliatifs et Fin de vie

La question de la fin de vie soulève un paradoxe dans notre pays. Si près de 8 personnes sur 10 souhaitent mourir au domicile (\*), seule 1 sur 4 y décède. Ce qui fait de la France, l'un des pays européens où l'on meurt le moins chez soi. Un système de santé trop cloisonné entre ville et hôpital, ainsi qu'une vision surmédicalisée de la fin de vie, sont mises en cause (27). Pourtant les HP apparaissent être une vraie ressource dans la gestion de la fin de vie. Ils peuvent permettre d'éviter la surmédicalisation de fin de vie, et faire considérer le passage à l'hôpital, comme une simple étape avant le retour au domicile. Comme souhaité par l'un des médecins interrogés de notre étude, le développement des hospitalisations de jour ou la pratique des ré-hospitalisations de courte durée offrent de nombreux avantages. Elles permettent de faire le point sur l'évolution de la pathologie du patient, et constituent des hospitalisations de répit pour la famille ; la lutte contre l'épuisement des aidants étant essentielle au succès de la gestion au domicile (27).

En effet, gérer une fin de vie au domicile nécessite une coordination d'amont entre famille, aidants, soignants et autres structures de soin comme l'hospitalisation au domicile (HAD), le service de soins infirmiers au domicile (SSIAD), ou les équipes mobiles de soins palliatifs. Celle-ci semble essentielle pour éviter des passages aux SAU à la moindre complication ou inquiétude des proches voulant s'assurer que tout soit fait pour le malade. Pourtant, les SAU saturent et ne sont pas adaptés pour les soins palliatifs et la fin de vie (28).

Quand le maintien au domicile s'avère trop délicat, et qu'une hospitalisation s'impose, l'HP apparaît être une bonne solution de repli. Ce type de structure semble être adapté pour la sérénité du malade ainsi que la proximité de la famille et des proches ; en évitant les ruptures avec les soignants libéraux habituels. Certains professionnels de notre étude se réjouissaient de la possibilité d'une gestion de fin de vie à l'hôpital d'Antrain. Les lits de soins palliatifs de ces structures participent de l'attractivité du territoire sanitaire, et représentent un levier important d'optimisation de l'offre de soins de proximité (28).

#### 5. Hôpital de proximité : outil de formation

Certains appréciaient la présence récente de l'interne de médecine générale (IMG) à l'hôpital d'Antrain. En effet, l'intervention à l'acte des libéraux et notamment des médecins généralistes, ne garantit pas une présence continue au sein de ces établissements. Cependant, il est certain que les IMG, comme tous les internes d'ailleurs, ne sont que des médecins en formation, et à ce titre doivent poursuivre leur apprentissage dans une logique de compagnonnage. Ils sont néanmoins désireux d'autonomisation, a fortiori en fin de cursus d'internat (29).

(\* ) sondage IFOP (Institut français d'opinion publique), 2010.

En cela, sans envisager l'instrumentalisation des IMG, cela pourrait tout de même renforcer la présence médicale dans les services, et être bénéfique à ces structures hospitalières.

L'HP semble en tout cas constituer un levier important à l'amélioration de la formation des IMG. Ces derniers déplorent majoritairement une formation trop universitaire, et sont demandeurs de stages plus en lien avec leur exercice futur (29). Propices aux prises en charge sanitaires mais aussi médico-sociales, les HP semblent pouvoir répondre aux volontés d'inter-professionnalité des futurs médecins généralistes. Ces nouveaux lieux de stage pourraient probablement même s'envisager plus précocement, dès le second cycle d'études médicales, pour désengorger ainsi les terrains de stages universitaires parfois saturés. Enfin, ces structures semblent plus pertinentes pédagogiquement pour les IMG, puisqu'ils sont une majorité à souhaiter un exercice semi-rural voire rural (29).

Le problème est cependant celui de la maîtrise de stage, les ex-HL fonctionnant avec des médecins généralistes libéraux n'étant pas chefs de service. Encourager les stages mixtes (30), en libéral et en HP, pourrait offrir une solution ; les médecins libéraux étant alors maîtres de stage. Ils présenteraient également l'avantage de ne rien coûter aux HP (31). En effet, si les CHU ont les moyens de financer des internes, les HP n'ont pas de ligne budgétaire dédiée. Il convient donc de faire comprendre aux ARS l'intérêt de faire financer l'accueil d'un IMG. De façon générale, l'accueil de stagiaires soignants semble fondamental pour faire connaître ces structures en raison d'une méconnaissance de leur activité. L'enjeu est important pour consolider la présence médicale et paramédicale dans nos zones rurales.

## 6. Evolution de l'organisation territoriale du soin

La LMSS a créée les groupements hospitaliers de territoire (GHT) (32) (Annexe 8), se substituant aux anciennes communautés hospitalières de territoire (CHT) créées par la loi HPST. Pour éviter l'échec des CHT, l'adhésion aux GHT est rendue obligatoire. Ce nouvel outil, piloté par les ARS, est censé offrir une réponse aux problèmes d'inégalités d'accès aux soins dans un contexte de pénurie médicale. Pour cela, il est question de rapprochements entre structures, notamment avec un établissement dit « pivot » du territoire de santé. Autour d'un projet médical partagé, via des fonctions supports mutualisées (Annexe 8), ces coopérations doivent améliorer les parcours de soins (33).

Dans un rapport récent à propos de ces GHT, l'ANCHL (\*) (34) parle de la fin du management de proximité, de la perte de la facilité et de la réactivité des échanges ville-hôpital. Cela même décrit comme source d'une dynamique enthousiasmante par certains libéraux de notre étude.

(\*) ANCHL : Association Nationale des Centres Hospitaliers locaux.

Une crainte exprimée est également celle des coûts de structures surajoutés, du fait de la logistique des GHT, pouvant fragiliser les petits établissements.

L'avenir des ex-HL doit s'inscrire avec tous les différents acteurs de terrain locaux (15). Les libéraux de notre étude, tant médicaux que paramédicaux, revendiquent ce nécessaire fonctionnement local. Pour ces GHT, au-delà d'une proximité géographique, il s'agit donc d'une proximité territoriale organisée et légitimée par tous les acteurs concernés. L'enjeu est de taille car il s'agit de passer d'un jeu concurrentiel, relatif à l'attractivité des structures, à une logique coopérative entre hôpitaux et territoires voisins (35).

La mise en place des GHT apparaît complexe avec des délais très contraints, ce qui ne semble pas satisfaire les acteurs de terrain. Il est donc crucial de multiplier les concertations d'amont pour le législateur, à l'heure où prérogatives financières et justice sociale en matière d'accès aux soins sont à gérer de concert.

Les concertations avec les acteurs de terrain du soin primaire existent déjà néanmoins. Celles-ci ont notamment permis, la création d'une instruction récente (36) sur la restructuration organisationnelle des regroupements pluri-professionnels sur le territoire. Les créations d'équipes de soins primaires (ESP) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont proposées, afin de se substituer respectivement aux actuels MSP et PSP. Ces CPTS pourraient être la matérialisation d'un fonctionnement commun d'un PSP et d'un HP. Cette nouvelle dénomination vient clarifier les choses, et permettre de façon officielle d'intégrer dans un projet commun de santé les PSP et les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux. Ces ESP et CPTS poseraient le cadre d'une évolution des pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement des réponses ambulatoires coordonnées. Issues des désidératas des acteurs locaux concertés, elles se veulent plus souples dans leur réalisation, donnant plus de marge de manœuvre à leurs participants, dans une logique annoncée d'optimisation des soins primaires, et de réduction des inégalités d'accès aux soins.

## V. CONCLUSION

Soucieux d'un exercice collaboratif interprofessionnel organisé, les libéraux de notre étude regroupés en PSP, sont satisfaits d'optimiser encore leur exercice en collaborant avec leur HP. Cette collaboration ville-hôpital, source d'attractivité, améliore l'efficacité des soins sur leur territoire.

Ces acteurs de terrain libéraux semblent s'accorder sur l'avis des pouvoirs publics faisant de l'hôpital de proximité, un puissant levier d'optimisation des soins primaires sur notre territoire. Ils s'inquiètent cependant des changements législatifs le concernant. Devenus « HP » avec la LMSS, les ex-HL se sont raréfiés et peinent à revendiquer leur identité. Les réformes récentes de financement de ces structures et leur regroupement au sein des GHT, viennent majorer les craintes quant à leur pérennité.

L'hôpital de proximité, outil polymorphe, ne peut donc pas être réduit à une seule fonction, transposable uniformément à tous les territoires. Bien au contraire, son avenir dépendra de la place qu'il aura su se créer au sein d'une offre locale de santé.

Il apparaît donc essentiel pour le législateur de rester à l'écoute des acteurs locaux, non seulement libéraux, mais aussi hospitaliers. Car si leur utilité est première dans l'offre de soins, leur avenir demeure incertain. Il reste peut-être à investir les CPTS, toutes récemment créées, pour pérenniser ces structures et formaliser une organisation territoriale de santé totalement décloisonnée.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3<sup>ème</sup> cycle  
2 avenue Professor Léon Bernard  
35043 RENNES Cedex

## FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : BERTHELOT Charles

### TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

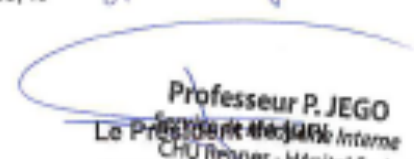
Titre :

Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé  
pluri-professionnel sur l'hôpital de proximité.

Rennes, le 24/08/2016

  
Le Directeur de thèse

Rennes, le 31.8.2016

  
**Professeur P. JEGO**  
Le Président Médian Interne  
CHU Rennes - Hôpital Sud  
Tél: 02 99 26 71 28 - Fax 02 99 26 71 98  
N° RPPS : 10002647039

**Vu et permis d'imprimer**

Rennes, le

- 6 SEP. 2016

UNIVERSITE DE  
RENNES 1

Le Président de l'Université  
de Rennes1

Prs Président et par délégation  
le Vice-Président

  
D. ALIS

## BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Organisation mondiale de la santé. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Disponible sur : [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf)
  
2. Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., and al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. IRDES Question d'économie de santé 2005;92:1-6. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes92.pdf>
  
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res J. 2003 ;38(3):831-65.
  
4. Maarsingh OR, Henry Y, Van de Ven PM, Deeg DJ. Continuity of care in primary care and association with survival in older people : a 17-year prospective cohort study. Br J Gen Pract. 2016
  
5. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, groupe AIR project. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? IRDES Question D'économie Santé. 2012;179 :1-8 Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>
  
6. Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature et des mesures adoptées en France. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) 2006. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
  
7. Chambaud L., Schaetzel F. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) 2009. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_maison\\_de\\_sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf)
  
8. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. 2010. p. 183. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622.pdf>
  
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.
  
10. Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
  
11. Fournier M. Création d'un pôle de santé en zone rurale démographiquement fragile : le ressenti et les motivations des professionnels de santé. Une étude qualitative à Plélan-le-Grand. Thèse de médecine générale. Université européenne de Bretagne, Rennes 1; 2016.49p.
  
12. Le Pacte Territoire-Santé en Bretagne. ARS Bretagne. 2013. Disponible sur : <http://www.ars.bretagne.sante.fr>.
  
13. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>



14. AGHL, Association nationale des médecins Généralistes d'Hôpital Local. *La médecine générale et les soins de premiers recours sur un territoire comportant un hôpital local*. 2012.

15. *Cours des Comptes. L'avenir des hôpitaux locaux. Rapport sur la sécurité sociale*. Paris, 2013.

16. Van Campenhoudt L., Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. DUNOD, Edition 2013. 262p.

17. Frappé P. *Initiation à la recherche*. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Edition 2011. 216p.

18. Dubois P. *L'hôpital local : comment pourrait-il influencer l'installation des médecins généralistes en zone rurale ?* Thèse de médecine générale. Université Paris XII, Créteil; 2008. 68 p.

19. Bertrand J. *Attentes des professionnels de santé intégrant un pôle de santé associé à un Hôpital local (Mayenne, 53)*. Thèse de médecine générale. Université d'Angers; 2012. 119p.

20. DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. *Instruction DGOS/R2/R5 n°2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux*. Disponible sur : [http://socialsante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/1408/ste\\_20140008\\_0000\\_0084.pdf](http://socialsante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/1408/ste_20140008_0000_0084.pdf)

21. Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

22. Or Z., Renaud T. *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)*. IRDES, 2009 Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>

23. Samson A-L. *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés sur l'économie n°5, Au chevet de la santé*. Ed La Découverte. 2009;1(5):44–58.

24. HCAAM, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. *Vieillesse, longévité et assurance maladie*. 2010. Disponible sur : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_avis\\_220410.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_220410.pdf)

25. DHOS. *Direction des Hôpitaux et de l'offre de soins. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques*. Disponible sur : <http://socialsante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>

26. Brunet J. *La filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir pour les centres hospitaliers de proximité*. EHESP, 2012. Disponible sur : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/dessms/brunet.pdf>

27. ONFV, Observatoire National de la Fin de Vie. *Rapport sur la fin de vie au domicile 2012*. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>

28. Lalande F., Veber O. *La mort à l'hôpital*. Rapport IGAS, Tome 1, 2009. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037.pdf>.

29. ISNAR-IMG. *Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2013. Disponible sur : <http://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>*

30. ANEMF. *Association des Etudiants en Médecine de France. Stages en ambulatoire. 2013.*

31. AGHL. *Association nationale des médecins Généralistes d'Hôpital Local. Recevoir un interne en médecine général en CHL. 2014. Disponible sur : <http://www.anchl.fr/images/doc%20AGHL%20Recevoir%20un%20interne%20en%20mdecine%20gnral%20en%20CHL.pdf>*

32. *Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>*

33. *Tourmente D. Les Groupements Hospitaliers de Territoires : missions et gouvernance des nouveaux outils de coopération. 2016. Disponible sur : <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01345525>*

34. ANCHL. *Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux. Analyse de la loi de modernisation du système de santé et des projets de texte d'application. 2016. Disponible sur : [http://www.anchl.fr/images/ANALYSE\\_ANCHL\\_LMSS\\_2016.pdf](http://www.anchl.fr/images/ANALYSE_ANCHL_LMSS_2016.pdf)*

35. *Cazin L. La recomposition du tissu hospitalier à l'échelle territoriale : dessiner et jouer la carte de la confiance. 5 ème colloque AIRMAP : le management public entre confiance et défiance, Jun 2016, Poitiers, France. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01295198>*

36. *Instruction DGOS n° R2/2016/163 du 24 mai 2016 relative aux ESP et CPTS.*

## Liste des abréviations

- ARS : Agence régionale de santé
- CH : Centre hospitalier
- CHMB : Centre hospitalier des Marches de Bretagne
- CHP : Centre hospitalier de proximité
- CHT : Communauté hospitalière de territoire
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CMP : Centre médico-psychologique
- CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CSP : Code de santé publique
- DAF : Dotation annuelle de financement
- DU : Diplôme universitaire
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
- ESP : Equipe de soins primaires
- ETP : Equivalent temps plein
- Ex-HL : Ex-Hôpital local
- FMC : Formation médicale continue
- GHT : Groupement hospitalier de territoire
- HAD : Hospitalisation au domicile
- IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état
- IMG : Interne de médecine générale
- Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- LMSS : Loi de modernisation de de notre système de santé
- MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
- PMI : Protection maternelle et infantile
- PROSALICA : Professionnels de santé libéraux du canton d'Antrain
- PSP : Pôle de santé pluri-professionnel
- PTS : Pacte Territoire Santé
- SAU : Service d'accueil et d'urgences
- SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins au domicile
- SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
- SSIAD : Service de soins infirmiers au domicile
- SSR : Soins de suite et réadaptation
- T2A : Tarification à l'activité
- URPS : Union régionale des professionnels de santé

## ANNEXES

### Annexe 1 : Regroupements pluri-professionnels

#### Cadre législatif & Définitions

##### **- Maisons de santé pluri-professionnel (MSP) :**

**Article L.6323-3 du code de la santé publique (dernière modification par la loi n°2011-940 d'août 2011) :** « personne morale constituée entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, assurant des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] le cas échéant de second recours, [...] dans le cadre d'un projet de santé. »

##### **- Pôles de santé pluri-professionnel (PSP) :**

**Article L.6323-4 du code de la santé publique (Loi n°2009-879 de juillet 2009) :**  
« constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale [...] assurant des activités de soins de premier recours [...] le cas échéant de second recours, [...] dans le cadre d'un projet de santé. »

##### **- Centres de santé pluri-professionnel (CSP) :**

**Article L.6323-1 du code de la santé publique (Loi n°2009-879 de juillet 2009) :**  
« Structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement [...] et des actions sociales [...]. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. »

Dans les faits, y compris pour les ARS, un PSP correspond le plus souvent à une MSP s'inscrivant dans une logique "hors murs", ayant choisi la dénomination PSP pour des questions de visibilité. Il s'agit bien pourtant dans ce cas d'une MSP au sens strict de l'article L.6323-3 du code de la santé publique, lequel n'impose pas en effet de regroupement physique "sous le même toit". Cependant, ces deux définitions législatives étant très proches, on parle tout autant de MSP que de PSP, en fonction du caractère uni site ou multi site du regroupement pluri-professionnel.

Les MSP ne doivent pas être assimilées aux maisons médicales. Ces dernières correspondent bien à un regroupement de professionnels de santé, mais pluridisciplinaire ou non, dans un lieu commun, et sans projet de santé.

Les CSP se distinguent quant à eux des MSP et PSP, par un fonctionnement sur le mode du salariat (10).

## PROSALICA

Le PSP libéral de notre étude se nomme « PROSALICA » (\*) (PROfessionnels de SANté LIbéraux du Canton d'Antrain), et est réparti sur 4 communes : Antrain, St-Ouen-la-Roerie, Tremblay et Bazouges-la-Pérouse.

Le canton d'Antrain est situé au nord-est de l'ille-et-vilaine. Il a été récemment agrandi en mars 2015 pour les élections départementales, passant de 10 à 31 communes. Le regroupement de PROSALICA a été fait selon l'ancien découpage cantonal (Antrain communauté), plus restreint. Si la dénomination cantonale est présente dans l'intitulé de PROSALICA, celle-ci n'a pas une importance majeure dans notre étude du ressenti des libéraux d'un PSP sur l'HP. Son recrutement étant celui du territoire de proximité (Annexe 2), sans découpage précis.

L'association est née début 2011. Le projet est articulé sur un pôle fonctionnel. Les professionnels de santé continuent d'exercer dans leurs communes respectives, mais s'engagent à travailler ensemble avec un projet local de santé et une organisation pluri-professionnelle. PROSALICA permet d'augmenter le lien et la coordination entre les différents intervenants, au service des patients, et de pérenniser l'offre de soins sur le territoire, malgré une démographie difficile.

L'association regroupe les 37 professionnels de santé libéraux du canton :

- 12 médecins généralistes
- 8 IDE
- 6 pharmaciens
- 3 kinés
- 3 orthophonistes
- 1 pédicure podologue
- 1 sage-femme
- 1 biologiste
- 2 dentistes

Parmi ces professionnels libéraux de santé, ceux collaborant avec le site d'Antrain du CHMB (cf. critères d'inclusion), constituent la population source de notre étude.

(\*) [www.prosalica.free.fr](http://www.prosalica.free.fr)

## Annexe 2 : Hôpitaux de proximité

### Historique

Héritier des anciens hospices, destinés à accueillir les indigents, l'hôpital de proximité a vu son rôle évoluer tout au long des soixante dernières années. D'abord dénommé hôpital rural en 1958, il se voit confier une activité de médecine et parfois de maternité. En 1972, l'hôpital rural devient hôpital local (HL), mais sa mission demeure floue face aux nombreux types de populations qu'il accueille : personnes âgées, personnes handicapées, mères/enfants...

Aussi, la loi du 31 juillet 1991 consacre l'HL comme établissement public de santé, n'évitant pas que leur activité ne se recentre sur l'hébergement de personnes âgées.

La circulaire du 28 mai 2003 entend donner une nouvelle place aux HL en le consacrant comme premier niveau de prise en charge sanitaire. Mais la loi HPST du 21 juillet 2009, supprime le régime juridique des HL qui deviennent des centres hospitaliers (CH) comme les autres.

Si le terme HL n'existe plus alors, il reste employé fréquemment. De fait, le terme HL reste utilisé par les acteurs de terrain, là où les pouvoirs publics l'individualisent parmi les CH par le terme « ex-hôpital local » (ex-HL). En effet, ils diffèrent des autres CH, par leur mode de fonctionnement particulier, avec un ancrage territorial très fort du fait d'une pratique mixte libérale et salariée des médecins.

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016 réinstaura un cadre juridique pour ces ex-HL, les désignant comme « hôpitaux de proximité » (HP).

Entité juridique plus large, les HP regroupent des CH traditionnels (avec praticiens hospitaliers salariés) de petite taille, et les désormais ex-HL. Ils peuvent eux aussi se revendiquer d'une certaine proximité, et répondent à des critères spécifiques (cf. cadre législatif).

La notion d'HP englobe donc des structures ayant des fonctionnements différents. Il y a une confusion dans le genre car la vocation n'est pas la même.

C'est ainsi que sur les 10 dernières années, entre fermeture de lits de médecine et autres restructurations, près de 100 ex-HL ont disparu.

En juin 2016, on dénombre, 242 HP parmi plus de 850 hôpitaux français. Les ex-hôpitaux locaux représentant environ 150 d'entre eux. (\*)

(\*) Arrêté du 23 juin 2016 fixant la liste des hôpitaux de proximité, art R. 6111-25 du CSP.

## Cadre législatif & Définitions

Selon le dernier décret ministériel de mai 2016 (21), les désormais « Hôpitaux de proximité » (HP) sont reconnus sur le plan législatif comme des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent.

Leurs rôles sont clairement définis (Art. 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale) :

- Appui en 1<sup>er</sup> recours
- Prise en charge post-aigue
- Préparation du retour au domicile
- Pivot de l'exercice libéral
- Conforter l'offre médico-sociale territoriale
- Support de prévention
- Support de promotion de la santé

Les conditions d'éligibilité à l'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité sont :

- Autorisation de médecine avec une activité n'excédant pas un seuil défini dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État
- Pas d'autorisation en chirurgie ou gynécologie-obstétrique
- Etre sur un territoire de « proximité »

La notion de « territoire » correspond au découpage autour de l'établissement sur la base d'un temps de déplacement routier < 30 min.

Celle de « proximité » est retenue si ce territoire comprend au moins 2 des 4 caractéristiques suivante :

- Populationnelle : Part de la population de plus de 75 ans (> à la moyenne nationale de 9%)
- Précarité : Part de la population vivant dans la pauvreté ( > à la moyenne nationale de 14,3 %, i.e. part de la population ayant < 60 % du revenu médian en 2012)
- Géographique : Ruralité (densité de population < au seuil de 150 per / km<sup>2</sup>, indicateur OCDE)
- Offre de soins : Part des omnipraticiens pour 100000 habitants (< à la moyenne nationale de 99 praticiens pour 100000 habitants)

Le bassin de vie d'Antrain répond aux caractéristiques populationnelle, de précarité et géographique. Le territoire d'Antrain est donc reconnu de « proximité » sur le plan législatif.

Une partie des ex-HL n'ayant pas de service de médecine mais disposant d'un service de SSR ou d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), n'entre pas dans cette catégorie.

## CHMB

L'hôpital de notre étude est un ex-hôpital local. Remplissant les récents critères d'éligibilité sus-cités, celui-ci est désormais nommé « hôpital de proximité ».

Il s'agit du Centre Hospitalier des Marches de Bretagne (CHMB), établissement public de santé exerçant une activité de proximité. Il résulte de la fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2012 des deux ex-hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès.

Depuis, dans une logique de partenariats médico-sociaux à l'échelle territoriale, celui-ci a intégré des structures de soins de communes avoisinantes des cantons du Coglais et d'Antrain.

Situé au Nord de l'Ille-et-Vilaine (50 Km de Rennes / 25 Km de Fougères), il dispose :

- D'activités sanitaires : de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR polyvalent, SSR spécialisé neurologique, SSR spécialisé locomoteur)

- D'activités médico-sociales : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD permanente, EHPAD temporaire, EHPAD Alzheimer), Foyer de Vie, et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Le CHMB comprend aujourd'hui 4 sites répartis sur les communes d'Antrain, de Saint-Brice-en-Coglès, de Saint-Georges-de-Rintembault et de Tremblay.

Le site d'Antrain concentre la quasi intégralité de l'activité sanitaire du CHMB (seuls 11 lits de SSR polyvalents demeurent sur la commune de Saint-Brice-en-Coglès), et se réparti en :

- Un service de médecine (1 médecin coordinateur salarié) : 12 lits dont 2 étiquetés « soins palliatifs ».

- Un service varié de SSR (3 médecins salariés à temps partiel) : 12 lits de SSR polyvalents, 15 lits de SSR à orientation neurologique, 38 lits de SSR spécialisé locomoteur (33 en hospitalisation complète, et 5 en hospitalisation de jour).

- Un EHPAD « La Loysance » (2 médecins salariés à mi-temps) : 145 lits d'hébergement permanent, et 5 lits d'hébergement temporaire.

- Un SSIAD : 27 places disponibles, pour préserver tant que possible le maintien au domicile.

Les professionnels libéraux du pôle de santé d'Antrain participent au fonctionnement du site d'Antrain, en collaboration avec les salariés des différents secteurs. Le choix du site d'Antrain du CHMB, de part cette diversité, était approprié à notre étude.



## **Annexe 3 : Guide d'entretien**

### **A/ Contrat de communication :**

« Je m'appelle Charles Berthelot, je réalise un travail sur les liens existant entre un pôle de santé pluri-professionnel et un hôpital de proximité en zone rurale. Le but étant d'analyser le ressenti des professionnels libéraux sur ce sujet. A ce titre, après avoir récupéré votre formulaire de consentement daté et signé, avec votre autorisation, je vais vous interroger et enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme. »

### **B/ Données socio- démographiques (fiche à remplir)**

### **C/ Questions ouvertes :**

1) Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

2) Pourquoi êtes-vous installé dans ce secteur ?  
(*Pourquoi y restez-vous ?*)

3) Pouvez-vous me décrire, en pratique, votre activité en lien avec l'hôpital d'Antrain ?

4) Pouvez-vous me parler du pôle de santé ?  
(*Quels sont les liens du pôle de santé à l'hôpital d'Antrain ?*)

5) En quoi le pôle de santé est-il important ou non pour l'hôpital de proximité ?

6) Quel est l'apport de l'hôpital de proximité au pôle de santé selon vous ?

7) Comment, selon vous, l'hôpital de proximité pourrait-il évoluer ?  
(*Auriez-vous des souhaits / propositions ?*)

## **Annexe 4 : Formulaire de consentement**

### **Formulaire de consentement**

#### Projet de recherche

#### Titre :

**Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé pluri-professionnel, sur l'hôpital de proximité de leur zone d'exercice.**

#### Investigateur :

Charles Berthelot

charlesberthelot@hotmail.fr

0637550083

#### Description et objectif de la recherche :

Dans cette étude, notre objectif est d'analyser le discours des différents professionnels de santé libéraux quant à leur pôle de santé, l'hôpital de proximité de leur zone d'exercice, et les éventuels liens existant entre ces deux entités.

Il s'agit, via cette étude, de comparer une réalité d'offre de soin en zone rurale, avec les volontés des pouvoirs décisionnaires.

#### Effets indésirables et bénéfiques potentiels :

L'entretien ne présente aucun risque ou désagrément pour vous. Vous pouvez choisir le moment et le lieu qui vous convient le mieux pour participer à l'entretien.

Votre implication peut contribuer à enrichir la compréhension de l'accès aux soins primaires en zone rurale. Il s'agit de toujours mieux cerner les problématiques pour trouver les solutions de demain.

#### Confidentialité :

La confidentialité et l'anonymat des participants sont garantis. Après l'étude, tous les enregistrements seront détruits.

#### Préalable à la participation :

A tout moment, vous pouvez me contacter (cf. coordonnées ci-dessus) pour poser des questions relatives à votre participation à l'étude.

#### Droit de sortie de l'étude :

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux la retirer à tout moment sans conséquence.

#### Consentement :

J'ai bien lu tout ce qui est écrit ci-dessus et j'accepte de participer à l'étude.

Participant

Charles Berthelot

## Annexe 5 : Grille de codage

CODES	ENTRETIENS																
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17
Expérience professionnelle avant installation	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diversification de l'exercice professionnel	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x		x		x	x
Proximité lieu de vie - lieu d'exercice professionnel	x		x			x		x		x	x	x	x		x		x
Volonté d'exercice rural de proximité	x		x	x		x		x	x	x	x	x	x		x		
Attractivité de l'hôpital de proximité	x			x	x	x			x	x	x			x			x
Activité salariée à l'hôpital de proximité		x		x					x								x
Contraintes à une installation libérale	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x		x	x	x
Hôpital de proximité: pourvoyeur de travail libéral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hôpital de proximité: exercice professionnel diversifiant				x					x					x			
Activité hospitalière essentiellement gériatrique			x	x	x				x		x						x
Echanges inter-hospitaliers optimisés				x	x				x		x	x					
Volonté de pérenniser une offre de soins cantonale									x		x	x	x	x			
Attractivité d'un regroupement pluriprofessionnel libéral	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x			
Création du pôle de santé pluriprofessionnel (PSP)									x								x
Adhésion fondamentale des différents professionnels de santé	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x				x	
Financement du PSP				x		x		x									
Une volonté d'un travail collaboratif pluriprofessionnel	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Outil de soins de premier recours du médecin généraliste libéral				x	x	x			x		x						x
Soutien mutuel / Réciprocité des échanges	x	x	x		x	x	x		x			x	x	x			x
Collaboration ville-hôpital	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Maîtrise des dépenses de santé				x	x	x		x	x	x					x		x
Projets de coordination de soins			x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Satisfaction de l'organisation territoriale du soin	x		x		x		x	x	x		x	x	x	x			
Inquiétude mutuelle sur la loi de santé/ GHT									x		x			x			
Hôpital de proximité: un fonctionnement local nécessaire		x			x			x	x		x	x		x			
Optimisation du maintien et du retour au domicile	x	x	x		x	x	x			x	x		x				x
Rôle moteur du professionnel leader	x		x	x				x			x	x		x			x
Un pôle de santé source de dynamisme et de motivation professionnelle	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x		
Mutualisation de moyens matériels	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
PSP : prestataire essentiel au maintien, à l'évolution de l'hôpital de proximité	x			x	x	x	x				x	x	x	x			x
Hôpital de proximité: condition nécessaire au PSP éclaté	x			x	x								x	x			x
Mutualisation de moyens humains		x	x	x	x			x		x	x		x				
Volonté de conserver une part d'indépendance dans le travail		x			x		x			x							x
Continuité des prises en charge		x	x	x	x		x			x	x		x				x
Protocollisation des pratiques professionnelles	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Proximité au service des rapports humains et de la santé de la population	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Une administration hospitalière ouverte aux libéraux		x	x	x	x	x	x		x	x	x						x
Formation professionnelle continue dynamique et pratique			x	x	x	x	x		x	x	x	x					x
PSP: Meilleure Connaissance et Reconnaissance entre professionnels			x	x		x	x		x	x		x	x	x			x
Disponibilité du professionnel libéral			x	x	x	x		x		x	x	x					x
L'interne à l'hôpital de proximité				x	x								x			x	
Surcharge administrative hospitalière		x															x
Reconnaissance nécessaire des limites				x	x	x				x		x					
Eloignement du professionnel de santé du site de l'hôpital de proximité				x		x					x	x					
Consultations spécialisées				x		x				x	x	x					x
Télé médecine				x	x	x										x	x
Rémunération à l'acte à l'hôpital de proximité inappropriée		x	x	x								x					
Maison médicale pluriprofessionnelle: collaboration optimisée								x		x							
Question du salariat des médecins à l'hôpital de proximité					x												
Importance des lits de médecine pour l'hôpital de proximité					x							x					x
Fin de vie et soins palliatifs à l'hôpital de proximité		x			x	x					x						
Volonté première de pérenniser l'hôpital de proximité			x			x						x		x			x
Coordination ville-hôpital optimisable/ Propositions								x				x	x	x	x		x
Le professionnel de santé et la politique de santé												x	x	x	x		
Collaboration: soutien moral, lutte contre l'épuisement professionnel		x										x					
Exigence professionnelle/ Professionnalisme		x		x	x	x						x		x	x		x
Conjoncture socio-économique en milieu rural																	x
Hôpital de proximité et réalité économique									x			x					x
Décloisonnement du parcours de soin		x	x	x				x									
Hébergement/ Hospitalisation de jour												x					

## Annexe 6 : Regroupement des codes

### I) Regroupement pluri-professionnel

#### A) Des professionnels expérimentés, soucieux d'un exercice de soin de proximité

- Expérience professionnelle avant installation
- Contraintes à une installation libérale
- Diversification de l'exercice professionnel
- Proximité lieu de vie - lieu d'exercice professionnel
- Volonté d'exercice rural de proximité

#### B) Travailler ensemble

- Attractivité d'un regroupement pluri-professionnel libéral
- Volonté d'un travail collaboratif pluri-professionnel
- Création du pôle de santé pluri-professionnel (PSP)
- Adhésion fondamentale des différents professionnels de santé
- Financement du pôle de santé pluri-professionnel
- Rôle moteur du professionnel leader

#### C) Ensemble pour travailler mieux

- PSP : meilleure connaissance et reconnaissance entre professionnels
- PSP : source de dynamisme et de motivation professionnelle
- Collaboration : soutien moral, lutte contre l'épuisement professionnel
- Maison de santé pluri-professionnelle : une collaboration optimisée

### II) L'outil Hôpital de Proximité

#### A) Diversification de l'offre de soins locale

- Attractivité de l'hôpital de proximité
- Hôpital de proximité : pourvoyeur de travail libéral
- Activité salariée à l'hôpital de proximité

#### B) Une activité de soins au service de la population

- Outil de soin de premier recours du médecin généraliste libéral
- Activité hospitalière essentiellement gériatrique
- Hôpital de proximité : exercice professionnel diversifiant
- Une proximité au service des rapports humains et de la santé de la population

### III) Décloisonnement du parcours de soins

#### A) Un besoin mutuel ville-hôpital

- Une administration hospitalière ouverte aux libéraux
- Hôpital de proximité : condition nécessaire au PSP éclaté
- PSP : prestataire essentiel au maintien et à l'évolution de l'hôpital de proximité
- Soutien mutuel / Réciprocité des échanges

#### B) Optimisation des prises en charge sanitaires et sociales

- Coordination ville-hôpital
- Décloisonnement du parcours de soins
- Echanges inter-hospitaliers facilités
- Continuité des prises en charge
- Optimisation du maintien et du retour au domicile des patients
- Gestion de fin de vie et soins palliatifs à l'hôpital de proximité

#### C) Des perspectives

- Une coordination ville-hôpital optimisable / Propositions
- Projets de coordination de soins

**IV) Une collaboration ville-hôpital fructueuse****A) Mutualisation de moyens**

- Mutualisation de moyens matériels
- Mutualisation de moyens humains

**B) Accès aux soins et dépenses de santé**

- Maîtrise des délais d'attente et des dépenses de santé
- Télémédecine
- Consultations spécialisées
- Hébergement/ Hospitalisation de jour

**C) Compétence professionnelle renforcée**

- Formation professionnelle continue, dynamique et pratique
- Protocolisation des pratiques professionnelles
- Exigence professionnelle / Professionnalisme
- Le professionnel de santé et la politique de santé

**V) Freins à cette collaboration****A) Freins inhérents à l'Hôpital de proximité**

- Eloignement du professionnel libéral du site de l'hôpital de proximité
- Surcharge administrative hospitalière
- Rémunération à l'acte à l'hôpital de proximité inappropriée

**B) Freins inhérents au professionnel de santé**

- Volonté de conserver une part d'indépendance dans le travail
- Disponibilités du professionnel libéral

**C) Freins communs**

- Reconnaissance nécessaire des limites

**VI) Organisation territoriale du soin****A) Un contexte socio-économique fragile**

- Conjoncture socio-économique en milieu rural
- Hôpital de proximité et réalité économique
- Importances des lits de médecine pour l'hôpital de proximité

**B) Un fonctionnement local nécessaire**

- Une volonté première de pérenniser l'hôpital de proximité
- Un fonctionnement local nécessaire
- Satisfaction de l'organisation territoriale du soin
- Le souci de pérenniser une offre de soins cantonale

**C) Perspectives d'avenir et inquiétudes**

- Question du salariat du médecin généraliste à l'hôpital de proximité
- L'interne à l'hôpital de proximité
- Inquiétude mutuelle sur la loi de santé/ GHT

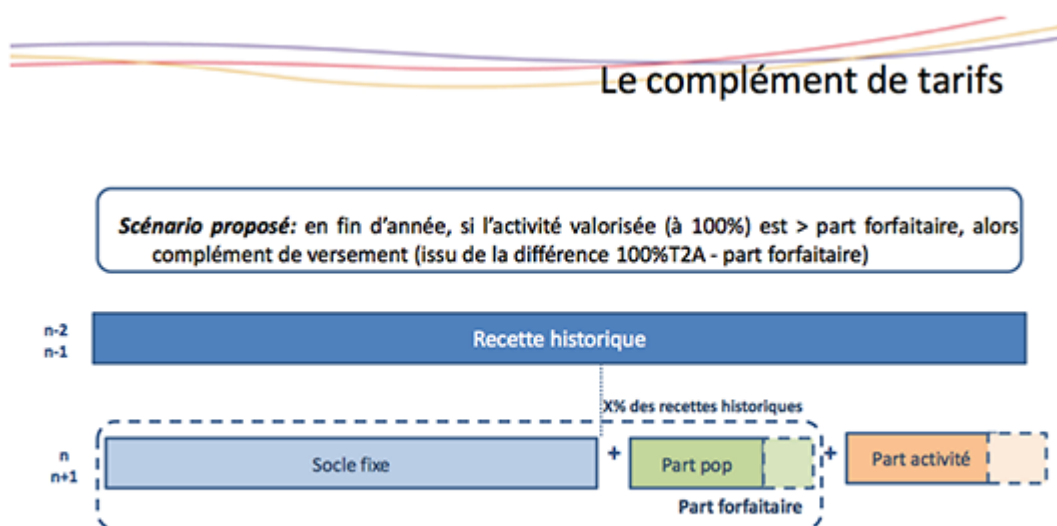
## Annexe 7 : Financement des Hôpitaux de Proximité

Le Journal Officiel du 20 mai 2016 publie le décret « hôpitaux de Proximité » qui définit les modalités de reconnaissance de ces structures et le modèle de financement dérogatoire dont ils bénéficient.

Ce financement dérogatoire est conçu pour permettre aux anciens hôpitaux locaux de maintenir leur financement après passage à la T2A.

Leur financement bascule de la dotation annuelle de financement (DAF) dont ils disposaient à un financement T2A « classique » à ceci près qu'ils sont assurés de disposer d'une dotation forfaitaire annuelle garantie (Part forfaitaire), elle-même composée :

- D'une part correspondant à une fraction de la moyenne des recettes perçues au cours des deux dernières années (*socle fixe*).
- D'une majoration tenant compte des caractéristiques du territoire et des engagements de coopérations pris (*Dotation Organisationnelle et Populationnelle DOP*).



## Annexe 8 : Groupements hospitaliers de territoires (GHT)

### Cadre législatif & Définitions

La LMSS prévoit la construction des GHT.

#### Articles L. 6132-1.-I. et -II du CSP :

« *Art. L. 6132-1.-I.*- Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.[...]

« *II.* - Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ».

Les établissements privés peuvent être associés à un GHT. Les établissements psychiatriques à plusieurs GHT.

### Projet médical partagé (PMP)

Pilier du regroupement médical de territoire, le PMP définit les orientations stratégiques médicales au sein du GHT. (*Art.L.6132-3.I. du CSP*).

Il arrête une organisation par filière, d'une offre de soins graduée. Et fixe, par filière, la place de chaque établissement du GHT dans l'organisation des activités de soins.

### Fonctions supports mutualisées

Les missions désormais confiées aux GHT, à l'inverse de leurs aînées les CHT, sont fixées par la loi. Au premier rang desquelles :

- Le système d'information hospitalier (*Art. R.6132-15. I. du CSP*) : notamment le dossier patient informatisé.
- La fonction achats (*Art. R.6132-16. I. du CSP*) : approvisionnement, investissements, politiques de marché.
- La formation initiale (*Art. R.6132-17 du CSP*) : politiques de coopérations de formation, mise en commun de toutes les ressources pédagogiques
- La formation continue (*Art. R.6132-18 du CSP*)

**BERTHELOT, Charles.**

**Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé pluri-professionnel sur l'hôpital de proximité. Etude qualitative sur le canton d'Antrain.**

52 pages (55 feuilles, 2 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016 ; N°

**Objectif :** Analyser le ressenti des professionnels de santé d'un pôle de santé pluri-professionnel (PSP) libéral sur l'HP.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés de février à mai 2016 auprès des membres du PSP du canton d'Antrain (Ille-et-Vilaine), collaborant avec leur HP.

**Résultats :** 17 entretiens ont été réalisés. Gage d'attractivité, l'HP se révélait être un outil d'optimisation du soin pour ces libéraux soucieux d'exercice collaboratif. Le besoin ville-hôpital était mutuel, quasi existentiel, permettant continuité de soins et décloisonnement des parcours de santé. La coopération ville-hôpital était fructueuse et dynamique, essentielle à une population rurale vieillissante. La rémunération à l'acte des libéraux y intervenant, était jugée inadaptée. L'importance des lits de médecine et la nécessité d'une gestion locale de l'HP semblaient cruciales. Ainsi, les réformes récentes de financement des HP et des regroupements hospitaliers de territoires inquiétaient.

**Conclusion :** Acteurs du soin ambulatoire et pouvoirs publics semblent s'accorder pour faire de l'HP un outil d'optimisation du soin primaire. Les concertations de terrain, en amont du législateur, restent néanmoins indispensables.

**Liberal professionals' perception of a multi-professional health cluster about local hospital.**

**Purpose :** To analyse how liberal health care professionals of a multi-professional health cluster feel about local hospitals.

**Method :** A qualitative study carried out between February and May 2016 through individual semi-direct interviews of members of the Antrain multi-professional health cluster (Ille-et-Vilaine) working with their local hospital.

**Results:** 17 interviews were carried out. Attractive one, the local hospital also proved to be a good way to optimise health care for these liberal professionals willing to work together. The community-hospital need was mutual, creating continuity of care, and decompartmentalisation of healthcare circuit. The community-hospital cooperation was successful, dynamic and essential for an aging rural population. The fee for the service of the liberal health care professionals working there, was thought to be unsuited. The importance of examination beds and the necessity for the hospital to be managed locally were crucial. As a consequence, the recent financial reforms and the territorial groupings of hospitals were worrying.

**Conclusion :** Outpatient care professionals and the government seem to agree that local hospital should serve to implement primary health care. However, consultations with the professionals are essential before the legislative decision.

Rubrique de classement : Soins de santé primaires

Mots-clés : Soins de santé primaires, Pôle de santé pluri-professionnel, Hôpital de proximité, Politique de santé, Coopération ville-hôpital, Parcours de soins, Continuité des soins

Mots-clés anglais MeSH : Primary health care, Multi-professional health cluster, Local hospital, Health policy, Community-hospital cooperation, Health care circuit, Continuity of care

Président : Monsieur Le Professeur Patrick JEGO

JURY : Assesseurs : Monsieur Le Dr RICONO [directeur de thèse]  
Monsieur Le Professeur Alain LEGUERRIER  
Madame Le Professeur Françoise TATTEVIN  
Madame Josiane BETTLER