



HAL
open science

Motivations et freins des médecins généralistes de pôles de santé libéraux et ambulatoires dans leur exercice en hôpital de proximité sur le territoire Sud-Manche

Pauline Marie

► **To cite this version:**

Pauline Marie. Motivations et freins des médecins généralistes de pôles de santé libéraux et ambulatoires dans leur exercice en hôpital de proximité sur le territoire Sud-Manche. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01869755

HAL Id: dumas-01869755

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01869755v1>

Submitted on 6 Sep 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Mai 2018

Par

Mademoiselle MARIE Pauline

Née le 28 Juin 1989 à Caen (Calvados)

TITRE DE LA THÈSE :

**MOTIVATIONS ET FREINS DES MEDECINS GENERALISTES DE
POLES DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES DANS LEUR
EXERCICE EN HOPITAL DE PROXIMITE SUR LE TERRITOIRE
SUD MANCHE**

Président : Monsieur le Professeur VERDON Renaud

Membres : Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

Monsieur le Docteur LE BAS François

Monsieur le Docteur SABATHIER Philippe, directeur de thèse

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M.	DUHAMEL Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Pédiatrie
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M.	HÉRON Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Cancérologie
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie

M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme	ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Médecine générale
----	--	-------------------

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

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

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LANDEMORE Gérard sera en retraite à partir du 01/01/18	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2017	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie

M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur VERDON Renaud, 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 Docteur COUETTE Pierre-André, pour avoir accepté de juger mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LE BAS François, pour avoir accepté de juger mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur SABATHIER Philippe, pour m'avoir guidé dans le choix du sujet de thèse et avoir accepté de la diriger. Mes plus sincères remerciements pour votre investissement, le partage de votre exercice et vos conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Aux médecins généralistes des PSLA de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles interrogés pour mener à bien cette étude. Que ce travail puisse valoriser les efforts que vous faites au quotidien pour maintenir une offre de soins de proximité de qualité. Recevez pour cela toute ma considération.

A Monsieur HEURTEL Jean-Pierre, Directeur du Centre Hospitalier d'Avranches-Granville, pour son aide précieuse et son implication dans mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Madame DE LACLOS Marie, Directrice du Centre Hospitalier de Saint-James, et ses collaborateurs pour leur contribution à mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur PRIVAT Erwan, Directeur par intérim du Centre Hospitalier de Villedieu-Les-Poêles, pour sa contribution à mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Monsieur DECAEN Philippe, Directeur de la CPAM de la Manche, et ses collaborateurs, pour leur contribution à mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

Enfin, mes remerciements vont à mes proches :

A mes parents, dont la confiance, le soutien et l'amour m'ont encouragé à aller au bout de ces longues années médecine. Merci d'avoir été et d'être toujours là pour moi. Le moment est venu de vous faire plaisir et de profiter de la vie. Qu'elle soit bercée de sérénité et de bonheur !

A mon frère, qui a su surmonter les épreuves de la vie avec courage. Que ta vie soit belle et remplie d'amour. Suis tes envies et concrétise tes rêves !

A Jérémy, l'homme merveilleux qui me comble de bonheur et d'amour. Merci pour tout. Que notre vie et nos projets soient magnifiques, ensoleillés et pleins d'amour !

A ma famille, et particulièrement à mes grands-mères dont les yeux brillaient de fierté quand je leur disais que j'allais devenir médecin. Merci pour vos encouragements.

A mes amis, les meilleurs au monde, pour leur présence à toute épreuve, les moments passés ensemble, les fiestas, les fous-rires, les vacances et leurs mots réconfortants : Delphine, Salomé, Aurore, Audrey, Chris, Audrey L. (avec qui j'ai fait les 400 coups en médecine !)... mais aussi à tous ceux de ma promo qui m'ont accompagné.... Mille mercis les copains !

LISTE DES ABREVIATIONS

AGHL : Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux
ALD : Affection de Longue Durée
ANCHL : Association Nationale des Centres Hospitaliers Locaux
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHAG : Centre Hospitalier d'Avranches-Granville
CHST : Comité d'Hygiène, de sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLAN : Comité de Liaison Alimentation-Nutrition
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur et pour la promotion des Soins Palliatifs
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRUQ : Commission des Relations avec les Usagers de la Qualité de la prise en charge
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSP : Code de Santé Publique
CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DFG : Dotation Forfaitaire Garantie
DMP : Dossier Médical Partagé
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DU : Diplôme Universitaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
ETP : Equivalent Temps Plein
FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC : Formation Médicale Continue
FNASS : Fond National d'Action Sanitaire et Sociale
FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
FNPEIS : Fond National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAD : Hospitalisation au domicile
HC : Hospitalisation Conventiennelle
HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PTS : Pacte Territoire Santé
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SSIAD : Service de Soins Infirmiers Au Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification à l'activité
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
USP : Unité de Soins Palliatifs

INDEX

- **Figures :**

Figure 1: Financement de l'hôpital de proximité :	12
Figure 2 : Caractéristiques socio-démographiques du territoire sud Manche par rapport aux moyennes nationales françaises :	21
Figure 3 : Part des patients en ALD ou de plus de 75 ans ou sans médecin traitant sur le territoire sud Manche (Bénéficiaires du régime général) :	22
Figure 4 : Répartition des médecins généralistes libéraux par bassin de vie sur le territoire sud Manche :	23
Figure 5 : Nombre de médecins généralistes libéraux dans la Manche de l'observé à l'attendu :	24
Figure 6 : Localisation des équipements publics de santé sur le territoire de la Manche :	26
Figure 7 : Carte de répartition des GHT en Normandie :	28

- **Tableaux :**

Tableau 1 : Répartition des médecins généralistes des hôpitaux de Saint James et de Villedieu-Les-Poêles :	15
Tableau 2 : Répartition des lits des établissements du GHT Mont Saint-Michel :	30
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des interviewés et des entretiens :	35
Tableau 4: Encodage des entretiens :	72

- **Annexes :**

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé	71
Annexe 2 : Encodage des entretiens	72
Annexe 3 : Regroupement des codes	73

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : Etat des lieux

I. L'hôpital de proximité :

1. De sa création à aujourd'hui
2. Cadre législatif et définitions
3. Les missions de l'hôpital de proximité
4. Les intervenants à l'hôpital de proximité
5. L'organisation administrative de l'hôpital de proximité
6. Le financement de l'hôpital de proximité
7. La rémunération des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité
8. Description des hôpitaux de proximité inclus dans l'étude

II. Les regroupements pluri-professionnels :

1. Cadre législatif et définitions
2. Les missions des regroupements pluri-professionnels
3. Le financement des regroupements pluri-professionnels
4. Descriptions des pôles de santé libéraux et ambulatoires inclus dans l'étude

III. Les caractéristiques clés du territoire sud Manche :

1. Les caractéristiques démographiques du territoire sud Manche
2. Et à l'avenir ?
3. Les structures de santé sur le département de la Manche

IV. La naissance des groupements hospitaliers de territoire :

1. Cadre législatif et définitions
2. La répartition des groupements hospitaliers de territoire en Normandie
3. La création du groupement hospitalier Mont Saint-Michel

PARTIE 2 : Etude qualitative

I. Matériel et méthode :

1. Type d'étude
2. Entretiens
3. Données

II. Résultats :

1. Caractéristiques générales des entretiens
2. Analyse des entretiens

III. Discussion :

1. Principaux résultats
2. Forces et limites de l'étude
3. Résultats et littérature

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE :

A l'heure où la conjoncture est marquée par le vieillissement des populations et les problématiques de démographie médicale, l'hôpital de proximité s'applique à répondre aux besoins de santé des populations. Il est un atout reconnu dans le paysage gériatrique et contribue au maintien d'un maillage médical territorial satisfaisant. Son fonctionnement repose sur l'exercice des médecins généralistes libéraux qui s'y investissent et pérennisent cette offre de soins de proximité. Les médecins généralistes libéraux scellent le lien ville-hôpital de proximité. Ils contribuent à l'émergence de regroupements pluri-professionnels qui dynamise l'attractivité médicale nécessaire à parer à la désertification médicale. Cette volonté d'exercice groupé, encouragé par la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, optimise la filière de soins primaires, et facilite l'accès, la continuité et la coordination des soins du patient. Les médecins généralistes libéraux concourent donc par leur double exercice, à l'amélioration du parcours de soins du patient. Il apparaît comme légitime et salubre de préserver leur exercice en l'hôpital de proximité.

Cependant, notre système de santé ne cesse d'évoluer et de se moderniser. La Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 Janvier 2016, pousse les professionnels de santé dans une nouvelle dynamique prônant le partage et l'utilisation d'outils communs. La création du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), résultant d'une volonté d'alliance des établissements de santé d'un même territoire, en témoigne. Cette loi bouscule le fonctionnement des hôpitaux de proximité et influe, en conséquence, sur l'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité.

De fait, en prenant l'exemple du territoire sud Manche, nous avons souhaité connaître le ressenti des médecins généralistes libéraux dans leur exercice en hôpital de proximité. Le but de l'étude était de mettre en évidence leurs motivations à exercer en hôpital de proximité mais également les obstacles qu'ils rencontrent, pour trouver des solutions afin de préserver cette offre de soins de proximité. Pour cela, l'étude s'est axée sur les médecins généralistes des pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA) de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles exerçant également dans les hôpitaux de proximité de ces villes.

Dans une première partie, nous avons souhaité connaître le fonctionnement des différents établissements de santé de premier recours et la place qu'occupe le médecin généraliste libéral au sein de ces structures. Puis, nous avons réalisé, dans le cadre de la création du GHT Mont Saint-Michel, l'état des lieux du territoire sud Manche en termes de besoins de santé des populations et de démographie médicale.

Ensuite, sont expliquées les caractéristiques de l'étude qualitative que nous avons menée auprès des médecins généralistes de PSLA exerçant à l'hôpital de proximité sur le territoire sud Manche. L'analyse et les résultats y sont détaillés afin de mettre en évidence les motivations et les freins à l'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité.

Enfin, une discussion s'est articulée autour des principaux constats de l'étude, en ayant conscience des forces et des limites, et les littératures déjà parues.

PARTIE 1 : Etat des lieux

I. L'hôpital de proximité :

1. De sa création à aujourd'hui :

La notion d'hôpital local apparaît réellement dans la réglementation, le 11 novembre 1958, sous le nom d'« hôpital rural » pour répondre au manque de moyens exprimé par les médecins généralistes exerçant en secteur rural. Son statut est précisé par décret le 3 Août 1959 et obtient une vocation sanitaire par le biais d'activité de médecine et/ou de maternité permettant aux médecins généralistes d'assurer les soins sans recourir à des moyens techniques hospitaliers importants.

C'est le 6 novembre 1972 que l'hôpital rural se transforme en hôpital local. La structure est identique mais son rôle est défini comme « mode d'administration des soins courants dans les zones où l'habitat est dispersé ».

Le 31 juillet 1991, l'hôpital local devient un établissement public de santé dans lequel on ne peut avoir d'activité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique mais des activités de médecine. Des missions de santé publique lui sont également confiées, recentrant son activité sur l'hébergement de personnes âgées en fermant de nombreux lits de médecine.

En 2003, les missions des hôpitaux locaux sont redéfinies dans le cadre du plan « Urgences » avec la nécessité de développer les hôpitaux locaux pour lutter contre la pénurie d'équipements dans les zones sous médicalisées, mais également de développer les équipes mobiles de gériatrie, les hospitalisations à domicile et de créer des lits de soins de suite et de réadaptation.

En 2009, la loi HPST (1), supprime la notion d'hôpital local qui devient centre hospitalier de proximité. Les hôpitaux de proximité adoptent donc le même cadre juridique que tous les centres hospitaliers publics amorçant la création de communauté hospitalière de territoire. Celle-ci mutualise les moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence. L'objectif est d'obtenir une graduation des soins allant de l'hôpital de proximité au centre hospitalier avec un plateau technique spécialisé. Ces communautés restent sur la base du volontariat,

jusqu'à la LMSS du 26 Janvier 2016 qui établit la notion de GHT afin d'optimiser l'offre de soins et d'en permettre une meilleure accessibilité pour les patients. Les établissements publics de santé, incluant les hôpitaux de proximité, sont désormais dans l'obligation de faire partie du GHT de leur territoire.

2. Cadre législatif et définitions :

La LMSS du 26 Janvier 2016 (2) définit l'hôpital de proximité comme un établissement de santé exerçant une activité de médecine, sur un territoire présentant des caractéristiques sociodémographiques particulières, telles que :

- La part de la population âgée de plus de 75 ans y est supérieure à la moyenne nationale
- La part de la population, située en dessous du seuil de pauvreté, y est supérieure à la moyenne nationale
- La densité de sa population n'excède pas un niveau plafond
- La part des médecins généralistes pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale.

Cette notion d'hôpital de proximité permet aux établissements inscrits « *une coopération avec les professionnels de santé de son territoire assurant des soins de premier recours [...], grâce aux médecins généralistes exerçant en son sein à titre libéral et assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoire.* » (3)

3. Les missions de l'hôpital de proximité :

Les missions de l'hôpital de proximité sont nombreuses et variées, et en lien avec le projet médical partagé du GHT.

Elles visent en premier lieu à l'amélioration du parcours du patient. Facilité d'accès, continuité et coordination sont les priorités des hôpitaux de proximité. Pour se faire, ils sont en coopération directe avec les professionnels de santé du territoire assurant des soins de premier recours mais également avec le centre hospitalier « pivot » pour les soins de deuxième recours.

Ils participent aux actions de santé publique et médico-sociales coordonnées, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et aux actions de maintien à domicile.

L'hôpital de proximité offre un accès soit à une hospitalisation complète soit à des services proposant des solutions alternatives à l'hospitalisation.

a. L'hospitalisation complète :

a-1. Le court séjour de médecine :

Ce service est orienté vers la médecine polyvalente et de premier recours. Il permet par exemple, la prise en charge d'épisodes aigus de pathologies chroniques (décompensations cardiaques ou respiratoires, déséquilibre de diabète, confusion aiguë du sujet âgé...), de réaliser des bilans gériatriques, de prendre en charge la douleur, de dispenser des soins palliatifs et de fin de vie. La durée de séjour y est courte, environ une semaine. L'hospitalisation peut se faire à l'initiative du médecin généraliste ou à la suite d'un séjour dans un autre établissement. Les patients peuvent également provenir d'un service d'hébergement de l'hôpital de proximité.

a-2. Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :

Le service de SSR doit répondre à un objectif thérapeutique déterminé. Il doit apporter une plus-value réelle aux patients et accueillir ceux en perte d'autonomie dont les besoins ont été évalués avant l'entrée en SSR. Les critères d'admission des patients peuvent reposer sur l'outil pilote « d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation » de l'HAS. (4)

Ainsi, les soins de réadaptation fonctionnelle s'axent sur la rééducation, la réadaptation et la réinsertion, visant le retour à domicile du patient. La présence médicale et paramédicale (masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) converge vers cette objectif. La durée de séjour y est de 3 semaines mais ne cesse d'augmenter selon les derniers constats de (5) en lien avec le vieillissement de la population (l'âge moyen des patients en SSR étant de 75 ans) et l'augmentation des maladies chroniques.

Toutes activités confondues, la durée moyenne de séjour s'élève à 35,6 jours.

a-3. L'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) :

Les USLD sont des structures d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans atteints d'une pathologie chronique entraînant une perte d'autonomie. L'organisation et le temps de séjour y sont similaires aux EHPAD avec cependant des soins médicaux plus importants.

b. Les alternatives à l'hospitalisation complète :

Les alternatives à l'hospitalisation complète permettent le maintien d'une qualité de vie des patients à leur domicile grâce à des soins de proximité.

b-1. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) :

L'HAD permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. L'HAD doit être prescrite par un médecin, traitant ou hospitalier, qui peut s'appuyer sur un nouvel algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD publié par l'HAS. (6) Les patients admis sont atteints de pathologies aiguës, chroniques ou graves, quel que soit leur âge, à leur domicile ou en EHPAD. L'évaluation de la situation par l'équipe d'HAD est ensuite réalisée en rapport aux besoins spécifiques, à l'état psychique et somatique et au niveau de dépendance du patient. Elle assure un maintien à domicile des patients et leur garantie continuité, coordination et qualité des soins dispensés. La durée moyenne nationale de l'HAD est de 25 jours, toutes prises en charge confondues. (7)

b-2. Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) :

Le SSIAD intervient à domicile pour dispenser des soins aux personnes de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie ou aux personnes de moins de 60 ans, handicapées ou atteintes d'une maladie chronique. Il intervient sur prescription médicale. Les interventions du SSIAD auprès des personnes âgées ont pour objectif de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter une hospitalisation, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation ou de retarder une entrée dans un établissement d'hébergement.

b-3. Les structures d'hébergement temporaire, d'accueil de jour ou de semaine :

Elles permettent aux familles des patients en perte d'autonomie d'organiser son devenir, mais sont également des structures de répit pour les aidants.

b-4. Les consultations avancées de spécialistes :

Ces consultations avancées sont réalisées par des spécialistes exerçant sur l'hôpital de proximité suite à une convention avec le centre hospitalier référent. Ces consultations permettent de faire bénéficier les patients de soins spécialisés, en leur garantissant proximité et égalité d'accès malgré un territoire sous médicalisé.

b-5. La prévention et l'éducation à la santé :

L'hôpital de proximité est en première ligne en termes de prévention et d'éducation à la santé. Les points prioritaires comme la nutrition, l'addictologie, la gérontologie, sont déterminés par le projet médical partagé du GHT.

c. **Les Etablissements d'Hébergement de Personnes Agées
Dépendantes (EHPAD) :**

Les EHPAD publics peuvent être rattachés juridiquement à l'hôpital de proximité. Ils accueillent des personnes dépendantes, psychiquement ou physiquement, de 60 ans et plus, nécessitant une aide aux actes de la vie quotidienne. La pathologie des patients doit être cependant stabilisée et ne nécessiter qu'une surveillance médicale et infirmière classique.

4. Les intervenants à l'hôpital de proximité :

a. **Les médecins généralistes :**

a-1. Le statut des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité :

- Intervention libérale à l'hôpital de proximité :

Le médecin généraliste libéral peut intervenir à l'hôpital de proximité après autorisation d'exercice du Directeur de l'hôpital et de l'ARS au sein des différents services. (8) Le contrat (9) autorise l'exercice des médecins généralistes libéraux

avec une rémunération à l'acte. Le médecin intervient sur les patients publics et non plus uniquement sur sa patientèle et ses tarifs sont limités au secteur I. La durée de l'autorisation donnée est de 5 ans.

- Le statut de praticien hospitalier contractuel :

Les médecins généralistes libéraux peuvent également intervenir à l'hôpital de proximité en tant que praticien hospitalier contractuel à temps partiel. Le recrutement se fait par le directeur de l'établissement public de santé sur proposition du chef de pôle et du président de la commission médicale. Le poste peut être ouvert pour faire face à un surcroît occasionnel d'activité de l'établissement, pour assurer le remplacement de praticiens hospitaliers en cas d'absence ou de poste vacant à l'issue d'une procédure de recrutement. Il peut s'agir également d'exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées. Le contrat permet une activité à l'hôpital de proximité tout en conservant une activité libérale en cabinet. Les praticiens hospitaliers contractuels ne peuvent avoir une activité libérale que si le contrat est à temps partiel et si leur activité libérale n'est pas dans un établissement public de santé. La durée maximale du contrat est de 3 ans. Le service hebdomadaire des praticiens contractuels à temps partiel correspond à une quotité comprise entre quatre et neuf demi-journées hebdomadaires. Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés lors d'un déplacement survenu au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.

a-2. Les interventions à l'hôpital de proximité :

Dans le service de court séjour, le médecin généraliste libéral intervient tout au long de la prise en charge du patient, de son admission à son orientation après hospitalisation. Lorsqu'il connaît le patient, l'hospitalisation et les soins dispensés sont facilités et optimisés, en appui de l'équipe soignante. Il peut recourir aux consultations spécialisées et en faire bénéficier son patient. Le médecin généraliste prend ainsi en charge le patient sur le plan médico-psycho-social avec comme support, le cadre et les moyens de l'hôpital de proximité.

Dans le service de soins de suite et de réadaptation, le médecin généraliste met l'accent sur le maintien de l'autonomie du patient et son orientation en fonction

de son niveau de dépendance. Cela permet d'organiser un retour à domicile, la mise en place d'aides à domicile, ou de s'orienter vers un EHPAD.

Dans le service de long séjour, le médecin généraliste coordonne les soins qui sont le plus souvent importants chez les patients de cette unité.

En EHPAD, le médecin généraliste intervient comme lors de consultations à domicile en orientant les patients qui se dégradent vers l'hôpital de proximité, évitant un passage aux urgences.

a-3. La permanence de soins :

La permanence des soins (10) est établie par les ARS en fonction des besoins de santé du territoire. La LMSS a substitué aux schémas régionaux un unique schéma régional de santé, établi pour 5 ans. Elle consiste en un dispositif de prise en charges de soins non programmés par les médecins généralistes, dans une structure de soins, dans le cadre du réseau de médecine d'urgence, à des horaires définis (la nuit à partir de 20h du soir et jusqu'à 8h du matin et le week-end à partir du samedi midi et les jours fériés). Cette permanence de soins oblige le médecin à rester à disposition de l'établissement de santé, par contact téléphonique, en cas de besoin d'un patient. La permanence des soins a pour objectif de garantir une continuité des soins aux populations d'un territoire.

a-4. Participation aux instances administratives :

Les médecins généralistes intervenant à l'hôpital de proximité ont également un rôle auprès des instances administratives de l'hôpital de proximité. Chaque instance doit être représentée par un membre du corps médical. Du fait du faible nombre de médecins, la charge administrative qui leur incombe est souvent chronophage : participation aux différentes instances, temps de réunions...

b. Les spécialistes :

Les spécialistes interviennent par le biais de consultations externes. Ils peuvent y intervenir soit dans le cadre d'un contrat avec l'hôpital de proximité au nom d'une activité d'intérêt général (au maximum 2 demi-journées par semaine) soit par le biais d'une convention entre l'hôpital de rattachement du praticien et l'hôpital de proximité.

c. Le personnel paramédical :

Les infirmiers, aides-soignants, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens forment une équipe pluridisciplinaire permettant une prise en charge globale du patient dans le but de favoriser son autonomie. Leur recrutement se fait soit par l'hôpital de proximité dans le cas de professionnels libéraux soit par convention entre hôpitaux dans le cadre de professionnels salariés.

5. L'organisation administrative de l'hôpital de proximité :

L'hôpital de proximité est un établissement public de santé. Il est administré par plusieurs entités :

a. Le conseil de surveillance :

Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il est composé de plusieurs représentants :

- des collectivités territoriales : ville, commune, Président du Conseil Général du département
- du personnel : commission de soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique ; commission médicale d'établissement ; organisations syndicales
- de personnes qualifiées : une personne désignée par le directeur de l'Agence Régionale de Santé, deux représentants des usagers désignés par le Préfet
- de voix consultatives : le vice-président du directoire, le Directeur Général de l'ARS, le représentant de la réflexion éthique, le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le représentant des familles accueillies en EHPAD ou en USLD.

b. Le Directeur :

Il est le représentant légal de l'établissement qui en assure le fonctionnement général et des services.

c. Le Directoire :

Présidé par le Directeur de l'établissement, il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement.

d. Les autres instances participatives :

La Commission Médicale d'Établissement (CME) est composée des représentants du corps médical. Elle donne son avis sur les réorganisations d'activité médicale. Elle organise le développement professionnel continu des praticiens et l'évaluation de leur activité.

Le Comité Technique d'Établissement (CTE), est composé des représentants du personnel non médical.

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est chargé de la lutte contre les infections nosocomiales, y compris de la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

Le Comité de Lutte contre la Douleur et pour la promotion des Soins Palliatifs (CLUD) coordonne toute action visant à améliorer la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs en fonction de référentiels scientifiques.

Le Collège du Département d'Information médicale (D.I.M.) permet aux membres de transmettre au D.I.M les remarques, avis et interrogations des équipes professionnelles, de contribuer aux réflexions et aux décisions concertées, tant techniques que déontologiques, notamment en ce qui concerne le dossier patient et les droits d'accès.

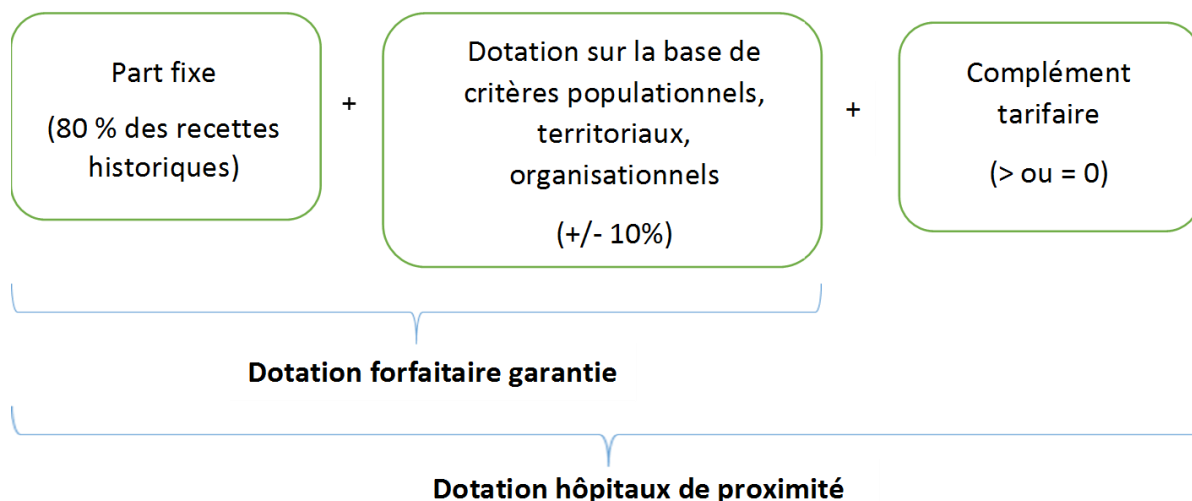
D'autres instances sont présentes telles que : le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH), la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), le Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN), la Commission des Relations avec les Usagers de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) et le Comité d'Hygiène, de sécurité et des Conditions de Travail (CHST).

6. Le financement de l'hôpital de proximité :

La suppression de la notion d'hôpital local par la loi HPST en 2009 a fait peser la menace d'une généralisation de financement de tarification à l'activité. Les lois de financement successives de la sécurité sociale ont cependant épargné les hôpitaux de proximité exerçant de la médecine. Ces derniers ont donc pu continuer à être financés par dotation annuelle de financement. Cependant, un rapport de la Cour des Comptes, publié en 2013, s'est penché sur l'avenir des hôpitaux de proximité et préconisait de mettre en place un modèle de financement introduisant de la mixité. En ce sens, la LMSS (3) décrète que « *les activités de médecine exercées par les hôpitaux de proximité bénéficient d'un financement mixte sous la forme de tarifs*

nationaux des prestations et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ».

Figure 1: Financement de l'hôpital de proximité :



Les hôpitaux de proximité se voient désormais financés par une dotation mixte, composée d'une dotation forfaitaire garantie construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi, et de l'activité produite.

Pour les activités de SSR, le financement repose sur la base d'une dotation modulée en fonction de leur activité (11), assortie de compartiments liés à la prise en compte de missions d'intérêt général, de plateaux techniques spécialisés ou de molécules onéreuses. Le calcul de la dotation modulée à l'activité se base sur les données médicales et paramédicales du recueil PMSI, qui doit être par conséquent de qualité.

La mise en place de ce nouveau mode de financement implique une période de transition jusqu'en décembre 2019, période au cours de laquelle les établissements se verront financés par une combinaison des anciennes et des nouvelles modalités de financement.

En cela, les impacts de ce nouveau mode de financement sur les recettes des établissements ne sont pas évaluables. Le modèle offre néanmoins l'avantage d'une

garantie de revenus en cas de baisse importante de l'activité puisqu'il repose majoritairement sur les recettes historiques de l'établissement.

7. La rémunération des médecins généralistes libéraux en hôpital de proximité :

a. La rémunération à l'acte :

Les médecins généralistes libéraux intervenant à l'hôpital de proximité après autorisation d'exercice, perçoivent des honoraires, selon les actes pratiqués comme en médecine de ville. La rémunération à l'acte de l'activité du médecin généraliste libéral est réalisée par l'hôpital de proximité. (12) Le montant des honoraires est déterminé et versé au praticien, au vu de l'état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient, aux tarifs opposables, minorés d'une redevance. Sachant que la rémunération des médecins est plafonnée par un nombre de consultations autorisées. Par exemple, en service de médecine, la rémunération est fixée à une consultation par jour par patient les 14 premiers jours puis à 4 consultations par semaine. En service de SSR, la rémunération est plafonnée à 3 consultations par semaine par patient.

b. La redevance :

La redevance (13) représente la part des frais supportés par l'établissement pour les moyens matériels et humains qu'il met à disposition du médecin généraliste libéral. Elle fixe le pourcentage à 10 % pour les consultations, 30 % pour les autres actes pratiqués dans l'établissement de santé.

c. Les indemnités forfaitaires :

Peuvent être versées au praticien libéral, des indemnités forfaitaires (14) qui s'ajoutent aux honoraires.

Au titre de la permanence des soins, est versée une indemnité de 79,00 € pour une période de garde assurée en début de nuit, de 150,00 € pour une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi, ou de 229,00 € pour une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié.

Une astreinte est indemnisée 50,00 €, 100,00 € ou 150,00 € en fonction de la période effectuée comme ci-dessus.

Au titre de la participation aux actions de formation, le médecin libéral perçoit une indemnité forfaitaire représentative de la perte de revenus résultant de sa participation à des actions de formation prévues dans le cadre de la politique de formation de l'établissement ainsi qu'à des réunions des instances délibératives ou consultatives de l'établissement. Cette indemnité est fixée à environ 5 consultations de médecin généraliste dans le respect des tarifs fixés par demi-journée.

d. Rémunération des praticiens hospitaliers contractuels à temps partiel :

La rémunération des praticiens contractuels à temps partiel est proportionnelle à la durée du travail définie au contrat. (15) Peuvent s'ajouter à la rémunération, des indemnités telles que des indemnités de sujétion (correspondant au temps de travail accompli, dans le cadre des obligations de service hebdomadaires, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés), des indemnités forfaitaires pour le temps de travail additionnel accompli, des indemnités correspondant aux astreintes et aux déplacements, des indemnités pour remboursement des frais de déplacements effectués pour les besoins du service.

8. Description des hôpitaux de proximité inclus dans l'étude :

a. L'hôpital de proximité de Saint-James :

Le centre hospitalier de Saint-James est un établissement public de santé à vocation essentiellement gériatrique. Il est ancré dans une dynamique de coopération avec les établissements du Sud-Manche par l'intermédiaire du GHT ainsi que par sa direction commune.

L'hôpital donne accès à un service de médecine et de soins palliatifs (15 lits), un service de soins de suite et de réadaptation (15 lits) et un service de consultations externes (neurologie, alcoologie et tabacologie, diététique).

L'EHPAD, juridiquement rattachée, comporte 158 lits dont 2 en hébergement temporaire.

Le Centre d'Accueil et de Soins, par le biais de la direction commune à l'Hôpital de Saint-James, peut accueillir 104 personnes handicapées adultes.

Le SSIAD intervient sur les cantons de Saint-James et de Ducey et a une capacité de 40 places.

L'hôpital est dépourvu d'un service d'HAD.

b. Hôpital de proximité de Villedieu-Les-Poêles :

Le centre hospitalier de Villedieu-Les-Poêles offre aux populations, un service de soins de suite et de réadaptation (23 lits dont 4 lits de soins palliatifs), un service de consultations externes (diabétologie, neurologie, gastro-entérologie, cardiologie) dispensées par des spécialistes du centre hospitalier de Vire.

L'EHPAD, juridiquement rattachée, comporte 100 lits et 6 places d'accueil de jour.

Le SSIAD possède une capacité de 40 places.

L'hôpital est dépourvu d'un service d'HAD.

c. Répartition des médecins généralistes exerçant dans les hôpitaux de Saint James et de Villedieu-Les-Poêles :

Tableau 1 : Répartition des médecins généralistes des hôpitaux de Saint James et de Villedieu-Les-Poêles :

	CH St James	CH Villedieu
ETP médecine générale	0,4 titulaire + 5 médecins libéraux	0,7 titulaire + 6 médecins libéraux
ETP gériatrie	0	0 (titulaire pourvu d'une qualification de gériatrie)

Source : Données d'établissements 2017

ETP : Equivalent temps plein

Les hôpitaux de proximité de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles reposent sur l'activité des médecins généralistes des PSLA de ces villes. La majorité y intervient en tant que praticien généraliste libéral. D'autres sont praticiens hospitaliers contractuels à temps partiel et se partagent le poste de titulaire.

II. Les regroupements pluri-professionnels :

1. Cadre législatif et définitions :

a. Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire :

La Loi HPST (1) définit les PSLA comme étant constitués « *entre des professionnels de santé, et entre 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.* »

Ils assurent des activités de soins de premier recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. (16)

b. Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP) :

Une MSP est « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.* »

Le projet de santé doit correspondre aux orientations des schémas régionaux et l'ensemble des professionnels de santé membres de la MSP doit y adhérer. (17)

c. Centre de Santé Pluri-professionnel (CSP) :

Les CSP sont des « *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.* » (18)

2. Les missions des regroupements pluri-professionnels :

L'objectif principal des regroupements pluri-professionnels est d'exercer des activités de soins de premier recours, et de participer potentiellement aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

De nouvelles missions sont possibles (19) telles que la permanence de soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire, la création d'une plateforme territoriale d'appui (PTA), l'utilisation de la télémédecine...

Ces missions potentielles ont pour but de renforcer la filière de soins primaires, d'élargir l'accès aux soins à des populations particulières et de reconnaître les nombreuses compétences des médecins généralistes.

3. Financement des regroupements pluri-professionnels :

Bâtir un regroupement pluri-professionnel est un coût financier important pour les praticiens engagés dans le projet. Plusieurs organismes sont présents pour permettre de financer des projets de santé, notamment de regroupements pluri-professionnels afin d'optimiser la prise en charge des patients en zone sous-médicalisée.

Contribuent aux aides financières la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) mais également l'ARS, créée en 2010, qui regroupe, l'ARH, la DRASS (Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), l'URCAM, le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique).

D'autres organismes tels que le conseil régional, le conseil général, le conseil municipal et les communautés de communes y prennent part.

Les aides financières perceptibles sont multiples et dépendent de l'objectif du projet.

a. Le Fond d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) :

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2007 introduit une dotation de financement du FIQCS pour contribuer à l'exercice coordonné des soins.

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

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

c. Le Fond National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS) :

Le FNASS est un dispositif de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui apporte une aide financière pour soutenir le maintien ou le retour à domicile d'une personne gravement malade en fin de vie nécessitant une prise en charge en soins palliatifs.

d. Les aides des collectivités territoriales :

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

C'est le cas du Conseil Régional qui peut prendre en charge des frais de développement de nouvelles technologies et du Conseil Général qui peut allouer des crédits d'investissement et proposer des taux bonifiés.

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

Les Communautés de Communes peuvent financer des maisons de santé par des aides à l'investissement avec des partenariats publics dans le cadre de l'aménagement du territoire.

e. Les autres aides :

La MSA selon la région, peut proposer des prêts avantageux pour aider aux financements de maisons de santé.

La complexité des financements nécessaires à bâtir un projet de regroupement pluri-professionnel montre les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, auteurs de ces complexes médicaux. Ce projet ne peut être réalisé seul mais uniquement avec l'aide de tout un territoire, dans un objectif de santé publique.

4. Description des PSLA inclus dans l'étude :

a. Le PSLA de Saint-James

Le PSLA de Saint-James a ouvert ses portes en février 2011. Il est issu de l'alliance de professionnels de santé, médecins et paramédicaux, du secteur de Saint James autour d'un projet de santé.



Photographie : Pauline MARIE

Il regroupe 24 professionnels de santé dont 6 médecins généralistes, un médecin du travail, 11 infirmiers, un psychologue, un orthophoniste, un diététicien, un pédicure-podologue et 2 dentistes.

Parmi les 6 médecins généralistes, 5 ont une activité à l'hôpital de proximité de Saint-James.

b. Le PSLA de Villedieu-Les-Poêles :

Le PSLA de Villedieu-les-Poêles, nommé « La Providence » a débuté son activité en août 2011. Il s'agit d'une organisation pluridisciplinaire de professionnels de santé, qui permet, au sein d'une même structure de faire bénéficier les populations locales d'une offre de soins de proximité.

Il a débuté son activité en août 2011.



Photographie : Pauline MARIE

Il regroupe 32 professionnels de santé dont 8 médecins généralistes, un ophtalmologue, un dermatologue, un angiologue-phlébologue, 4 infirmiers (dont une infirmière psychologue et hypnothérapeute), 2 podologues, 3 dentistes, 4 kinésithérapeutes, une sage-femme, un cabinet de radiologie avec 4 radiologues, un orthoptiste, 2 orthophonistes et des consultations spécialisées de gastro-entérologie et de pneumologie régulières.

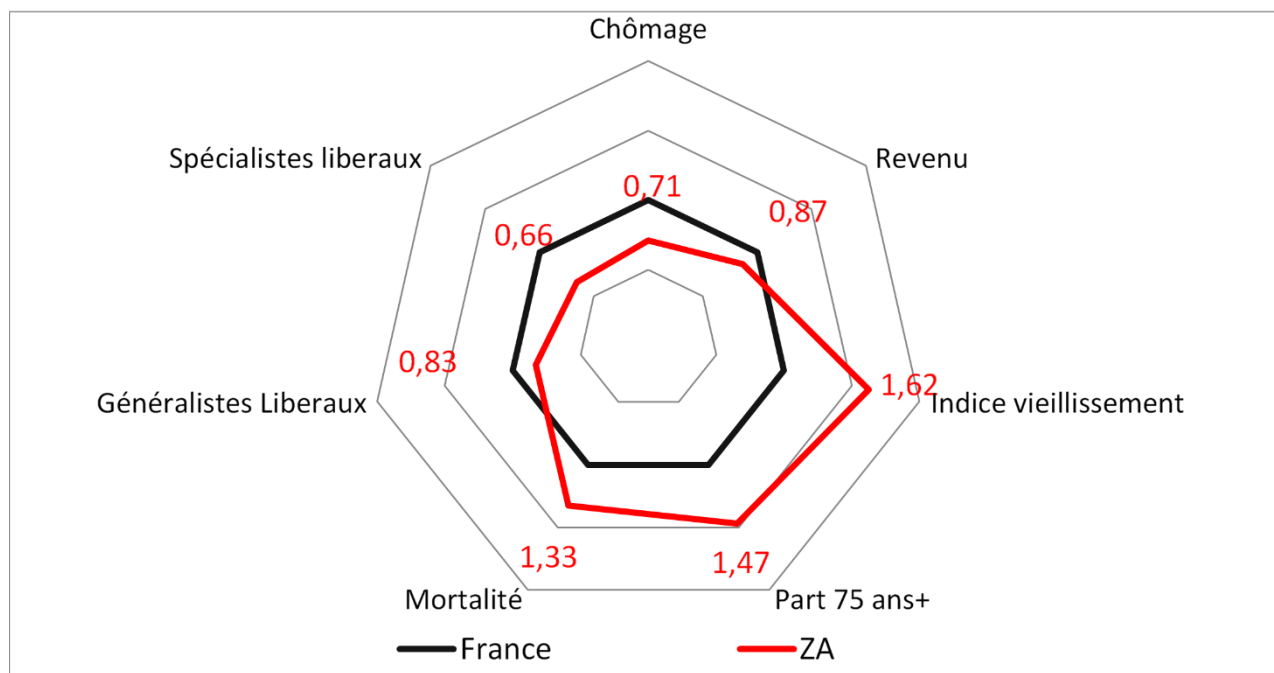
Parmi les 8 médecins généralistes du PSLA, tous ont une activité à l'hôpital de proximité de Villedieu-Les-Poêles.

III. Les caractéristiques clés du territoire sud manche :

Le territoire du sud Manche, bien que caractérisé par l'attractivité importante de sa zone littorale, voit s'ancrer, dans l'arrière-pays, des problématiques importantes en termes de santé.

1. Les caractéristiques sociodémographiques du territoire sud Manche :

Figure 2 : Caractéristiques socio-démographiques du territoire sud Manche par rapport aux moyennes nationales françaises :



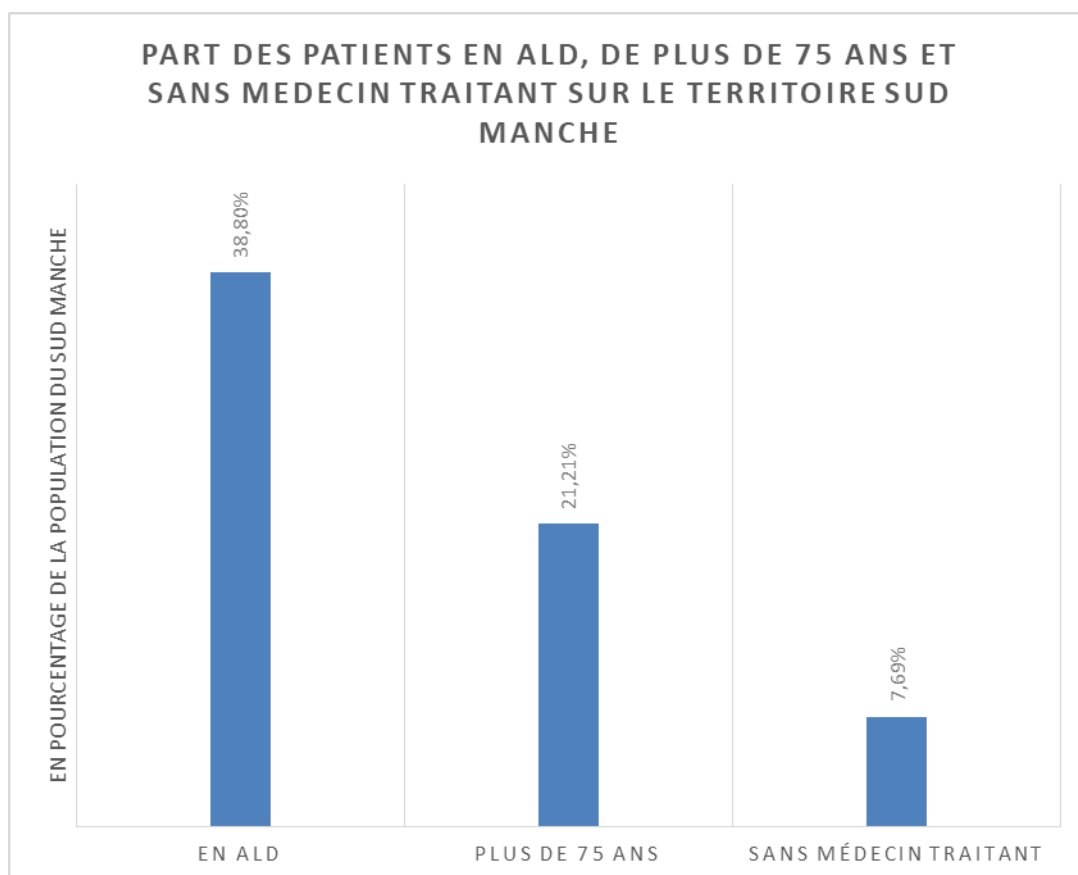
ZA : Zone Analysée = territoire sud manche

Source : INSEE et SAE 2015

a. Une population vieillissante :

Le territoire sud Manche est marqué par une population particulièrement âgée et vieillissante. La part des personnes âgées de plus de 75 ans sur le territoire est supérieure de 47% à la moyenne nationale. (Figure 2)

Figure 3 : Part des patients en ALD ou de plus de 75 ans ou sans médecin traitant sur le territoire sud Manche (Bénéficiaires du régime général) :



Source : Logiciel ERASME général - Données Régime Général - Année 2017 – CPAM Manche

Les personnes âgées de 75 ans et plus représente 21,2 % de la population du territoire sud Manche. (Figure 3) De plus, les patients bénéficiaires de l'affection de longue durée (ALD) inscrits au régime général représente sur le sud Manche, 38.8% de la population. (Figure 3) Ces chiffres mettent en lumière les fragilités de santé des populations du territoire, représentée par une part importante de maladies graves et ou chroniques.

Le développement de la filière gériatrique et la création de réseaux de soins destinés aux maladies chroniques au sein du territoire sont donc des axes essentiels à satisfaire pour répondre aux besoins des populations.

b. Un taux de mortalité élevé :

En corrélation avec le vieillissement des populations, le taux de mortalité sur le territoire est supérieur de 33% par rapport à la moyenne nationale. (Figure 2) Cet

indice encourage la présence de lits de soins palliatifs sur le territoire afin de garantir des soins de fin de vie de qualité.

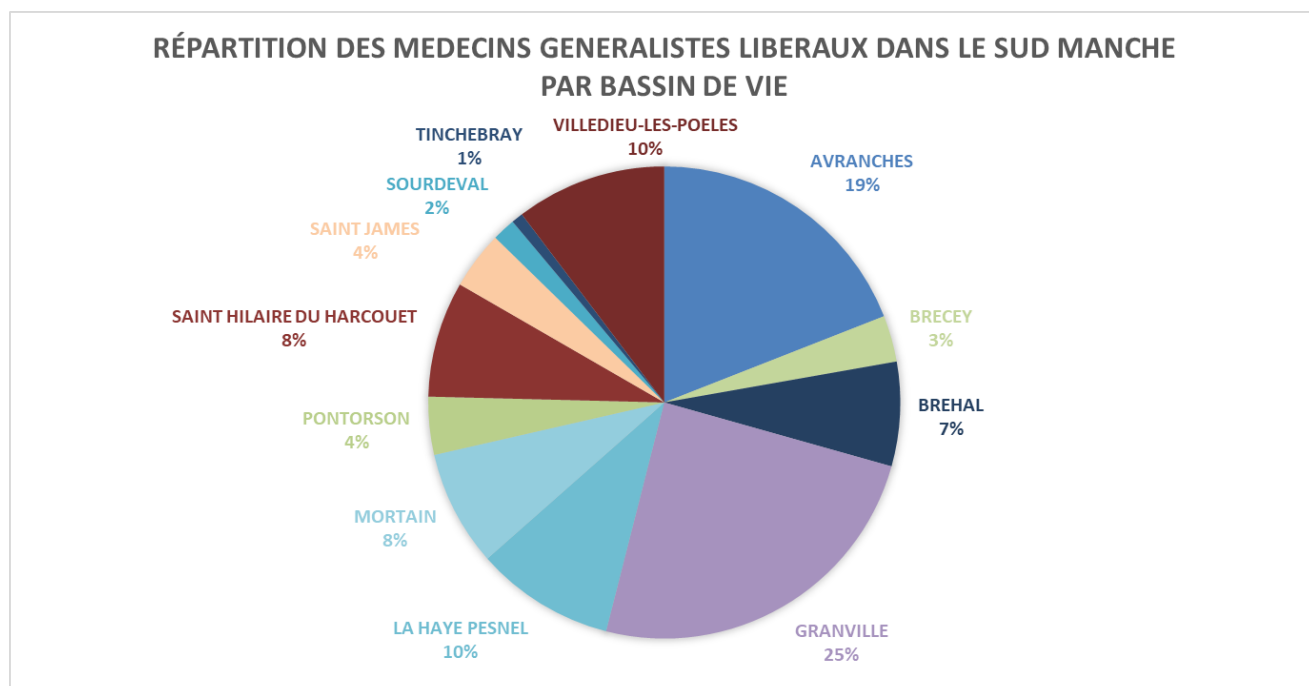
c. Une pénurie de médecins spécialistes libéraux :

Le taux de spécialistes libéraux sur le territoire sud manche est inférieur de 34% par rapport à la moyenne nationale. (Figure 2) Devant ce constat, les consultations avancées de spécialistes réalisées en hôpital de proximité sont à favoriser pour améliorer l'offre de soins du territoire. Les regroupements pluri-professionnels peuvent jouer un rôle dans l'attractivité des spécialistes en zone sous-médicalisée.

d. Une zone déficitaire en médecins généralistes libéraux :

La démographie médicale du territoire sud Manche est inquiétante. Elle témoigne d'un déficit important en médecins généralistes libéraux par rapport à la moyenne nationale, environ 17%. (Figure 2)

Figure 4 : Répartition des médecins généralistes libéraux par bassin de vie sur le territoire sud Manche :



Source : Données statistiques 2017 - CPAM Manche

Le territoire sud Manche compte 126 médecins généralistes libéraux. Leur répartition par bassin de vie témoigne d'une présence médicale plus faible dans l'arrière-pays par rapport à la zone littorale où se trouve le centre hospitalier pivot. (Figure 4)

En résulte qu'en 2017, sur la part de la population inscrite au régime général, 7,6 % des populations du sud Manche n'ont pas de médecin traitant déclaré. (Figure 3)

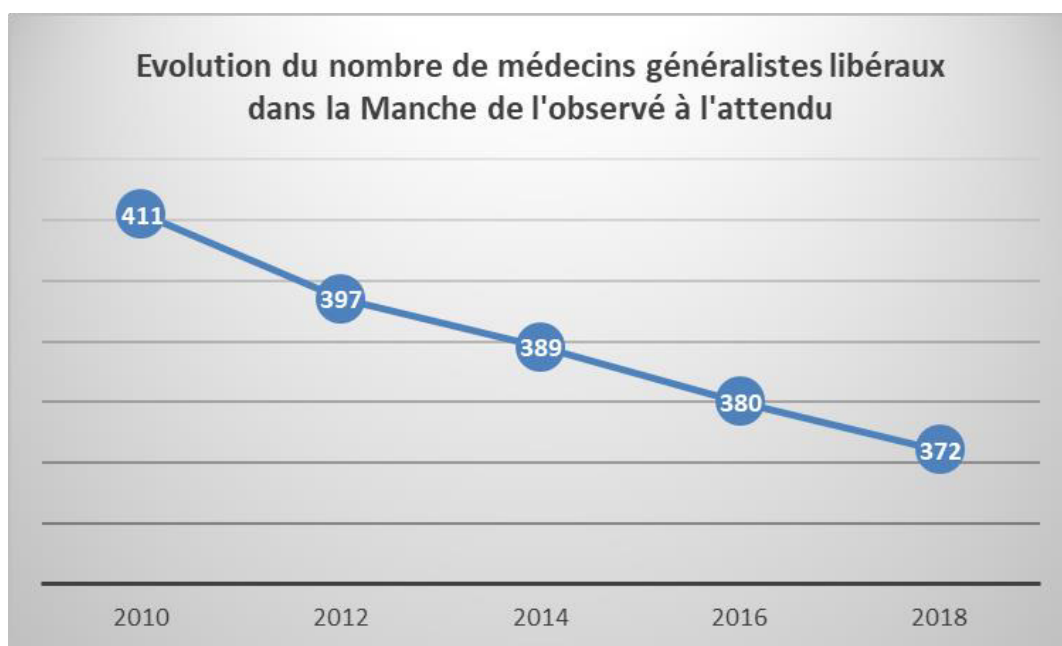
2. Et à l'avenir ? :

a. Concernant les populations :

Selon les statistiques de l'INSEE, en 2014, le département de la Manche a constaté une augmentation du nombre d'habitants entre 2009 et 2014 de 0,44%, sous le seul effet de la progression des habitants des tranches d'âge supérieures à 60 ans. Le vieillissement de la population s'explique par la présence de deux facteurs favorisant : l'allongement de la durée de vie et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom, nées entre les années 40 et 60.

b. Concernant les médecins généralistes :

Figure 5 : Nombre de médecins généralistes libéraux dans la Manche de l'observé à l'attendu :



Source : *La démographie médicale en région Basse-Normandie – situation en 2013* – Ordre National des Médecins

Si l'on regarde l'évolution, de l'observé à l'attendu, du nombre de médecins généralistes libéraux du département de la Manche, inscrits au Conseil de l'Ordre National des Médecins, on constate une diminution importante du nombre de médecins généralistes libéraux au fil des années. Cette tendance semble se poursuivre sur les projections de 2018. (Figure 5)

De plus, les données statistiques de la CPAM du sud Manche de janvier 2018 mettent en avant un constat alarmant. Les médecins généralistes du sud Manche ont une moyenne d'âge de 54,8 ans et les médecins âgés de 60 ans ou plus sont au nombre de 34,1%.

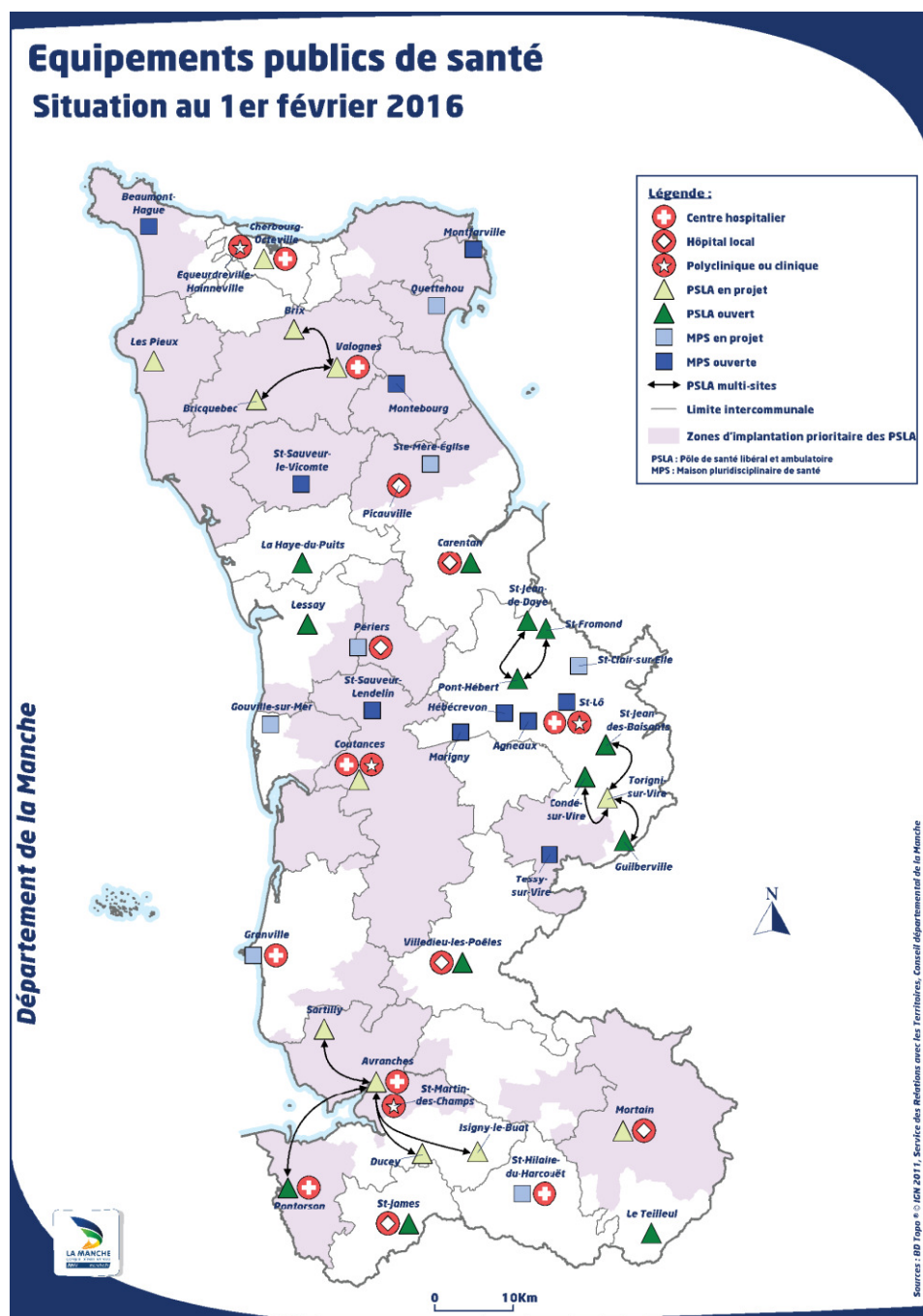
On peut donc prévoir une majoration de la pénurie de l'offre de soins de médecine générale libérale du fait des nombreux départs en retraite.

En conclusion, l'avenir du territoire sud Manche se projette donc vers une accentuation des problématiques de santé actuelles. L'anticipation des besoins de santé est impérative : le développement de la filière gériatrique et des réseaux de soins pluridisciplinaires, la multiplication des regroupements pluri-professionnels et le renforcement de l'attractivité du territoire nécessaire au recrutement de nouvelles générations de médecins généralistes et spécialistes sont des points primordiaux.

3. Les structures de santé sur le département de la Manche :

La répartition des établissements de santé sur le département de la Manche est importante pour rendre possible l'égalité d'accès aux soins. Pour cela, les regroupements pluri professionnels, faits des pôles de santé et des maisons de santé ainsi que les hôpitaux de proximité favorisent la graduation de l'offre de soins jusqu'à l'orientation vers le centre hospitalier référent.

Figure 6 : Localisation des équipements publics de santé sur le territoire de la Manche :



Source : Conseil départemental de la Manche – 1er mars 2017

Cependant, la répartition des établissements de santé met en avant les disparités sur le territoire en termes d'accès aux soins, avec des zones sous médicalisées où s'amorcent des projets de regroupements pluri professionnels comme dans le centre et l'arrière-pays du sud Manche. (Figure 6)

Par exemple, des PSLA et des MSP sont en cours de construction dans les villes de Mortain, d'Avranches Sartilly et de Granville et en projet à Hambye et Bréhal.

IV. La naissance des GHT :

1. Cadre législatif et définitions :

a. Le GHT :

Issu de la LMSS, le GHT est une alliance des établissements de santé publics sur un territoire dans le but d'une prise en charge optimale du patient.

L'objectif du GHT est 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* ». (20)

Sa création nécessite, après bilan territorial du fonctionnement des parcours de soins, d'établir de manière conjointe un projet médical partagé.

Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire.

De plus, un établissement ou un centre médico-social publique, mais également un établissement privé peut participer au groupement hospitalier de territoire dès lors qu'il se soumet à la convention constitutive.

b. Le projet médical partagé :

Le projet médical partagé est réalisé par l'ensemble des établissements de santé inscrits au sein du GHT en sollicitant les professionnels de santé à son élaboration.

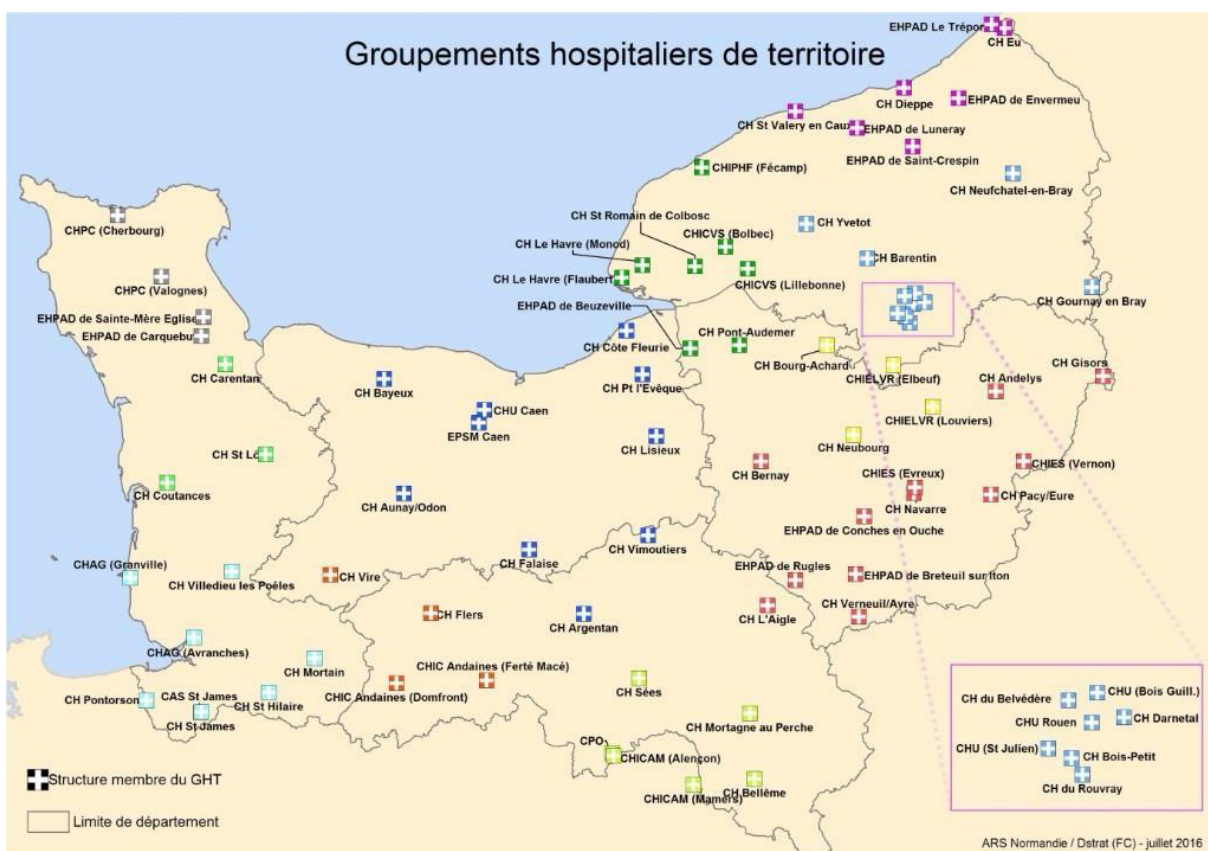
Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du GHT et est élaboré pour 5 ans. Il comprend notamment : « *les objectifs médicaux, les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée, les principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine.* » (20)

c. Le fonctionnement du GHT :

La création des GHT a pour objectif d'uniformiser le fonctionnement des établissements de santé membres, notamment en mettant en place un système d'information hospitalier commun (comme le dossier patient informatisé), la fonction d'achats (approvisionnement et investissements), ainsi que par la formation initiale et continue des professionnels de santé.

2. La répartition des GHT en région Normandie :

Figure 7 : Carte de répartition des GHT en Normandie :



Source : Agence Régionale de la Santé Normandie – Juillet 2016

Les besoins de santé des populations sont différents en fonction du territoire Normand. Pour établir un parcours de soins efficace et adapté aux populations locales, la nécessité de créer plusieurs GHT au sein d'une région s'est imposée. La région Normandie est donc divisée en 11 GHT, composés des 56 établissements publics de santé et de 11 établissements et services médico-sociaux publics. (Figure 7)

Ainsi, c'est l'alliance des structures de santé autour d'un centre hospitalier support qui permettrait d'optimiser le parcours du patient en facilitant et en graduant les soins.

3. La création du GHT du sud Manche :

a. La composition du GHT Mont Saint Michel :

Le GHT Mont Saint-Michel (21) est établi sur le territoire du Sud-Manche, et dessert une population de 150 000 habitants. Avec 7 établissements membres, le GHT est de taille comparable à la moyenne nationale et régionale (7,3 établissements) bien que son bassin populationnel soit plus réduit.

Il est constitué des centres hospitaliers d'Avranches-Granville (CHAG), de l'Estran (Pontorson), de Saint Hilaire du Harcouët, de Saint-James, de Mortain et de Villedieu-Les-Poêles. S'y ajoute le Centre d'Accueil et de soins de Saint-James en direction commune avec l'hôpital publique local de Saint-James.

L'établissement support est le Centre Hospitalier d'Avranches-Granville.

Le GHT du Mont Saint-Michel est rattaché au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen.

b. L'élaboration du projet médical partagé :

En réunissant les acteurs de toutes les structures de santé membres, le GHT du Mont Saint-Michel a su tirer des axes de travail pour construire son projet médical partagé. Au vu du contexte de santé publique et de la situation sociodémographique du Sud Manche, les orientations stratégiques vont vers :

- une nouvelle organisation de la prise en charge aux Urgences
- le développement de réseaux de soins, notamment pour la personne âgée
- le renforcement de la filière psychiatrique
- la consolidation de la filière d'obstétrique et de pédiatrie
- la facilité d'accès aux soins de suite et de réadaptation
- le développement des alternatives aux hospitalisations avec notamment l'Hospitalisation A Domicile (HAD), la télémédecine, la médecine ambulatoire, les équipes mobiles de soins...

L'anticipation des besoins de santé des patients et le développement des liens entre les acteurs de la prise en charge pourraient améliorer la qualité des soins au sein du territoire.

c. La répartition des activités des établissements de santé du GHT Mont Saint-Michel :

La répartition des lits et des activités des structures de santé du GHT Mont Saint-Michel doit répondre aux besoins de santé des populations.

Devant une population particulièrement âgée et vieillissante par rapport à la moyenne nationale et un contexte de pénurie médicale libérale significative, la prise en charge des patients âgés est une priorité. Le CHAG, principal acteur des activités de médecine, chirurgie et obstétrique grâce à son plateau technique développé, s'allie avec les hôpitaux de proximité qui eux, axent leur activité vers la gériatrie et la psychiatrie. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des lits des établissements du GHT Mont Saint-Michel :

	CHAG	CH Villedieu	CH St James	CH Mortain	CH St Hilaire	CH Pontorson
Nombre de lits MCO	348	0	15 dont 5 USP	10	30	0
Nombre de lits SSR	51 de MCO et 26 de CSG	23 dont 4 USP	15	20	32	24
Nombre de places SSIAD	0	40	40	40	58	20
Nombre de places HAD	20	CH Vire	CHAG	CH Vire	CHAG	CHAG
Nombre places EHPAD	217	100	158	178	158	168
Permanence de soins	Astreinte médecine	Astreinte	Astreinte	Astreinte	Astreinte	Astreinte

Source : Données d'établissements 2017

CSG : Court Séjour Gériatrique
MCO : Filière de Médecine, Chirurgie, Obstétrique
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
USP : Soins Palliatifs

La transformation des services de médecine des hôpitaux de proximité en SSR est en cours, laissant la majorité des lits de médecine sur le CHAG. Les hôpitaux de proximité voient donc leur fonctionnement modifié dans le but d'une amélioration de la filière gériatrique. Ils privilégient à présent, les lits de SSR et de soins palliatifs ainsi que les prises en charge en institution ou à domicile (SSIAD). En mars 2017, les 15 lits de médecine de l'hôpital de Villedieu-Les-Poêles ont été transformés en lits de SSR. Il en sera de même à l'hôpital de Saint-James au printemps 2018 puis à l'hôpital de Mortain.

L'HAD reste quant à elle à développer dans l'arrière-pays majoritairement déficitaire.

Cependant, l'absence de lits de médecine dans les hôpitaux périphériques peut poser des inquiétudes quant au maintien de l'accessibilité des soins. Cela pourrait entraîner un engorgement du service de médecine du CHAG mais également une augmentation du nombre de passages aux urgences en lien avec des entrées directes difficiles à réaliser par les médecins généralistes libéraux. Le GHT vise donc au développement de la communication, à la création de protocoles pour permettre les entrées directes (en lien avec la médecine de ville) et à l'amélioration du parcours patient (en particulier pour accéder à l'aval SSR ou en soins palliatifs).

Par ailleurs, pour garantir l'égalité, la continuité et la coordination des soins, la présence d'une permanence de soins à la fois sur le CHAG et les hôpitaux périphériques est effective.

PARTIE 2 : Etude qualitative

I. MATERIEL ET METHODE :

1. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative, basée sur des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de docteurs en médecine générale exerçant en PSLA et intervenant à l'hôpital de proximité.

Il s'agissait des PSLA de Villedieu les Poêles et de Saint James ainsi que des centres hospitaliers de proximité de ces mêmes villes.

La méthode qualitative s'imposait à notre étude pour explorer les motivations et les freins des médecins généralistes de PSLA qui exercent en centre hospitalier de proximité, car il s'agissait d'analyser leur vécu, leur expérience d'exercice et leur ressenti. Ces deux villes ont été choisies du fait de la présence d'un PSLA et d'un hôpital de proximité et surtout de l'intervention des médecins généralistes du PSLA à l'hôpital de proximité. Le territoire était celui du territoire sud Manche, défini par la création du GHT Mont Saint-Michel.

2. Entretiens :

a. Guide d'entretien :

Le guide d'entretien élaboré était articulé en 4 parties (Annexe 1) :

- Une explication du déroulement de l'entretien et un rappel du thème de l'étude mettant en place les règles de communication.

- Le recueil du consentement du participant à être enregistré pendant l'entretien.

- Un recueil de données sociodémographiques : sexe, âge, lieu d'exercice, année d'installation en PSLA, année du droit d'exercer à l'hôpital de proximité, autre qualification médicale.

- L'entretien semi-dirigé fait de 9 questions ouvertes permettant de recueillir les données importantes autour des thèmes abordés.

Le guide d'entretien n'étant pas figé, il s'est enrichi au fil des entretiens et ne servait que de fil conducteur aux entretiens.

b. Type d'entretien :

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés afin de privilégier une mise en confiance de l'interviewé et donc une libre-expression sans crainte de jugement de la part d'un tiers. Cela permettait un discours plus authentique, de prendre en compte la dimension subjective des réponses et de faire ressortir une diversité d'opinions que n'offre pas une étude quantitative.

c. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion de l'étude étaient : être docteur en médecine générale, exercer en PSLA et exercer à l'hôpital de proximité sur le territoire sud Manche.

d. Recrutement :

Le recrutement des participants à l'étude s'est fait par une recherche des docteurs en médecine générale exerçant en hôpital de proximité en région sud manche puis par la vérification de leur exercice en PSLA. La prise de contact s'est faite par mail ou fax sur leur lieu d'exercice libéral puis par téléphone afin d'obtenir les rendez-vous pour effectuer les entretiens.

e. Echantillonnage :

L'échantillonnage a été réalisé parmi les 13 médecins généralistes des PSLA de Saint-James et de Villedieu-les-Poêles répondant aux critères d'inclusion.

f. Réalisation des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice libéral des médecins généralistes, sur rendez-vous. Après consentement éclairé, les entretiens ont été enregistrés par dictaphone.

3. Données :

a. Saturation des données :

La saturation des données, selon le concept de saturation théorique de Glaser et Strauss, a été obtenue après réalisation des 10 entretiens.

b. Retranscription :

Chaque entretien a été retranscrit intégralement d'après l'enregistrement audio, en verbatim. Nous avons préservé l'anonymat des médecins. L'intégralité des dix entretiens retranscrits représente un corpus de 49 pages.

c. Analyse :

L'analyse des données s'est faite selon le protocole de recherche en étude qualitative. Les dix entretiens retranscrits ont été analysés phrase par phrase, unité de sens par unité de sens afin de coder les verbatim. Une relecture de l'ensemble des dix entretiens retranscrits a été faite une fois l'ensemble de l'encodage terminé. Pour conforter les résultats obtenus, un double encodage a été réalisé par un intervenant extérieur. Le travail d'analyse a permis l'obtention d'une grille de codage recensant les 66 codes obtenus dans les 10 entretiens. (Annexe 2) Ces codes ont ensuite été regroupés en thèmes (motivations, freins et propositions) puis classés afin d'obtenir un plan pour la présentation des résultats. (Annexe 3)

II. RESULTATS :

1. Caractéristiques générales des entretiens :

10 des 13 médecins généralistes sollicités, au sein des PSLA de Saint-James et de Villedieu-les-Poêles, ont été interviewés. Les entretiens ont été réalisés sur une période de 3 mois entre novembre 2017 et janvier 2018, sur rendez-vous, au lieu d'exercice libéral. La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes. (Tableau 3)

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des interviewés et des entretiens :

Entretiens	Sexe (M/F)	Age (ans)	Lieu d'exercice	Année d'installation en PSLA	Année de début d'exercice en HP	Qualification(s)	Durée de l'entretien (min)
E1	F	30-35	Saint-James	2016	2016	DU soins palliatifs (en cours)	27
E2	M	35-40	Saint James	2011	2007	Capacité gériatrie Coordinateur EHPAD Maître de stage universitaire	18
E3	M	60-65	Saint-James	1985	1985	DU soins palliatifs	15
E4	M	50-55	Villedieu-Les-Poêles	2003	1993	Capacité de gériatrie DEA droit privé DESS droit médical Médecin du travail Maître de stage universitaire	39
E5	M	60-65	Villedieu-Les-Poêles	2013	1984	Médecin du sport DIU mésothérapie Maître de stage universitaire	13
E6	M	65-70	Villedieu-Les-Poêles	1977	1977	Médecin du sport	9
E7	M	55-60	Villedieu-Les-Poêles	2011	1990	DU diabétologie Médecin du sport Coordinateur EHPAD Maître de stage universitaire	12
E8	M	40-45	Villedieu-Les-Poêles	2007	2007	Capacité gériatrie Capacité douleur Maître de stage universitaire	11
E9	M	35-40	Villedieu-Les-Poêles	2013	2013	Médecin du sport	16
E10	M	55-60	Villedieu-Les-Poêles	2011	1986	Maître de stage universitaire	10

2. Analyse des entretiens :

2.1. Les motivations des interviewés à exercer en hôpital de proximité :

2.1.1 Pour l'exercice du médecin généraliste :

a. Travailler en équipe :

Les médecins généralistes ont mis en avant l'importance du travail en équipe. Leur installation en PSLA était preuve d'une volonté d'échange avec leurs confrères. « J'avais la volonté d'exercer en libéral cependant je ne voulais pas être seul, isolé, je préférais l'ambiance du travail de groupe. » (E9)

L'exercice hospitalier répondait à cet esprit de groupe par la présence de multiples intervenants. Il apportait efficacité et rapidité dans les prises en charge des patients mais également un soutien moral aux médecins généralistes.

« Travailler en équipe, c'est important. Parfois, nous sommes démunis face à la situation... Pouvoir hospitaliser notre patient nous laisse le temps nécessaire pour discuter des difficultés avec l'assistante sociale, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, nos confrères... Cela permet de trouver des solutions et d'éviter l'épuisement professionnel. » (E2)

b. Complémentarité de l'exercice hôpital de proximité-ville :

L'exercice hospitalier était jugé complémentaire de l'exercice de ville.
« Le libéral et l'exercice en hôpital de proximité sont indissociables selon moi ! » (E3)
La continuité des soins était le reflet de cette complémentarité. « Cet exercice vient compléter celui en cabinet : pour le suivi des patients c'est un atout indéniable. Nous pouvons suivre notre patient à l'hôpital, préparer sa sortie, puis reprendre un suivi en libéral au cabinet ou à son domicile. Tout ce parcours est preuve d'une bonne continuité des soins. » (E4)

c. Proximité des lieux d'exercice et du lieu de vie :

La proximité des lieux d'exercice était un facteur motivant à l'exercice en hôpital de proximité. « Tout cela est possible parce que l'hôpital est proche du cabinet, sans cela, il serait difficile d'y intervenir. » (E7)
Le lieu de vie devait également être proche des lieux d'exercice afin d'assurer la permanence de soins. « Il faut que les médecins généralistes soient à proximité pour intervenir sur les astreintes. » (E1)

d. Diversification de l'exercice médical :

La majorité des médecins généralistes appréciait leur exercice hospitalier, source d'un exercice médical varié. « C'est un exercice différent de celui de médecin généraliste libéral ce qui diversifie notre activité. » (E4)
Travailler à l'hôpital permettait de rompre la monotonie des consultations de médecine libérale. De plus, la présence de lits de médecine et de soins palliatifs était un atout pour enrichir leur exercice médical. « L'exercice hospitalier est diversifié, c'est une autre façon d'exercer que de consulter en libéral, surtout en service de soins palliatifs » (E1)

e. Autonomie et gain de temps :

L'hospitalisation en service de médecine était pratique car réalisable sur la seule décision des médecins généralistes. « Quand je le décide. J'appelle la cadre de santé pour m'assurer qu'il y ait bien un lit, et je fais hospitaliser le patient. Et puis le soir, je viens faire ses prescriptions. » (E2)

Ce système réduisait les délais d'attente avant une hospitalisation et était synonyme de gain de temps dans la prise en charge du patient.

f. Intérêt intellectuel et formation médicale continue :

Les médecins exposaient l'intérêt intellectuel de leur exercice hospitalier.

« C'est un exercice très intéressant et épanouissant. » (E4)

Celui-ci appelait à des connaissances plus poussées, et au partage avec les intervenants. « C'est enrichissant de savoir gérer des cas complexes à l'hôpital de proximité avec l'équipe soignante. » (E9)

La participation aux instances administratives de l'hôpital de proximité était perçue comme formatrice. « Je vais bientôt reprendre la coordination du service de soins palliatifs, et je pense que cela va être très intéressant. » (E1)

Est également souligné par un médecin, les bienfaits de la rigueur hospitalière.

« L'exercice à l'hôpital nous pousse à faire mieux, la présence qu'un qualicien nous amène à réfléchir sur nos soins. » (E2)

g. Transmettre cet exercice aux internes en médecine générale :

Intervenir en hôpital de proximité donnait l'opportunité aux médecins généralistes de transmettre cet exercice aux internes en stage au PSLA. « Nous faisons découvrir l'hôpital de proximité à nos internes, nous leur faisons faire des entrées puis nous voyons de nouveau les patients ensemble... c'est formateur ! » (E4)

h. Valorisation de l'exercice du médecin généraliste :

L'exercice en hôpital de proximité était perçu comme valorisant. « Pouvoir gérer des situations sans recourir à l'hôpital d'Avranches-Granville, c'est valorisant pour nous. » (E4)

« Nous évitons certaines hospitalisations, nous installons un climat de confiance, cela valorise la place du médecin généraliste qui n'envoie pas aux urgences et qui est capable de gérer seul, c'est gratifiant. » (E2)

i. Retour aux sources :

Pour les interviewés, il était naturel de revenir à un exercice hospitalier du fait de leur cursus. « J'aime bien le milieu hospitalier, nous y avons été formé... alors c'est naturel d'y retourner. » (E4)

Trois d'entre-deux ont simplement exprimés le fait « d'aimer » l'hôpital.

« Eh bien, en fait... j'aime bien ! J'aime bien travailler à l'hôpital ! » (E1)

j. Confort d'exercice pour le médecin généraliste libéral :

L'hôpital de proximité apportait un confort d'exercice aux médecins généralistes des PSLA. C'était un outil jugé rassurant et adapté aux besoins des populations âgées. « C'est un atout pour moi, pour mon exercice de médecin généraliste d'avoir un hôpital de proximité à Saint-James. C'est très confortable d'avoir cet outil à disposition. » (E1)

2.1.2 Pour l'amélioration du parcours de soin du patient :

a. Fonction de premier recours :

a-1. Facilité et rapidité d'accès à l'hospitalisation :

L'exercice en hôpital de proximité favorisait une prise en charge rapide par le médecin généraliste. « Les médecins qui travaillent à l'hôpital de proximité étant prioritaires sur les lits, les hospitalisations sont rapides. En général, en 48h maximum, nous avons un lit de disponible pour notre patient. » (E1)

a-2. Entrées directes :

Facilité et rapidité d'accès à l'hospitalisation, étaient directement liées à la réalisation d'entrées directes en service de médecine.

« C'est quand même plus facile pour nous de faire des entrées directes plutôt que d'envoyer les patient à l'hôpital d'Avranches-Granville. C'est bien pour nous mais surtout pour le patient. » (E6)

a-3. Proximité de l'hôpital :

La proximité de l'hôpital participait au confort du patient. « Du fait de la proximité de l'hôpital, les patients sont moins réticents à l'hospitalisation. Pour les familles, c'est également plus facile de venir les voir. » (E1)

« Les patients âgés apprécient l'hôpital de proximité. Sa proximité limite les kilomètres, permet de ne pas désorienter les patients et les rassure. » (E2)

b. Prise en charge globale du patient :

b-1. Relation de confiance patient-médecin renforcée :

La relation de confiance patient-médecin était renforcée par l'exercice hospitalier des médecins généralistes. « Nous connaissons nos patients par cœur et cette relation de confiance se prolonge en hôpital de proximité, les patients se sentent en sécurité et les soins sont mieux acceptés. » (E7)

Et ce d'avantage pour les populations de Saint-James et de Villedieu-les-Poêles. « Pour nos patients, presque uniquement à orientation gériatrique, la relation de confiance avec le médecin est importante. » (E5)

b-2. Présence de lits de médecine :

La présence de lits de médecine était un atout exprimé par la majorité des interviewés. « Les lits de médecine nous permettent de répondre aux petites pathologies des patients âgés qui méritent une surveillance. Quand ils sont seuls à domicile, fragile, ça peut être une bronchite, une décompensation cardiaque... des pathologies courantes qui ne nécessitent pas d'aller aux urgences... » (E6)
Elle donnait la possibilité d'une offre de soins adaptée et de proximité.

b-3. Présence de lits de soins palliatifs :

L'importance des lits de soins palliatifs en hôpital de proximité était soulignée. « Ce qui reste extrêmement important pour nous et qu'il faut absolument conserver, ce sont les lits de soins palliatifs. » (E6)

La présence de lits de soins palliatifs répondait aux besoins des populations. « La prise en charge palliative qui s'est développée sur Saint-James est essentielle à notre population âgée. » (E3)

b-4. Prise en charge sociale facilitée :

L'exercice en hôpital de proximité facilitait la prise en charge sociale des personnes âgées. « C'est au niveau des démarches sociales que cela m'apporte beaucoup : le fait d'avoir un lien avec l'assistante sociale, c'est pratique. Parce qu'en libéral, nous manquons de temps pour réaliser les démarches d'accompagnement du patient. »

Il offrait une aisance dans l'organisation du devenir du patient en post-hospitalisation. « Cela nous permet d'organiser le retour à domicile ou une institutionnalisation avec l'aide de l'assistante sociale. » (E8)

c. Continuité des soins :

Tous les médecins ont exprimé le bénéfice apporté au suivi du patient via leur exercice en hôpital de proximité. « Je voulais vraiment assurer un bon suivi à mes patients... quoi de mieux que le lien ville et hôpital de proximité pour le faire ? » (E10)

La continuité des soins était perçue comme l'une des principales motivations à exercer en hôpital de proximité. « Cela rend le parcours patient linéaire et fluide » (E8)

d. Coordination des soins :

La coordination des soins en était également facilitée. « Favoriser le lien ville-hôpital assure une continuité et une coordination nécessaires à la qualité du parcours de soins du patient. » (E9)

d-1. Consultations avancées :

L'exercice hospitalier des médecins généralistes leur facilitait l'accès aux avis spécialisés. « Si besoin, nous pouvons faire appel à des avis spécialisés qui sont facilités par l'hospitalisation. » (E10)

Mais leur exercice hospitalier permettait également d'orienter les patients vers un spécialiste présent au PSLA. « Grâce à notre double exercice, nous avons une vue d'ensemble sur les consultations de spécialistes dans notre ville, que cela soit à l'hôpital ou au PSLA. » (E2)

d-2. Eviter un passage aux urgences :

Les médecins généralistes ont noté que leur exercice en hôpital de proximité réduisait le nombre d'envois vers les urgences. « Nous pouvons faire des entrées directes, et permettre aux patients de rester à proximité de leur domicile et de leur famille, leur éviter un passage non justifié aux urgences et une attente interminable... Tout cela améliore la qualité du parcours de soins. » (E4)

e. Qualité des soins :

Neuf médecins ont souligné que leur exercice en hôpital de proximité concourait à la qualité de soins. Malgré l'absence de plateau technique, leur exercice hospitalier optimisait le parcours de soins du patient. « Je trouve que c'est important de pouvoir suivre mes patients y compris en cours d'hospitalisation et de pouvoir bénéficier de personnel soignant compétent et ce, à proximité du domicile du patient, la qualité de soins n'en est que meilleure » (E5)

2.1.3 Pour être un atout sur le territoire sud Manche :

a. Le médecin généraliste, acteur du GHT ?

Certains médecins interviewés se sentaient impliqués sur le territoire sud Manche. « Nous faisons éminemment partie du parcours de santé du patient sur le territoire. » (E2)

Leur exercice hospitalier les rendait acteurs du projet médical partagé du GHT.

« C'est un projet commun aux hôpitaux et donc aux médecins y intervenants ! » (E8)

« Il y a un réel objectif de travailler ensemble sur un même territoire. Nous devons, par notre exercice à l'hôpital de proximité, participer au projet médical partagé du GHT. Nous allons devoir favoriser les réseaux de soins sur le territoire, harmoniser les pratiques entre professionnels de santé et partager nos outils. » (E4)

b. Lien avec le centre hospitalier référent Avranches-Granville :

Les interviewés ont vu en la création du GHT, une opportunité de renforcer le lien entre les établissements de santé du territoire et donc entre professionnels de santé. « Je pense que cela a permis de mieux nous connaître entre professionnels de santé, entre hôpital de proximité et centre hospitalier de référence, dans le but d'améliorer la cohésion sur le territoire. » (E2)

Un échange avec le service d'Urgences du centre hospitalier d'Avranches-Granville était déjà présent. « Nous sommes parfois obligés d'envoyer nos patients vers les urgences pour faire des bilans somatiques plus poussés mais, nous proposons en fonction des résultats, de reprendre le patient sur l'hôpital de proximité. » (E1)

Cette collaboration servait également l'hôpital de référence qui pouvait adresser les patients stables vers l'hôpital de proximité. « Ce système permet de désengorger les urgences » (E1)

c. Développement des réseaux de professionnels de santé :

L'opportunité de développer les réseaux entre professionnels de santé était également abordée. « Les réseaux de soins vont être amenés à se développer sur le territoire sud manche et je l'espère permettrons d'optimiser les soins, de fluidifier le parcours de soins du patient et de favoriser les échanges entre professionnels de santé. » (E7)

d. Maillage médical du territoire et sauvegarde des hôpitaux de proximité :

La présence des hôpitaux de proximité était jugée essentielle au maillage territorial par la majorité des médecins interviewés. « L'hôpital de proximité est une offre de soins très importante pour le patient. » (E1)

Conserver cette offre de soins était une motivation à la poursuite de leur exercice hospitalier. « La sauvegarde de l'hôpital de proximité est une motivation. Je trouve qu'il est indispensable de garder cet outil pour notre population âgée. » (E10)

Pour certains, la création du GHT était perçue comme indispensable à une égalité d'accès aux soins. « Le GHT va permettre d'améliorer le fonctionnement en réseau, l'organisation pluridisciplinaire et le maillage du territoire. » (E2)

e. Collaboration entre professionnels de santé et échanges de pratiques :

L'exercice hospitalier ouvrait la porte aux échanges et à l'harmonisation des pratiques entre professionnels de santé au sein du GHT.

« Le fait de collaborer avec les professionnels de santé du territoire va forcément apporter beaucoup : fluidité du parcours patient, amélioration de la coordination, échanges de pratiques, apports de connaissances médicales, opportunités de formation. » (E8)

f. Mutualisation des moyens et économie de santé :

La mise en commun des moyens des établissements de santé du territoire a également été mise en exergue. « Il va y avoir une harmonisation dans le fonctionnement des hôpitaux et une réduction des dépenses de santé. » (E8)

2.2 Les freins des médecins interviewés à exercer en hôpital de proximité :

2.2.1 Les conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux en hôpital de proximité :

a. Un exercice chronophage :

La majorité des interviewés appuyait sur l'aspect chronophage de leur exercice en hôpital de proximité. « Il n'est pas toujours facile de concilier l'exercice libéral et les interventions à l'hôpital, et ce, malgré la proximité du cabinet. Les prises en charge sont essentiellement gériatriques, le plus souvent poly pathologiques et par conséquent, nous y passons beaucoup de temps. Nous sommes loin d'une simple visite à domicile ! » (E5)

Leur exercice hospitalier retentissait sur leur activité libérale en termes de temps mais également de revenus.

« Le timing est très serré. Si nous avons un problème à l'hôpital, nous remettons nos consultations à plus tard pour nous y rendre. Notre activité à l'hôpital empiète sur notre activité libérale. » (E2)

S'ajoute à l'exercice médical, les différentes instances administratives dont les médecins généralistes font partie, charge de travail conséquente.

Concilier ces différentes fonctions était difficile à organiser et à assumer pour les médecins libéraux. « Un médecin à plein temps en libéral, à son cabinet, ne peut pas être efficient en hôpital de proximité. » (E5)

b. La permanence de soins :

Sept médecins ont identifié la permanence de soins comme un frein à la poursuite de leur exercice hospitalier. « Ce qui est contraignant c'est la permanence des soins » (E4)

La contrainte de la permanence de soins s'expliquait par une diminution des effectifs (départ en retraite sans successeur) et une difficulté au recrutement de nouveaux médecins généralistes. « Actuellement, nous sommes 6 sur le pôle de santé dont un médecin qui n'intervient pas en hôpital de proximité, et un qui part en retraite à la fin du mois. Nous ne serons bientôt que 4 médecins sur le tableau d'astreinte de soirs et de weekends. » (E2)

Cela se répercutait sur leur exercice libéral mais également sur leur vie familiale. « Pour moi, le plus contraignant est la permanence de soins. Elle a un retentissement important sur le plan personnel : elle impose de rester chez soi lorsque nous sommes d'astreinte, et du fait du faible effectif, elles reviennent très rapidement. » (E5)

c. La rémunération :

La majorité des interviewés ont insisté sur leur mode de rémunération à l'hôpital de proximité. « La rémunération n'est pas du tout adéquate. » (E8)

Celle-ci était jugé inadaptée au fonctionnement de l'hôpital et à leurs interventions.

« La rémunération à l'acte dévalorise nos interventions à l'hôpital de proximité, nous pouvons dire que nous faisons presque du bénévolat. » (E4)

Elle était notée comme insuffisante par rapport au temps d'intervention et aux déplacements. « Pour une intervention, nous sommes moins payés qu'une visite à domicile en libéral et en plus nous sommes plafonnés à un nombre d'actes. » (E7)

2.2.2 La restructuration des hôpitaux de proximité :

a. Fermeture des services de médecine au profit des services de SSR :

Les médecins généralistes de Saint-James exprimaient leurs craintes face au projet de fermeture du service de médecine. « Avec la fermeture de nos lits de médecine prévue pour 2018, nous ne ferons plus de vraie médecine car nos moyens et nos effectifs vont être moindres. » (E1)

« La problématique actuellement est la fermeture des lits de médecine des hôpitaux de proximité, vers le centre hospitalier de référence, car certainement, nous allons continuer de recevoir des patients potentiellement lourds sur nos lits de SSR. » (E2)

La fermeture des lits de médecine était déjà effective à l'hôpital de Villedieu-Les-Poêles. « Il y a eu fermeture des lits de médecine pour des lits de SSR ce qui implique une modification de notre exercice : plus de possibilité d'entrée directe, moins de moyens, des critères d'admission différents et donc un exercice différent. » (E7)

a-1. Arrêt des entrées directes :

Parmi les interviewés, huit médecins percevaient l'arrêt des entrées directes comme altérant leur exercice en hôpital de proximité.

L'hôpital de proximité n'était plus un outil de premier recours. « Nous sommes plutôt considérés comme une 2^{ème} main pour satisfaire l'hôpital pivot. » (E3)

Le parcours de soins du patient s'en trouvait modifié avec un recours obligatoire au centre hospitalier d'Avranches-Granville, qu'il s'agisse de médecine ou de SSR.

« Pour ce qui est des entrées, nous ne pouvons plus en réaliser étant donné que notre service de médecine est fermé, comme nous n'avons plus de service de médecine... nous sommes obligés de les envoyer à Avranches-Granville. » (E4)

Les médecins généralistes n'avaient donc plus la facilité et la rapidité d'accès à l'hospitalisation qu'offrait le système d'entrée directe en service de médecine.

a-2. Modification des critères d'admission en hôpital de proximité :

Les interviewés constataient que la transformation de lits de médecine en lits de SSR était source de confusion dans la sélection des patients admissibles en hôpital de proximité. « Depuis la fermeture des lits de médecine, il y a un usage du service de SSR comme un service de médecine. Même si les critères d'admission sont restreints à ceux d'un SSR, il arrive souvent que les patients envoyés ne relèvent pas du service de SSR et que nous soyons obligés de les renvoyer en service de médecine... » (E5)

Les médecins et l'équipe soignante étaient alors mis en difficulté, et ne pouvaient répondre aux besoins des patients.

« Il arrive que nous recevions des patients lourds, parfois même sans bilan initial réalisé... » (E4)

a-3. Diminution des moyens humains et techniques :

La majorité des médecins généralistes mentionnaient la diminution des effectifs soignants à l'hôpital de proximité comme frein à leur exercice hospitalier. « Depuis la fermeture des lits de médecine pour des lits de SSR, nous manquons de moyens et de personnel soignant. » (E4)

La présence du personnel soignant de médecine permettait de réaliser des soins techniques et une surveillance 24h/24. « Les soins techniques que nous faisons faire par les infirmières ou une surveillance rapprochée, ne sont plus possible... » (E2)

b. Altération du parcours de soins du patient :

L'altération du parcours de soins du patient suite à la fermeture des lits de médecine et à l'arrêt des entrées directes était souligné par les interviewés.

« Nous perdons parcours de soins ville-hôpital de proximité qui était efficace et nécessaire à la population âgée. » (E4)

2.2.3 Les incertitudes quant au devenir des hôpitaux de proximité :

a. « Faire plus avec moins de moyens » ? :

C'est l'inquiétude principale que neuf médecins ont abordée.

« Ce dont j'ai peur c'est que l'on nous demande de faire toujours plus avec moins de moyens. » (E1)

b. Maintien du statut du médecin généraliste à l'hôpital de proximité ?

Plusieurs interviewés ont émis des inquiétudes quant au maintien de leur statut à l'hôpital de proximité. « J'ai des craintes quant à la conservation des interventions des médecins généralistes en hôpital de proximité... » (E8)

c. Diminution de l'intérêt intellectuel :

La disparition du service de médecine entraînait une perte d'enrichissement intellectuel. « Le fait de déshabiller les hôpitaux de proximité de leurs lits de médecine, cela va désintéresser les intervenants et faire fuir beaucoup de médecins généralistes libéraux. » (E3)

d. Épuisement et désengagement des médecins généralistes :

Du fait des modifications de fonctionnement de l'hôpital de proximité, trois médecins observaient la naissance d'une « peur de l'épuisement ». « Nous allons travailler jusqu'à ce que nous soyons épuisés faute de moyens et de bras. » (E2)

Pour quatre médecins, l'impact direct était un désengagement des médecins généralistes libéraux de l'hôpital de proximité. « Je pense que nous allons être de moins en moins nombreux à effectuer à la fois un exercice libéral au cabinet et des interventions à l'hôpital de proximité... par épuisement, par manque de reconnaissance, par manque de moyens. » (E10)

e. Quel avenir pour les hôpitaux de proximité ? :

Le devenir des hôpitaux de proximité était source d'inquiétude pour la grande majorité des médecins interviewés. La fermeture des lits de médecine en faveur de lits de SSR était pour eux un premier pas vers la conversion des hôpitaux de proximité en EHPAD. « Cela va impacter les hôpitaux de proximité qui vont se

gériatriser, ce qui est déjà le cas. La vraie médecine de proximité n'existera plus et les hôpitaux deviendront des EHPAD. » (E5)

Les restrictions budgétaires participaient à ce climat d'insécurité. « Cela risque de fermer un jour, à cause des économies de santé ! » (E6)

Tout comme le désengagement des médecins généralistes libéraux. « Je pense que l'hôpital de proximité sera amené à disparaître car les médecins vont partir... » (E5)

2.2.4 La modification de l'offre de soins sur le territoire sud manche :

a. Modification de la répartition des lits de médecine :

La fermeture des lits de médecine en hôpital de proximité diminuait le maillage territorial au profit du regroupement sur le centre hospitalier d'Avranches-Granville. « Notre offre de soins va diminuer sur le secteur, nous serons contraints d'envoyer nos patients aux urgences, urgences qui vont être débordées et qui en plus n'auront plus de lits d'aval en périphérie puisque que nos lits de médecine auront été supprimés.» (E1)

b. Engorgement des urgences :

L'obligation de recourir aux urgences du CHAG pour réaliser des entrées en service de médecine ou des bilans initiaux était jugée inadaptée et contraignante. « On viendra surcharger les urgences de l'hôpital d'Avranches-Granville pour des situations qui n'en relèvent pas. » (E4)
« Cela va être moins confortable pour nous et le patient, mais aussi pour le centre hospitalier d'Avranches-Granville : il y aura un afflux plus important aux urgences et en médecine alors que les hôpitaux de proximité permettaient de les désengorger. » (E1)

2.3 Les propositions des médecins interviewés pour pérenniser leur exercice en hôpital de proximité :

2.3.1. Amélioration des conditions d'exercice des médecins généralistes en hôpital de proximité :

a. Revalorisation de la rémunération :

Les médecins généralistes ont proposé des solutions de revalorisation de leur rémunération. « Il faudrait revaloriser notre travail en passant par une rémunération réelle... plus qu'anecdotique...au moins équivalente aux praticiens hospitaliers. » (E4)

Il s'agissait de créer un contrat d'exercice spécialisé pour les médecins généralistes libéraux intervenant en hôpital de proximité. « Il faudrait revaloriser cet exercice, sur le plan de la rémunération avec un contrat d'exercice spécialisé. » (E2)

La rémunération à l'acte, plus faible qu'une visite à domicile, était pointée par les médecins interviewés. « Il faut mettre en place une rémunération déjà normale puisque nos interventions actuellement sont moins payées qu'une visite à domicile ! Pour ça, il faudrait des contrats adaptés à notre exercice avec une tarification de médecin de PSLA intervenant en hôpital de proximité. » (E7)

b. Modification du système de permanence de soins :

La permanence de soins était jugée contraignante, notamment du fait d'un effectif insuffisant. « Il faudrait élargir la permanence de soins en recrutant d'autres médecins ou en faisant un système de répartition des astreintes sur le territoire. » (E2)

Le recrutement était difficile car les astreintes exigeaient une proximité du lieu de vie. La création du GHT apportait pour plusieurs médecins un début de solution. « On pourrait imaginer de faire un recrutement plus large au sein du GHT. Il pourrait s'agir d'une astreinte téléphonique sur le GHT régulée par le service des urgences d'Avranches-Granville et où un médecin dédié ferait les déplacements... » (E4)

c. Revalorisation de l'exercice auprès des populations :

Pour alimenter le lien ville-hôpital de proximité, et pérenniser l'exercice en hôpital de proximité, cette filière de soins a besoin d'être valorisée. C'est ce que proposait

l'un des médecins. « Il faudrait redorer notre exercice auprès des populations locales. » (E10)

2.3.2. Transmettre l'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité aux nouvelles générations :

Les médecins généralistes interviewés voyaient en la formation des internes de médecine générale, une opportunité de faire connaître cet exercice. « En poursuivant la formation des étudiants en médecine générale, on peut leur faire découvrir ce type d'exercice. Cela pourrait plaire à ceux qui apprécient le libéral mais qui aiment aussi l'hôpital. » (E9)

Pour susciter l'intérêt des nouvelles générations, l'hôpital de proximité devait être source d'attractivité. « Il y a déjà des internes en Mayenne, à Antrain et dans le Finistère qui vont dans les hôpitaux de proximité mais pour cela il faut que les hôpitaux de proximité tournent bien ! » (E3)

Pour faire découvrir cet exercice, les médecins généralistes, déjà maître de stage, étaient prêts à s'investir dans des projets de formation. « Nous essayons actuellement d'aménager un terrain de stage d'interne multi site sur Villedieu-Les-Poêles pour valoriser l'activité à l'hôpital de proximité... » (E4)

2.3.3. La création du GHT Mont Saint-Michel : une opportunité pour le médecin généraliste ? :

La création du GHT était perçue par 6 médecins généralistes comme un vecteur de projets communs permettant une amélioration de l'offre des soins.

a. Utilisation d'outils communs :

Selon eux, l'harmonisation des pratiques des professionnels de santé passait par le partage d'outils. « Rien que par l'utilisation d'un outil informatique commun, nous pouvons optimiser le système de soins. » (E4)

Plusieurs outils étaient déjà utilisés soit en PSLA, soit en hôpital de proximité et tendaient à se diffuser sur le territoire.

« Au pôle de santé, nous utilisons le dossier médical partagé pour nos patients et on essaie de le faire également à l'hôpital : cela facilite la prise en charge du patient. » (E8)

La possibilité de partager avec d'autres professionnels de santé des informations indispensables pour prendre en charge un patient était jugée essentielle, surtout en zone rurale. « Le dossier médical partagé est un outil à diffuser tout comme la télémédecine qui se développe de plus en plus en dermatologie et dans d'autres domaines... » (E4)

b. Développement de réseaux de soins :

Le développement de réseaux de soins sur le territoire sud manche était intéressant pour les médecins interviewés.

« Le développement de réseaux de soins est nécessaire pour que les médecins généralistes sachent à qui s'adresser en cas de difficulté, vers quelle prise en charge orienter son patient » (E8)

Ces réseaux de soins permettraient de fluidifier le parcours des patients.

c. Renforcer les liens entre professionnels de santé :

La diffusion d'outils communs et le développement des réseaux de soins concouraient aux échanges entre les intervenants. « Le fait de collaborer avec les professionnels de santé du territoire va forcément apporter beaucoup. » (E8)

Les avis spécialisés, les prises en charge sociales, etc... en seraient facilités d'après cinq médecins interviewés.

d. Création d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) :

Dans le but d'améliorer la coordination des soins, un médecin mettait en avant un projet de PTA sur le territoire.

« Se développe également, à l'initiative des médecins généralistes libéraux, une plateforme territoriale d'appui permettant aux professionnels de santé d'être aidés dans la gestion de cas complexes. Si un médecin généraliste a des difficultés à coordonner le parcours de son patient, il pourra demander de l'aide à la PTA. Il s'agit

là encore d'optimiser le parcours de soins en termes de continuité et de coordination. » (E4)

e. Projet d'intégration des PSLA au GHT :

Pour renforcer la cohésion de l'ensemble des établissements de santé du territoire, un médecin interviewé soulignait la possibilité d'association du PSLA au GHT. « Il serait bien que les PSLA soient inclus au sein du GHT. Cela semble dans la continuité puisque par notre exercice à l'hôpital de proximité, et notamment dans les instances administratives, on participe déjà au projet médical partagé du GHT... » (E4)

III. DISCUSSION :

1. Principaux résultats :

Les médecins généralistes des pôles de santé de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles expriment, à travers cette étude, l'importance de l'hôpital de proximité. Leurs motivations à poursuivre leur exercice hospitalier sont nombreuses mais tendent vers un objectif commun : pérenniser le lien ville-hôpital de proximité. L'exercice des médecins généralistes libéraux en hôpital de proximité représente un atout indéniable, pour eux, mais surtout pour le patient et l'ensemble du territoire sud Manche. Tous s'accordent à dire que leur exercice hospitalier vient enrichir l'exercice du médecin généraliste libéral, soit du fait de son intérêt intellectuel et de la diversification des pathologies rencontrées soit de l'opportunité de travailler en équipe et de renouer avec le fonctionnement hospitalier. Leurs interventions en hôpital de proximité sont perçues comme indispensables au maintien d'un parcours de soins répondant aux besoins des populations âgées de Saint-James et de Villedieu-les-Poêles. Les médecins interviewés mettent en évidence la facilité d'accès à l'hôpital de proximité et le gain de temps dans la prise en charge des patients et font de leur exercice mixte, un atout pour la continuité et la coordination des soins. De plus, la présence des services de médecine et de soins palliatifs participe à la qualité de l'offre de soins de proximité.

Toutefois, les médecins interviewés pointent les fragilités de fonctionnement de l'hôpital de proximité. Les conditions d'exercice hospitalier des médecins généralistes libéraux sont inadaptées, faites d'une charge de travail importante, d'une rémunération insuffisante et d'une permanence de soins contraignante.

La création du GHT et ses conséquences sur l'offre de soins de proximité divise les médecins généralistes interviewés. La fermeture des lits de médecine, l'arrêt des entrées directes, la nécessité de recourir au CHAG pour les bilans initiaux et le manque de moyens techniques et humains altèrent le parcours de soins du patient. Ces modifications sont sources d'inquiétude et de désengagement des médecins généralistes libéraux. Cependant, l'intégration de l'hôpital de proximité au GHT Mont Saint-Michel, inscrit les médecins généralistes des PSLA de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles au sein du projet médical partagé. Ces derniers en tirent une nouvelle dynamique, tournée vers le développement des réseaux de soins et la collaboration entre professionnels de santé. Les nombreuses propositions des interviewés ont donc pour but non seulement la sauvegarde de leurs hôpitaux de proximité mais également de faire de leur exercice mixte un atout au sein du GHT.

2. Forces et limites de l'étude :

L'objectif de l'étude étant d'explorer les avis des médecins généralistes libéraux sur leur exercice en hôpital de proximité, le choix d'une méthode qualitative était approprié. De plus, l'étude qualitative permettait d'obtenir une vision des interviewés plus proche de la réalité, non réduite à un chiffre, et avait une réelle capacité de prospective pour répondre aux besoins des médecins généralistes. Parmi les 13 médecins sollicités, 10 ont acceptés de participer à l'étude, reflet d'un échantillonnage correct. Leurs entretiens ont permis d'obtenir une saturation des données satisfaisante. L'aspect éthique a été pris en compte avec un consentement éclairé des interviewés aux entretiens lors de l'enregistrement audio. Les entretiens individuels semi-directifs ont laissé aux interviewés, une liberté et une spontanéité de discours, sans crainte de jugement de la part d'un confrère. Le caractère individuel de ces entretiens a également permis d'analyser en détails la manière dont s'exprimaient les interviewés, ce qui est aussi signifiant que l'opinion elle-même.

Cependant, mon ressenti en entretien face au comportement des interviewés, peut avoir biaisé l'interprétation des discours. La durée des entretiens étant courte,

s'expliquant par la charge importante de travail des médecins en période hivernale, les interviewés ont pu omettre d'approfondir certains points. De plus, leurs discours peuvent avoir été restreints par crainte d'une levée de l'anonymat en lien avec le nombre de participants faible et la présence des données sociodémographiques dans l'étude. Enfin, bien que l'analyse de contenu des entretiens et le double encodage aient été faits de manière rigoureuse, l'analyse des résultats fait appel à l'interprétation des données et peut entraîner un biais de subjectivité analytique.

3. Résultats et littérature :

3.1. La fermeture des lits de médecine en hôpital de proximité :

Les hôpitaux de proximité assurent des prises en charge relevant de services de médecine, de SSR et de soins palliatifs. La présence des lits de médecine répond aux besoins des populations âgées du fait de la proximité et de la continuité médicale assurée par les médecins généralistes libéraux. Cette offre de soins de proximité permet un maillage territorial satisfaisant en zone médicalement déficitaire, comme le mettait en avant l'engagement n°11 du « Pacte Territoire Santé » en 2012 (22) puis une instruction DGOS de 2014.(23) Cet atout est conforté par les propos recueillis en interviews auprès des médecins généralistes de Saint-James et de Villedieu-les-Poêles.

Malgré cela, la tendance semble être à la fermeture des lits de médecine dans les hôpitaux de proximité. Celle-ci est justifiée par un point de vue territorial et économique. Ainsi, la Cour des Comptes, dans le rapport annuel du CHAG de 2016 (24), note une réduction constante depuis 2011 des lits de MCO, dont 26 lits de médecine polyvalente sur le site de Granville, liée à des taux d'occupation insuffisants. L'ARS, en se basant sur la durée moyenne de séjour (DMS), a décidé la fermeture des services de médecine des hôpitaux de proximité du sud Manche considérant leur activité comme plus proche de celle d'un SSR. En effet, la réduction de la DMS est fixée comme prioritaire dans de nombreux pays afin de limiter les dépenses de santé. Le rapport d'études économiques de l'OCDE France de Mars 2015 (25), va jusqu'à préconiser la fermeture des hôpitaux de proximité. Cette fermeture permettrait l'exploitation d'économies d'échelle et plus d'investissements en nouvelles technologies, et entraînerait une meilleure qualité des soins des centres

hospitaliers pivots. De ces constats, le choix a été de privilégier l'activité de médecine du CHAG en regroupant les lits de médecine en son sein, au détriment des hôpitaux de proximité.

Cependant, les conséquences sont multiples, en témoignent les médecins de notre étude. L'absence de service de médecine en hôpital de proximité, et par conséquent, de moyens humains et techniques, altèrent l'offre de soins de proximité. Les médecins généralistes sont contraints d'adresser leurs patients au centre hospitalier « pivot », via les urgences, pour des pathologies n'en relevant pas. En découle, une perte de temps pour le patient, le médecin généraliste et les urgentistes ainsi qu'un inconfort du patient et des moyens déployés inadaptés. Les inquiétudes des médecins interviewés, qui d'ailleurs considèrent cette fermeture comme un frein dans leur exercice hospitalier, sont partagées. (26)

De plus, malgré l'argumentaire « théorique » de conséquences bénéfiques pour le centre hospitalier pivot, la pratique semble tout autre. La nécessité de recourir au centre hospitalier référent via les urgences, est à l'origine d'un engorgement de ce service mais également de celui de médecine, dépourvu de lits d'aval en périphérie. Sur données d'établissements, en 2015, les patients âgés de plus de 75 ans représentaient déjà aux urgences, 23.4% des passages à Avranches et 21.4% des passages à Granville. Les dépenses engendrées par l'augmentation du nombre de passages aux urgences, les transferts jusqu'au centre hospitalier, et l'augmentation des DMS en médecine faute de lits d'aval, sont de plus en plus conséquentes.

Pourtant, une partie de ces passages pourraient être évitée en réalisant des entrées directes en médecine. Une telle organisation limiterait le temps de prise en charge et d'hospitalisation, particulièrement souhaitable pour les patients âgés. En effet, l'élaboration de protocoles communs d'adressages pour permettre les entrées directes fluidifierait le parcours du patient. Ce modèle existe déjà, à l'image de l'unité de gériatrie d'entrées directes (UGED) du CHRU de Nancy. (27) Ce service garantit l'accès aux médecins généralistes libéraux via un réseau téléphonique commun, la collaboration du médecin gériatre hospitalier, permettant de programmer une entrée directe. L'UGED évite à la personne âgée un passage inutile aux urgences, susceptible de fragiliser son état de santé. Autre exemple, le centre hospitalier de Niort permet lui aussi de réaliser des entrées directes en gériatrie sans passage aux

urgences grâce à un numéro unique faisant interface entre médecine de ville et équipe mobile gériatrique. (28)

Par conséquent, les GHT sont amenés à s'interroger sur des moyens d'optimisation des ressources de santé du territoire. En sachant que la balance entre économies de santé et fermeture des lits de médecine en hôpital de proximité est à mesurer au regard de la contribution de l'établissement à l'offre de soins du territoire. Dorénavant, seules la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé des établissements membres du GHT, peuvent maintenir la fluidité du parcours patient.

3.2. Hôpital de proximité et soins palliatifs :

La présence de lits de soins palliatifs en hôpital de proximité était en cohérence avec ceux de médecine. Fort heureusement, comme l'expriment les médecins interviewés, malgré la fermeture des lits de médecine, les hôpitaux de proximité de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles ont vu leurs lits de soins palliatifs maintenus. Cela s'explique par les directives du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (29), qui invite au développement des prises en charge de proximité mais également à la formation des professionnels de santé. Les hôpitaux de proximité sont naturellement un lieu d'hospitalisation à privilégier pour les personnes en phase palliative. Ils apportent, par leur localisation à proximité du domicile familial et la continuité médicale assurée par le médecin généraliste, confort et réassurance aux patients en soins palliatifs.

Sur le territoire sud Manche, le maillage en soins palliatifs repose sur les hôpitaux de proximité de Mortain, Saint-James et Villedieu-Les-Poêles ainsi que sur l'équipe mobile de soins palliatifs du CHAG. La collaboration entre le centre hospitalier pivot et les acteurs de santé des hôpitaux périphériques est importante, source d'une meilleure coordination et d'une harmonisation des pratiques. En effet, pour les médecins généralistes libéraux intervenant en hôpital de proximité, cela implique un devoir de formation en soins palliatifs, déjà initié au vu des qualifications des médecins interviewés lors de l'étude (DU de soins palliatifs, de la douleur, de gériatrie...). La présence d'un médecin coordinateur sur l'hôpital de proximité et l'organisation de staffs pluridisciplinaires contribuent également à l'amélioration du réseau de soins palliatifs sur le territoire.

Cependant, pour aller dans la continuité de l'offre en soins palliatifs des hôpitaux de proximité, le développement de l'HAD est indispensable. En effet, d'après le résultat d'un sondage IFOP de 2016 (30), 85 % des français souhaitent finir les derniers instants de leur vie à domicile. Or en France, seules 1/4 des prises en charge en HAD étaient palliatives selon le rapport d'activité de 2016 du FNEHAD. (7) Sur le territoire du GHT Mont Saint-Michel, l'HAD a un vrai potentiel de développement d'activité en lien avec le vieillissement des populations. Actuellement, elle est assurée par l'équipe du CHAG et ne comporte que 20 places. Les hôpitaux de proximité de Mortain et de Villedieu-Les-Poêles n'ont pas d'HAD propre mais voient leur HAD assuré par le CH de Vire qui n'est pas membre du même GHT. Ces éléments mettent en évidence un manque de cohérence quant à la capacité et à la répartition de l'HAD sur le territoire. L'offre de soins de proximité pourrait donc être améliorée en développant l'HAD sur les hôpitaux de proximité.

Le rôle du médecin généraliste en tant que libéral et intervenant à l'hôpital de proximité prend tout son sens dans les prises en charge palliatives, en favorisant l'hôpital de proximité et l'HAD.

3.3. Les conditions de travail des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité :

Dans les territoires connaissant des difficultés de démographie médicale, les hôpitaux de proximité s'exposent à un risque réel de fermeture, faute de ne disposer à terme, de médecins généralistes. Rendre attractif l'exercice en hôpital de proximité est primordial. Pour cela, il faut prendre en considération les aspects positifs de cet exercice mais également négatifs.

Les médecins de notre étude interpellent sur leurs conditions de travail, les considérant comme un obstacle à la poursuite de leur exercice hospitalier. En effet, leur statut à l'hôpital de proximité n'est que peu reconnu. Le statut de praticien hospitalier contractuel à temps partiel offre la possibilité de concilier exercice hospitalier salarié et exercice libéral, et ce de manière efficiente. Mais le nombre de postes est restreint. Pour les médecins généralistes intervenant à l'hôpital de proximité à titre libéral, les interventions sont chronophages et la rémunération inadaptée. Le déplacement n'est pas pris en compte et la consultation est minorée. Il

est donc compréhensible qu'en termes de temps et d'argent, les médecins généralistes libéraux privilégient leur exercice en cabinet libéral.

Pour favoriser le recrutement, existe déjà, le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) (31) destiné à tous les médecins exerçant une activité libérale coordonnée en zone sous dotée. Cette aide annuelle encourage les médecins à s'impliquer dans le parcours coordonné du patient sur le territoire mais également à intervenir à titre libéral au sein des hôpitaux de proximité. Elle soutient également l'activité de formation des futurs médecins au sein des cabinets libéraux dans le but d'inciter à l'installation sur le territoire.

Cependant, cette aide reste insuffisante. Les médecins interviewés souhaitent la création d'un contrat d'exercice spécialisé du médecin généraliste libéral intervenant en hôpital de proximité. Ce contrat donnerait l'impulsion nécessaire à promouvoir ce double exercice et revaloriserait les interventions des médecins généralistes à l'hôpital de proximité. L'augmentation de la rémunération des interventions, au même titre que celles réalisées en libéral, la prise en compte du déplacement et du caractère chronophage de cet exercice sont autant de pistes d'amélioration à suivre.

De plus, la charge de travail importante et la contrainte de la permanence de soins, conséquences directes d'un effectif insuffisant, ternissent ce double exercice. Le recrutement de nouveaux médecins généralistes est impératif mais il s'avère difficile. Pourtant l'hôpital de proximité est présenté comme facteur d'attractivité des médecins généralistes. (32) Les études laissent paraître que la création des regroupements pluri professionnels est plus importante au sein des villes où se situe un hôpital de proximité, et les aides à l'installation des médecins généralistes libéraux en zone médicalement déficitaire sont multiples. (33)

Faire naître l'envie d'exercer en hôpital de proximité, passe par l'expérimentation. Or, la formation des internes en médecine générale à ce double exercice est limitée et ce, malgré les propositions d'aménagement de terrains de stage par l'AGHL.(34) L'exemple rare de la création d'un terrain de stage d'interne en médecine générale en hôpital de proximité en Mayenne est pourtant perçu comme bénéfique. (35) Les échanges entre l'interne et l'hôpital de proximité sont nécessaires, respectivement, à sa formation et à la consolidation des équipes soignantes. Mais les considérations économiques et le fonctionnement des hôpitaux de proximité limitent ces stages. La rémunération de l'interne incombe à l'hôpital de

proximité, déjà en déficit financier et l'intervention à l'acte des médecins généralistes libéraux ne peut garantir l'accompagnement continu de l'interne en stage à l'hôpital de proximité.

Le stage de SASPAS de l'interne en médecine générale semble être un compromis propice à cet apprentissage. Il permet aux internes de découvrir l'importance du lien ville-hôpital de proximité. Les médecins interviewés, en majorité maîtres de stage, confortent la nécessité de recevoir des externes et des internes en médecine générale au sein de leur PSLA. L'un d'eux fait part d'une réflexion engagée avec la faculté de médecine de Caen, quant à la création d'une nouvelle maquette de stage de l'interne en SASPAS. Celle-ci serait multi-site, les impliquant en PSLA et davantage à l'hôpital de proximité.

De plus, la participation à la permanence de soins lors du SASPAS peut être envisagée comme moyen de formation, à l'image d'une étude menée dans le Val de Marne en 2013. (36) Celle-ci montre que la participation à la permanence de soins des internes de médecine générale pendant leur SASPAS leur fait acquérir l'autonomie nécessaire à leur pratique libérale future. Il semble donc intéressant, sous réserve d'une doublure des gardes et astreintes par leur maître de stage, d'intégrer les internes à la permanence de soins et ainsi renforcer la ligne de gardes.

En conclusion, la revalorisation du statut et des interventions des médecins généralistes à l'hôpital de proximité ne peut qu'être bénéfique pour le territoire. Elle sert l'attractivité de ce double exercice et contribue à l'installation de nouveaux médecins généralistes. Le SASPAS est également essentiel pour faire connaître ce double exercice aux internes en médecine générale et leur permettre de s'y projeter.

3.4. La création du GHT : quelle place pour le médecin généraliste libéral ?

La création du GHT, réforme hospitalo-centrée, semblait initialement ne pas atteindre l'exercice des médecins généralistes libéraux. Elle concernait l'ensemble des établissements de santé publics du territoire, les invitant à renforcer leurs interactions. Cependant, l'hôpital de proximité, les médecins généralistes se sont retrouvés au cœur du GHT par le biais de leur exercice en hôpital de proximité.

L'élaboration du projet médical partagé du GHT Mont Saint-Michel a rassemblé l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Quatre des médecins

des PSLA de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles y ont participé du fait de leurs fonctions représentatives dans les instances des hôpitaux de proximité (CME, coordination, qualité...). Ils ont ainsi pu représenter l'hôpital de proximité mais également la filière de soin de premier recours, dont ils restent le pilier.

En effet, associer un exercice en hôpital de proximité à leur exercice libéral, renforce leur rôle d'interlocuteur privilégié auprès des populations. Ce double exercice est valorisé par la Cour des Comptes qui le reconnaît comme facteur d'efficacité dans la coordination du parcours du patient. (37) Cela est confirmé par les médecins interviewés. Le médecin généraliste, par son double exercice, scelle cette indivisibilité de l'exercice médical et participe à la dynamique d'échange et de partage véhiculée par le GHT.

Cette dernière influe donc sur la filière de premier recours et fait naître des projets communs avec les structures de soins ambulatoires.

Par exemple, comme le permet la LMSS, il est possible d'associer une structure de soins ambulatoire au sein du GHT. C'est ce que souligne au cours d'une interview, l'un des médecins généralistes du PSLA de Villedieu-Les-Poêles qui évoque la possibilité d'intégrer le PSLA au GHT Mont Saint-Michel. Cela permettrait de renforcer l'alliance entre PSLA et hôpital de proximité mais également avec les autres centres hospitaliers du territoire.

D'autres GHT se dirigent dans cette direction comme le GHT des Deux-Sèvres qui invite l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux dont les professionnels de santé libéraux à rejoindre le GHT afin de le transformer en groupement de santé de territoire. (38)

De plus, le GHT pourrait encourager la création de PSLA sur le territoire en proposant un soutien à la création. Il pourrait s'agir, par exemple, de partager les ressources, en mettant à disposition des locaux ou un soutien administratif. La présence de nouveaux praticiens en PSLA sur le territoire serait favorable au développement de réseaux de soins.

Le développement de réseaux de soins au sein du GHT est incontournable. Les praticiens généralistes sont souvent confrontés à des difficultés pour contacter les spécialistes. L'amélioration de la communication est un élément clé à une bonne coordination, rendant les adressages des patients plus pertinents. La diffusion de la télé-médecine au sein du GHT est intéressante à ce titre.

Autre preuve d'une volonté d'interaction ville-GHT, la création d'une plateforme d'appui territorial. Bien qu'elle résulte de l'initiative des médecins généralistes de PSLA, l'ensemble des praticiens du territoire sud Manche en bénéficie. De plus, le GHT Mont Saint-Michel joue le rôle de support administratif de cette PTA.

Reste la question de la permanence médicale, particulièrement préoccupante devant une offre libérale limitée. La présence médicale de proximité, représentée par les médecins généralistes libéraux, permet d'assurer le bon niveau de réponse aux besoins de santé sur le territoire. En découle, des passages aux urgences et des hospitalisations limitées sur le centre hospitalier pivot. Cependant, son maintien est difficile faute de recrutement. Les solutions apportées par le développement d'outils numérique de santé sont en cours d'essai.

En conclusion, le médecin généraliste s'implique de façon naturelle et efficace au sein du GHT en jouant de ses fonctions libérales et hospitalières. Son double exercice le place au centre du GHT et lui donne accès à des projets collaboratifs, facteur motivant à la poursuite de son exercice en hôpital de proximité. De cette façon, il contribue au bon fonctionnement en réseau du GHT.

3.5. Développement d'outils numériques de santé :

L'utilisation d'outils numériques au service de la santé tend à se diffuser. Qu'ils s'agissent du plan « Territoires de soins numériques », (39) de la relance du dossier médical partagé ou des projets de télémédecine, tous visent à la modernisation et à l'efficacité du système de santé. Les médecins interviewés attendent beaucoup de l'utilisation de ces outils numériques, facilitant la communication entre professionnels de santé.

Le déploiement de la télémédecine, visé par le pacte santé et territoire de 2015-2017 (40) est en cours. La télémédecine ouvre de nouvelles perspectives d'échanges entre professionnels de santé du territoire et propose différentes alternatives concourant à l'amélioration de la qualité des soins. En effet, elle offre la possibilité de consultations avancées et d'avis spécialisés à distance mais donne également accès à la téléassistance. Son utilisation en zone sous-médicalisée est un atout qu'ont souligné les médecins interviewés. D'autres fonctions peuvent lui être attribuées comme la mutualisation des lignes de gardes et astreintes grâce à la

réalisation de téléconsultations ou télé expertises la nuit, les week-ends et jours férié. Cette collaboration entre professionnels de santé, à l'initiative du centre hospitalier « pivot » permet de parer au manque de spécialistes et contribue à la mise en place d'un parcours de soins coordonné et gradué.

Suite au lancement, en avril 2017, de l'appel à projet « développement des activités de télémédecine en EHPAD », (41) l'ARS de Normandie a désigné 6 établissements porteurs du projet. Le groupement de coopération sociale et médico-sociale du sud Manche (GCSMS) regroupant les EHPAD de Saint-James, Villedieu-Les-Poêles, Mortain, la Haye-Pesnel, Ducey et Pontorson a été retenu. L'objectif est de faciliter les avis médicaux à distance, d'éviter un déplacement aux résidents âgés et de permettre un diagnostic médical précoce afin de limiter les passages aux urgences des personnes âgées. Le GCSMS sud Manche, membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) en télésanté de Basse-Normandie avait déjà initiée l'utilisation de la télémédecine au sein des EHPAD dans la prise en charge dermatologique des plaies complexes. (42) Les médecins généralistes, invités à s'y former, concourent à étendre son utilisation dans les hôpitaux de proximité et en PSLA, à l'image des médecins interviewés. L'alliance des établissements de santé du GHT, et notamment le CHU référent, doit servir la diffusion de la télémédecine et ainsi améliorer la qualité des soins. La télémédecine, en réalisant des actes à distance, devient ainsi un élément clé du plan de lutte contre la désertification médicale.

Ensuite, la LMSS crée la notion de « Plateforme Territoriale d'Appui aux situations complexes » (PTA), (43) dispositif innovant mis en avant par l'un des médecins interviewés. Les PTA sont destinés à venir en aide aux professionnels de santé de premier recours en leur fournissant une réponse harmonisée et adaptée aux prises en charge complexes. Elles permettent aux médecins généralistes d'obtenir un soutien à l'organisation du parcours du patient en tenant compte des difficultés médicale et sociale. La présence d'un médecin « régulateur » de territoire via un numéro unique facilite les appels entre les professionnels de santé. Selon l'ARS, 7 projets de PTA sont financés actuellement sur la région Normandie, et couvriront 34 % du territoire. (44) Sur le sud Manche, le projet de PTA est porté par le PSLA de Villedieu-Les-Poêles. Cette plateforme vise donc à optimiser l'utilisation des dispositifs médico-sociaux et sanitaires existants sur le territoire (réseaux de

santé, MAIA, CLIC, maisons et centres de santé, structures d'hospitalisation à domicile...) en facilitant la communication entre professionnels de santé.

Enfin, le dossier médical partagé (45) est devenu selon les médecins interviewés, un outil indispensable pour assurer coordination, continuité et qualité des soins entre les différents professionnels de santé, et ce, malgré le caractère chronophage de son utilisation. (46) Il donne accès, de manière sécurisée, au dossier médical numérique du patient. Seuls le patient et les professionnels de santé habilités sont autorisés à le consulter et à l'alimenter. Les éléments qu'il contient, permettent aux professionnels de santé, une amélioration de la prise en charge du patient et de la coordination des soins. À l'heure actuelle, le DMP se déploie au sein du GHT Mont Saint-Michel et sa généralisation en France est prévue fin 2018. Le projet e-Santé 2020 de juillet 2016, (47) poursuit cet objectif de numérisation de la santé et souhaite accompagner les acteurs du système de soins dans le virage numérique.

Ces projets en cours de développement sur le territoire sud Manche entrent dans l'esprit collaboratif du GHT et mettent en valeur l'exercice mixte des médecins généralistes libéraux.

CONCLUSION GENERALE

L'hôpital de proximité, en tant que facteur d'attractivité médicale et maillon structurant du parcours de soins gériatrique, est indispensable face aux enjeux de santé du territoire sud Manche. Son fonctionnement, reposant sur les interventions des médecins généralistes libéraux, l'étude avait pour but de mettre en lumière leurs motivations à y exercer et les freins qu'ils y rencontrent, afin pérenniser cette offre de soins de proximité.

Les médecins généralistes libéraux de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles offrent par leur double exercice un parcours de soin efficace et humain. Le lien ville-hôpital de proximité qu'ils entretiennent est un atout en termes de continuité, de coordination et de proximité des soins. Leur exercice en hôpital de proximité leur permet de répondre aux besoins des populations âgées, en s'appuyant sur les services de médecine, de soins palliatifs et de soins de suite et de réadaptation. De plus, il contribue à leur confort d'exercice en apportant une plus-value à leur exercice libéral et en assouvissant leur volonté d'un travail collaboratif.

Cependant, la tendance actuelle est à la modification du fonctionnement des hôpitaux de proximité, justifiée par une politique d'économie de santé. Sur le territoire sud Manche, les hôpitaux de proximité tendent vers la fermeture des lits de médecine. Les conséquences en sont une altération de l'offre de soins de proximité et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux. L'obligation de recourir au centre hospitalier référent via les urgences et la diminution des moyens humains et techniques de proximité, sont délétères pour le parcours de soins des patients. De plus, les conditions d'exercice des médecins généralistes, faits d'une charge de travail importante, d'un statut et d'une rémunération peu valorisants, sont source de désengagement des médecins généralistes.

L'attention à porter aux propositions de valorisation de l'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité est primordiale. Les médecins interviewés, désireux de pérenniser cette offre de soins de proximité, laissent entrevoir des pistes de réflexion.

Afin de favoriser l'attractivité de l'hôpital de proximité, il faut redorer l'image de l'exercice hospitalier des médecins généralistes libéraux, par la création d'un statut spécialisé et une rémunération adéquate. La poursuite de la formation des nouvelles

générations de médecins à cet exercice par le biais du SASPAS est également une opportunité de recrutement futur.

De plus, la naissance des GHT pousse les professionnels de santé dans une dynamique collaborative. Les médecins généralistes des PSLA de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles aspirent à l'amélioration des interactions entre les PSLA et les hôpitaux du GHT Mont Saint-Michel. En tant qu'acteurs privilégiés du lien ville-hôpital, ils souhaitent favoriser le développement de réseaux de soins et les échanges entre professionnels de santé du territoire en s'appuyant sur le partage d'outils numériques. Cette cohésion territoriale fluidifie le parcours de soins du patient en améliorant la communication entre professionnels de santé. Ces perspectives d'amélioration, offertes aux médecins généralistes libéraux, motivent la poursuite de leur double exercice.

En ayant conscience que cette étude soit limitée au territoire sud Manche, elle met en lumière un lien nouveau « ville-hôpital de proximité-GHT », qui pourrait s'appliquer à d'autres territoires. L'exploiter est peut-être le chemin pour assurer l'avenir de l'offre de soins de proximité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique. Loi de Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, version en vigueur du 29 mars 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
2. Code la santé publique. Loi de Modernisation de Notre Système de Santé du 26 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
3. Code de la santé publique. Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
4. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Soins de suite et de réadaptation. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>
6. Haute Autorité de Santé. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
7. FNEHAD. Rapport-annuel d'activité 2015-2016. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/>
8. Fédération des hôpitaux de France. Conseil de l'Ordre des Médecins - Contrat type portant sur les conditions d'intervention des médecins libéraux en centre hospitalier. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
9. Code de la santé publique. Article L6146-2, modifié par Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 - Relatif à l'organisation interne des établissements publics de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
10. Code de la santé publique. Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence de soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
11. Code de la santé publique. Décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

12. Code de la santé publique. Article L6146-6 du 23 juillet 2009 relatif à l'organisation des soins et au fonctionnement médical des établissements de santé publics. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
13. Code la santé publique. Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
14. Code de la santé publique. Arrêté du 28 mars 2011 relatif à l'indemnisation forfaitaire des médecins exerçant à titre libéral admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé prévue à l'article R. 6146-23. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
15. Code de la santé publique. Article R6152-403, modifié par Décret n°2010-1137 du 29 septembre 2010, relatif au recrutement des praticiens hospitaliers en établissements de santé publics. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
16. Code de la santé publique. Article L6323-4, version en vigueur au 26 janvier 2016 relatif aux pôles de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
17. Code de la santé publique. Article L6323-3, version en vigueur au 28 janvier 2016 relatif aux maisons de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
18. Code de la santé publique. Article L6323-1, version en vigueur du 28 janvier 2016 au 1 avril 2018, relatif aux centres de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
19. Code de la santé publique. Article L6112-1, version en vigueur au 28 janvier 2016, relatif aux missions des établissements de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
20. Code de la santé publique. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
21. Groupement hospitalier de territoire. Convention constitutive – Région Normandie, Territoire sud manche. Juin 2016.
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte territoire sante 2012. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
23. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction N°DGOS/R2/R5/2014/222 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://solidarites-sante.gouv.fr/>
24. Cour des comptes. Rapport annuel du Centre Hospitalier d'Avranches-Granville de 2016. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/>
 25. OCDE. Études économiques de l'OCDE - Synthèse Mars 2015. Disponible sur: <http://www.oecd.org/>
 26. Depinoy D. Faut-il réouvrir des lits de médecine dans tous les hôpitaux de proximité ? Finances hospitalières - octobre 2013.
 27. CHRU Nancy. Newsletter 739 - 2014 Création de l'unité de gériatrie d'entrées directes. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/>
 28. ANAP. Cercle Thématique Urgences - Entrées directes en gériatrie sans passage aux urgences au Centre Hospitalier de Niort - 2017. Disponible sur : <http://urgences.anap.fr/>
 29. Ministère des affaires sociales et de la santé. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
 30. IFOP. Le regard des Français sur la fin de vie - Sondage 2014. Disponible sur : <http://www.ifop.com/>
 31. Assurance Maladie Eure. Contrat de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM) 2017 Disponible sur: <https://www.ameli.fr/>
 32. Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie. Schéma régional d'organisation sanitaire - Juin 2014. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/>
 33. Syndicat des médecins généralistes de France. Installation en zones déficitaires : les aides possibles. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/>
 34. Association nationale des médecins généralistes des hôpitaux. Recevoir un interne en centre hospitalier local. 2014. Disponible sur : <http://www.anchl.fr/>
 35. Haut Anjou actualité. Hôpital Craon/Renazé : une interne dans les locaux. Disponible sur: <http://www.hautanjou.com/>
 36. Sandy U. Participation des internes en SASPAS à la permanence de soins dans les SAMI du Val de Marne. Thèse d'exercice 2014. Université Paris est Créteil.
 37. Cour des comptes. Extrait du rapport public annuel 2013 sur l'avenir des hôpitaux locaux. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/>

38. Gaëlle Desgrées du Loû. Les Deux-Sèvres innovent avec un GHT ouvert aux libéraux. Techniques hospitalières n°765 août, septembre, octobre 2017.
39. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instruction DGOS 2014/234 du 23 juillet 2014 relative à l'appel d'offre PREPS spécifique pour évaluer les usages et les impacts du programme Territoire de Soins Numérique. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/>
40. Code de la santé publique. Article. L.6316-1 Télémédecine. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
41. Agence Régionale de la Santé Normandie - Communiqué de presse - Appel à projet sur le développement des activités de télémédecine en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Normandie - Avril 2017. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/>
42. Télésanté Basse-Normandie. Domoplaie - service de télémédecine interrégional appliqué aux plaies complexes – Thérap-e – Association TELAP. Disponible sur : <http://www.telesante-basse-normandie.fr/>
43. Code de la santé publique. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
44. Agence Régionale de santé Normandie. Déploiement de sept plates-formes territoriales d'appui en Normandie pour une meilleure prise en charge des patients. Juillet 2017. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/>
45. Code la santé publique. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
46. Enouf S. Obstacles au déploiement généralisé du dossier médical partagé : enquête auprès des médecins généralistes de la Manche. Thèse d'exercice 2016. Université de Caen Normandie.
47. Agence Régionale de la Santé. Stratégie E-Santé 2020 - Janvier 2017. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/>
48. De Gaye C. L'hôpital de proximité, un maillon structurant du parcours de santé. Techniques hospitalières. Octobre 2017.
49. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory : pour innover. Recherches qualitatives. 2006

50. Simon P. Des pratiques de télémédecine pour structurer le projet médical partagé d'un groupement hospitalier de territoire. European Research in Telemedicine. Septembre 2016.
51. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. Dossier thématique de Santé Publique. Février 2017.
52. Calvez C. Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Dossier Documentaire 2018. Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/>
53. Haut Conseil de la Santé Publique. Groupements hospitaliers de territoires et santé publique. Mars 2017. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/>
54. Berthelot C. Ressenti des professionnels libéraux d'un pôle de santé pluri professionnel sur l'hôpital de proximité. [Thèse d'exercice]. Université de Rennes. 2016.
55. Bertrand J. Attentes des professionnels de santé intégrant un pôle de santé associé à un Hôpital local (Mayenne, 53). [Thèse d'exercice]. Université d'Angers. 2013.
56. Deschamps L-M. Collaboration entre hôpital local et maison de santé pluridisciplinaire. [Thèse d'exercice]. Université de Franche-Comté. 2011.
57. Gerbaud J. L'hôpital local a-t-il un intérêt pour attirer les médecins généralistes en zone rurale ? [Thèse d'exercice]. Université européenne de Bretagne ; 2014.
58. Leroy G. Médecins généralistes et hôpital local, une ambiguïté structurelle ? Enquête auprès de 3 hôpitaux locaux : Antrain, Bain de Bretagne, Janzé. [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1 ; 2006.

ANNEXE 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Nous allons réaliser un entretien concernant votre exercice de médecin généraliste de pôle de santé libéral ambulatoire à l'hôpital de proximité. Je vais donc vous poser plusieurs questions auxquelles vous pouvez choisir de répondre ou non. Mon objectif n'est pas de vous juger, aussi il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ces questions sont volontairement larges pour vous laisser répondre ce que vous souhaitez sans vous influencer ; aussi, répondez le plus spontanément et le plus sincèrement possible. Avant de commencer, avez-vous des questions ?

- Consentement de l'interviewé à l'enregistrement audio de l'entretien
- Caractéristiques de l'interviewé :

Sexe / Age

Lieu d'exercice

Année d'installation en PSLA / Année de début d'exercice en hôpital de proximité :

Autre(s) qualification(s)

- Questions ouvertes :

- 1 - Pouvez-vous me décrire votre activité au sein de l'hôpital de proximité ?
- 2 - Qu'est-ce qui, dans votre parcours, vous a mené à y exercer ?
- 3 - Quelles sont vos motivations à y exercer ?
- 4 – Quelles contraintes rencontrez-vous dans votre exercice à l'hôpital de proximité ?
- 5 – Qu'est-ce que vous apporte votre exercice en hôpital de proximité ?
- 6 - Que pensez-vous de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016 concernant l'intégration des hôpitaux de proximité au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) ?
- 7 - Quel(s) impact(s) a eu cette loi sur votre double exercice ?
- 8 - Comment, selon vous, l'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité évoluera ? (Auriez-vous des souhaits / propositions ?)
- 9 - Comment serait-il possible de maintenir l'exercice des médecins généralistes de PSLA à l'hôpital de proximité ?

ANNEXE 2 : Encodage des entretiens

Tableau 2: Encodage des entretiens :

	Codes	Entretiens									
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
M o t i v a t i o n s	Travailler en équipe	*	*		*	*		*	*	*	
	Exercice à l'hôpital de proximité complémentaire à la médecine de ville	*	*	*	*		*				*
	Rapidité et facilité d'accès à l'hôpital de proximité	*	*	*	*		*	*	*		
	Amélioration du parcours de soins du patient	*	*	*	*	*		*	*	*	*
	Intérêt de la proximité de l'hôpital pour le patient et sa famille	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Confort d'exercice du médecin libéral	*				*		*	*		
	Prise en charge sociale facilitée	*	*						*		
	Relation de confiance patient-médecin renforcée	*	*	*	*	*		*			
	Qualité de soins proposés au patient à l'hôpital de proximité	*	*	*	*		*	*	*	*	*
	Diversification de l'exercice médical	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Présence de lits de soins palliatifs	*		*	*		*	*	*	*	
	Favoriser le développement de réseaux de professionnels de santé sur le territoire	*	*		*				*		
	Travail intéressant intellectuellement	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Collaboration avec d'autres professionnels de santé sur le territoire / échanges de pratiques	*	*		*			*	*		
	Présence de consultations avancées de spécialistes	*	*		*				*		*
	Proximité du pôle de santé et de l'hôpital de proximité	*		*				*			
	Eviter un passage du patient aux urgences	*	*	*	*		*		*		
	Désengorger les urgences de l'hôpital référent	*			*						
	Prise en charge globale du patient âgé	*	*		*				*		
	Exercice à l'hôpital de proximité valorisant	*	*	*	*					*	
	Epanouissement professionnel		*	*	*						
	Eviter les situations d'épuisement / Soutien de l'équipe hospitalière	*	*		*						
	Maintenir un maillage territorial hospitalier de proximité		*		*						
	Réalisation d'entrées directes	*	*	*	*		*	*	*		
	Transmettre cet exercice aux internes de médecine générale			*	*					*	
	Présence de lits de médecine	*	*	*	*		*		*		
Rigueur hospitalière		*					*				
Gain de temps dans la coordination des soins				*							
Favoriser le lien ville-hôpital de proximité				*					*	*	
Suivi du patient amélioré	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
"Aimer le travail hospitalier"	*			*		*					
Economies de santé								*			
Opportunité de formation médicale								*			
Sauvegarde de l'hôpital de proximité	*	*		*	*		*	*	*	*	
F e i n s	Diminution du personnel soignant	*	*	*	*	*	*	*	*		
	Difficulté de recrutement de médecins pour assurer la permanence de soins	*	*		*			*			
	Effectif insuffisant pour effectuer la permanence de soins	*	*						*	*	
	Permanence de soins contraignante	*	*		*	*		*	*	*	
	Fermeture des lits de médecine	*	*	*	*	*	*	*	*		
	Diminution de l'intérêt intellectuel par la fermeture des lits de médecine	*		*							
	Travail à l'hôpital de proximité chronophage	*	*		*	*	*		*	*	
	Diminution de la facilité d'accès à l'hospitalisation	*	*	*	*		*				
	Diminution de la rapidité d'accès à l'hôpital de proximité	*	*	*	*		*				
	Nécessité de recourir aux urgences de l'hôpital référent	*	*	*	*	*	*	*			
	Inquiétudes du "Faire plus avec moins de moyens"	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Désengagement des médecins généralistes	*		*		*		*		*	
	Peur de l'avenir de l'hôpital de proximité	*	*	*	*	*	*	*	*		
	Modification du statut du médecin généraliste à l'hôpital de proximité	*		*	*			*			
	Manque d'intérêt des nouvelles générations de médecins généralistes	*									
	Rémunération inadéquate	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
P o p o s i t i o n s	Restrictions économiques et manque de moyens	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	Epuisement des médecins généralistes	*	*							*	
	Evolution vers un EHPAD			*		*	*	*			
	Arrêt des entrées directes	*	*	*	*	*	*	*	*		
	Améliorer le système de permanence des soins : répartition et recrutement des médecins généralistes	*	*		*						
	Revalorisation de la rémunération		*	*	*	*		*	*	*	
	Création d'un contrat d'exercice spécialisé		*		*	*		*		*	
	Intégration des PSLA liés à l'hôpital de proximité au GHT				*						
	Développer les stages des internes de médecine générale à l'hôpital de proximité	*		*	*			*		*	
	Réévaluer les critères d'admission des patients en hôpital de proximité				*	*					
Renforcer le lien entre les professionnels de santé du territoire	*	*		*			*	*			
Développement du dossier médical partagé				*				*	*		
Développement de la télé-médecine				*				*	*		
Revaloriser l'exercice des médecins généralistes à l'hôpital de proximité auprès des populations									*		
Mise en place d'une plateforme territoriale d'appui				*							
Développement de réseaux de soins territoriaux	*	*		*			*	*			

ANNEXE 3 : Regroupement des codes

1. Motivations des interviewés à exercer en hôpital de proximité :

- **Pour l'exercice du médecin généraliste :**
 - Travailler en équipe
 - Complémentarité de l'exercice hôpital de proximité-ville
 - Proximité des lieux d'exercice et du lieu de vie
 - Diversification de l'exercice médical
 - Autonomie et gain de temps
 - Intérêt intellectuel et formation médicale continue
 - Pouvoir transmettre cet exercice aux internes en médecine générale
 - Valorisation de l'exercice du médecin généraliste
 - Retour aux sources
 - Confort d'exercice
- **Pour l'amélioration du parcours de soins du patient :**
 - Fonction de premier recours :
 - ✓ Facilité et rapidité d'accès à l'hospitalisation :
 - ✓ Entrées directes
 - ✓ Proximité de l'hôpital
 - Prise en charge globale du patient :
 - ✓ Relation de confiance patient-médecin renforcée
 - ✓ Présence de lits de médecine
 - ✓ Présence de lits de soins palliatifs
 - ✓ Prise en charge sociale facilitée
 - Continuité des soins
 - Coordination des soins :
 - ✓ Consultations avancées
 - ✓ Eviter un passage aux urgences
 - Qualité des soins
- **Pour être un atout sur le territoire sud manche :**
 - Le médecin généraliste, acteur du GHT ?
 - Lien avec le centre hospitalier référent Avranches-Granville
 - Développement des réseaux de professionnels de santé
 - Maillage médical du territoire et sauvegarde des hôpitaux de proximité
 - Collaboration entre professionnels de santé et échanges de pratiques
 - Mutualisation des moyens et économie de santé

2. Les freins des médecins interviewés à exercer en hôpital de proximité :

- **Les conditions d'exercice des médecins de PSLA en hôpital de proximité :**

- Un exercice chronophage
- La permanence de soins
- La rémunération
- **La restructuration des hôpitaux de proximité :**
 - Fermeture des services de médecine au profit des services de SSR :
 - ✓ Arrêt des entrées directes
 - ✓ Modification des critères d'admission en hôpital de proximité
 - ✓ Diminution des moyens humains et techniques
 - Altération du parcours de soins du patient
- **Les incertitudes quant au devenir des hôpitaux de proximité :**
 - « Faire plus avec moins de moyens » ?
 - Maintien du statut du médecin généraliste à l'hôpital de proximité ?
 - Epuisement et désengagement des médecins généralistes
 - Avenir des hôpitaux de proximité ?
- **La modification de l'offre de soins sur le territoire sud manche :**
 - Modification de la répartition des lits de médecine
 - Engorgement des urgences

3. Les propositions des médecins interviewés pour pérenniser leur exercice en hôpital de proximité :

- **Amélioration des conditions d'exercice des médecins généralistes en hôpital de proximité :**
 - Revalorisation de la rémunération
 - Modification du système de permanence de soins
 - Revalorisation de l'exercice auprès des populations
- **Promouvoir l'exercice des médecins généralistes libéraux**
- **La création du GHT Mont Saint-Michel : une opportunité pour le médecin généraliste ? :**
 - Utilisation d'outils communs
 - Développement de réseaux de soins
 - Renforcer les liens entre professionnels de santé
 - Création d'une Plateforme Territoriale d'Appui
 - Projet d'intégration des PSLA au GHT

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THESE :

MOTIVATIONS ET FREINS DES MEDECINS GENERALISTES DE POLES DE SANTE LIBERAUX ET AMBULATOIRES DANS LEUR EXERCICE EN HOPITAL DE PROXIMITE SUR LE TERRITOIRE SUD MANCHE

RESUME :

Introduction : L'hôpital de proximité est un atout dans le paysage gériatrique et le maintien d'un maillage médical satisfaisant. Face au vieillissement des populations et à la désertification médicale, sa sauvegarde est indispensable. Son fonctionnement reposant sur l'exercice des médecins généralistes libéraux, l'objectif de ce travail était d'identifier leurs motivations et les freins à y exercer.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menés de novembre 2017 à janvier 2018 auprès des médecins généralistes des pôles de santé de Saint-James et de Villedieu-Les-Poêles exerçant dans les hôpitaux de proximité de ces mêmes villes.

Résultats : 10 entretiens ont été réalisés. L'exercice en hôpital de proximité était complémentaire de leur exercice en PSLA. Il améliorait la coordination et la continuité des soins du patient. La présence des services de médecine et de soins palliatifs participait à la qualité de l'offre de soins de proximité. Cependant, les conditions d'exercice et la fermeture des lits de médecine étaient des obstacles à la poursuite de l'exercice des médecins à l'hôpital. La création du GHT, impliquait les interviewés dans une dynamique positive, tournée vers le développement des réseaux de soins et la collaboration entre professionnels de santé.

Conclusion : L'exercice des médecins généralistes libéraux à l'hôpital de proximité contribue à sa survie. Il doit être revalorisé pour être gage d'attractivité médicale. Les freins identifiés doivent porter à réflexion pour assurer l'avenir de cette offre de soins de proximité. La création du GHT offre de nouvelles perspectives d'amélioration du parcours du patient.

MOTS CLES :

Hôpital de proximité ; pôle de santé libéral et ambulatoire ; exercice du médecin généraliste ; groupement hospitalier de territoire ; parcours de soins.