

HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Autour de l'hôpital de proximité, une nouvelle gestion des compétences de l'hôpital

La réforme des Hôpitaux de proximité (HdP) est intimement liée à des questions de ressources humaines, au point de définir un avant et un après dans l'organisation de l'hôpital. L'objectif est donc de comprendre en quoi la restructuration des soins de premiers recours doit modifier la gestion des compétences des HdP. Afin d'appréhender l'ensemble des changements liés aux HdP, nous nous appuyons ici sur les modifications déjà existantes, les projets en cours de mise en œuvre et les projets en cours de débats.

Pierre DAGEN

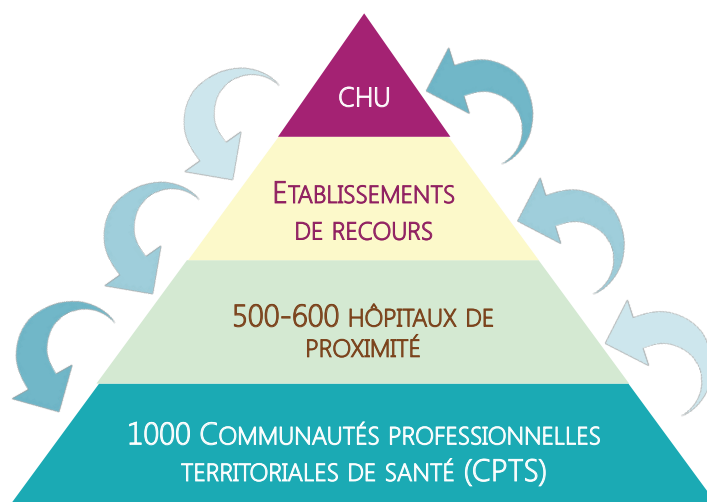
Associate manager GovHe

Céline BRUELLE

Consultante GovHe

LE RENOUVEAU DU FONCTIONNEMENT EN ÉQUIPE : L'INTÉGRATION D'ACTEURS EXTÉRIEURS

Figure 1. Objectif de structuration de l'offre territoriale en 2020-2022



L'HdP est au centre de la restructuration des soins de premier recours. Un hôpital de proximité vient ainsi tout d'abord organiser un nouveau fonctionnement avec les acteurs de la ville.

Préparer une place pour les CPTS dans la gouvernance des HdP

Au centre de ces acteurs, se trouve les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui rassemblent les professionnels libéraux d'un territoire. Elles possèdent quatre missions obligatoires dont celles de la coordination de parcours de santé territoriaux. Elles représentent les interlocuteurs privilégiés des établissements pour la coordination des prises en charge ville/hôpital et permettent de centraliser les prises en charge de ville du territoire. En juin 2018, l'IGAS en comptait 200 en France. L'objectif est à présent de les placer au centre de la structuration des soins de premiers recours, en parallèle des HdP.

Dans cet objectif, les CPTS auraient un rôle majeur auprès des HdP, et pourraient être intégrées à la gouvernance des hôpitaux de proximité : les représentants des CPTS participeraient aux CME et aux conseils de surveillances des établissements.

Les modalités de cette intégration ne sont pas encore connues mais posent déjà plusieurs questions : quels rôles pourront avoir les CPTS dans ces instances ? Quelles modalités de rémunérations du temps des membres des CPTS ? Quelle sera l'acceptation de la part des membres de l'HdP ?

LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ



Composition

100 à 300 professionnels de santé libéraux selon territoire



Gouvernance

Un président qui est en charge de coordonner



Territoire

Variable selon une géographie rurale, semi-rurale ou urbaine



Population

30 à 80 000 habitants touchés selon le territoire



Statut

Non imposé, essentiellement associatif



Financements

FIR, Budget de 300 000€/an

Etablir des partenariats de l'HdP au-delà du secteur de la santé

En raison d'une santé financière souvent fragile, et de moyens restreints, la collaboration avec la ville est ainsi un enjeu qui peut aller au-delà des acteurs de la santé par un accès aux infrastructures, ou une organisation de transports. A titre d'exemple un HdP peut organiser un partenariat avec la piscine de la ville pour ses séances de rééducations. L'effort du territoire offert en faveur de la prise en charge des patients et des moyens des établissements va alors dépendre de nombreuses activités du territoire mais également, sans acteurs responsables prédéfinis, de la propension de l'HdP à engager ce type de démarche.

L'intégration large des acteurs de la ville, et pas seulement ceux du sanitaire, devient ainsi un gage de qualité et un nouveau modèle de gestion des compétences externes pour l'établissement ; reste à définir qui, au sein de l'administration hospitalière, devra prendre en charge l'organisation et l'animation de ces partenariats.

Renforcer le partage des compétences au sein du GHT

L'intégration de compétences externes va également devoir être développée entre les établissements, notamment au sein des GHT. L'hôpital de proximité, par définition, dépend directement de ce partage de compétence pour fournir à la population de son territoire une offre de soin complète. Ce partage se manifeste notamment au travers de consultations avancées des professionnels d'autres établissements dans ses locaux. Les HdP accueillent ainsi des médecins de surspécialités pour la mise en place de consultations régulières sur son site. A l'inverse cela va également solliciter le déplacement des professionnels de l'HdP sur d'autres établissements afin d'avoir accès à des techniques ou des moyens plus avancés, dans le cas de cas complexes.

La restructuration des offres de soins de premiers recours et l'organisation de l'HdP viennent ainsi résonner sur l'ensemble du territoire en permettant une circulation des compétences. Il s'agit alors d'une réelle évolution pour le modèle des hôpitaux qui cherchait jusqu'alors à concentrer si possible les compétences. **Le virage vers ce nouveau modèle culturel est un enjeu de taille car il nécessite que les professionnels des HdP acceptent de**

ne plus pouvoir exercer indépendamment des partenaires de l'établissement, et que les partenaires extérieurs perçoivent leurs intérêts de modifier leurs pratiques pour valoriser ce modèle. La question de l'accompagnement dans ce virage organisationnel et culturel simultané se pose alors.

PALLIER LA FAIBLE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE : LA GESTION DES TEMPS MÉDICAUX

La nécessité de la coordination Ville-Hôpital liée à la structuration des soins primaires, engage également une révision plus précise de la structure du temps de travail et des professions retrouvées dans les hôpitaux.

Offrir une organisation en accord aux besoins de l'HdP via les médecins Ville-Hôpital

Le projet Ma Santé 2022, engage dès aujourd'hui le recrutement de 400 médecins généralistes et de médecins spécialistes pour des zones de territoires prioritaires. Il peut ainsi être trouvé depuis la fin d'année 2018 des appels à candidature de *Médecin Ville-Hôpital* au sein des différentes ARS. Les médecins Ville-Hôpital posséderont un rôle mixte : partagés entre l'exercice de ville au sein d'une maison de santé, ou en libéral, et l'exercice dans un établissement sanitaire. Ce type de contrat, déjà mis en œuvre dans les ex-Hôpitaux Locaux, trouve ici la particularité d'être financé par l'ARS. Ils viennent ainsi encourager le continuum recherché entre le pôle de la Ville et le pôle de l'Hôpital. Ce modèle organisationnel de la profession médicale allie l'augmentation de l'attractivité médicale des territoires fragilisés tout en renforçant encore un peu plus le lien médecine de ville et médecine d'établissement.

L'hôpital de proximité trouve, quant à lui, une solution RH et financière encourageant la présence de médecins dans ses territoires. **La mise en œuvre opérationnelle de ces contrats reste cependant à questionner pour garantir l'adéquation d'un mi-temps médical avec la vie d'un service.**

Intégrer les PU-PH aux hôpitaux de proximité

L'organisation du temps médical vient également intégrer pour la première fois un acteur souvent éloigné des petits établissements : le PU-PH. Le 21 mars 2019, l'amendement préconisant une obligation de consultanat hors hôpital universitaire pour les PU-PH souhaitant poursuivre leur exercice à la retraite a ainsi été adopté. Toujours dans l'idée de pouvoir faire circuler la compétence, la perspective est d'organiser et de valoriser des visites de PU-PH au sein, notamment, des hôpitaux de proximité. **Jusqu'alors extrêmement lié au CHU, cette organisation vient ainsi bousculer les habitudes prises dans le secteur hospitalier. Les professeurs seraient rattachés CHU mais devront faire valoir leurs compétences à grandes échelles.** L'idée est encore de pouvoir offrir un partage de compétences afin d'apporter l'expérience dans les territoires qui n'ont pas la chance de vivre aux alentours d'un CHU.

Là encore cette proposition vient ainsi engager une nouvelle culture des compétences médicale mais va également impacter directement les temps de présence médicale au sein des HdP. Jusqu'alors très associées au CHU, le décroisement des PU-PH permet d'offrir une possibilité d'accès à l'excellence par tous, partout. Le suivi et la bonne exploitation de ce temps au sein des équipes de l'HdP restent un enjeu et un questionnement important pour eux.

Rééquilibrer le temps médical des acteurs du HdP par les pratiques avancées et les assistants médicaux

La réorganisation des temps de travail médicaux est également liée à la valorisation des compétences du personnel non médical. Le temps de travail des professionnels paramédicaux va ainsi devenir essentiel pour lier missions de proximité et suivi médical de spécialité ce qui met au cœur du système le recours aux pratiques avancées des professionnels non médicaux (notamment infirmiers et sages-femmes). **Un HdP pourra bénéficier d'Infirmières de Pratiques Avancées, exerçant dans une équipe de soins,**

afin de permettre la surveillance des soins de base, pour les pathologies chroniques par exemple, et d'organiser le parcours avec les pôles de surspécialités. Cette proposition associe cependant un changement culturel grand, tant dans le partage des tâches entre personnels médicaux et non médicaux que dans la consommation de soin des populations.

Pour la ville, se pose également la question de la création de la profession d'assistant médical qui permettrait de libérer du temps de prise en charge au médecin. Ce temps de prise en charge devient ainsi essentiel pour le nouveau modèle d'organisation qui impliquera plus de déplacements pour les médecins, et également un temps de coordination des acteurs partenaires qui ne sera pas négligeable. Les assistants médicaux pourront alors permettre aux médecins d'associer le partage des compétences à une optimisation de l'exploitation de leur temps de travail.

COORDONNER LES COMPÉTENCES MÉDICALES : DES PRATIQUES EN CONSÉQUENCE

Coordonner les acteurs grâce aux systèmes d'information (SI)

La dernière modification RH posée par la structuration de la consommation des soins primaires est celle de la gestion des compétences liées aux pratiques développées au sein de l'HdP.

La reconnaissance du positionnement-référent des HdP au sein des territoires fragilisés, se mettra en œuvre grâce à une prise en charge commune et à l'intégration de moyens en ce sens. Il peut alors être important de démocratiser la télémédecine dans les HdP. Selon différentes modalités, tel que numéro unique d'appel pour les professionnels, ou l'utilisation d'application de suivi des maladies chroniques, ces moyens engageront chaque établissement à garantir un suivi étayé des patients en l'orientant au plus tôt vers la bonne prise en charge.

De même le dossier médical partagé devient finalement un enjeu essentiel d'efficience pour favoriser les coopérations évoquées. Face aux évolutions de territoire le partage de connaissance est l'un des outils clé pour l'évolution commune. Les moyens engagés dans l'évolution des SI des établissements de santé et de leur interopérabilité est un enjeu essentiel.

Les moyens communs aux HdP et aux acteurs de santé du territoire vont donc représenter une base essentielle aux objectifs de l'intégration des professionnels extérieurs et d'adaptation des temps médicaux auxquels les HdP doivent répondre. La question du financement de ces moyens, sera d'autant plus importante pour les HdP qui bénéficient d'une plus faible capacité d'investissement.

Les HdP se trouvent ainsi au sein d'une évolution globale des acteurs de la prise en charge patient des territoires fragilisés. Le passage en HdP force l'hôpital à réorganiser sa gestion des personnes pour être en mesure d'accomplir ses nouvelles missions avec ses nouveaux moyens, notamment en :

- Accompagnant la nouvelle organisation des compétences : du partage de compétence avec la ville et le GHT, et au travers des PU-PH,
- Accueillant et organisant les nouvelles professions : par les pratiques avancées et les assistants médicaux,
- Déployant les moyens de la coordination : par la mise à dispositions des outils de télé médecine.

Ces virages pourraient être valables pour l'ensemble des établissements de santé, mais ils prennent une place essentielle voir vitale pour les HdP qui ne pourront assurer leurs activités s'ils ne les mettent pas en œuvre rapidement.

Les questionnements évoqués, associés à ces mesures devront alors garder une place significative dans l'accompagnement à la réorganisation des HdP, d'ici 2020-2022.