



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2013

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mourad TAMEN

le 03 juillet 2013

La perception de l'hôpital local par les médecins généralistes

Enquête auprès des médecins généralistes des Vosges

Examineurs de la thèse :

M. Francis GUILLEMIN	Professeur	Président
M. Athanas BENETOS	Professeur	Juge
M. Jean PAYSANT	Professeur	Juge
M. Claude PETIT	Docteur	Juge
M. Philippe MARCHAND	Docteur	Juge

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Pédagogie »	:	Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain »	:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances »	:	Professeur Marc BRAUN

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Commission de Prospective Universitaire :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	M. Christophe NEMOS
- Vie Étudiante :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Étudiants :	M. Xavier LEMARIE

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Patrick BOISSEL Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX
 Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
 Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
 Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX
 Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET
 Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET
 Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER -

Gilbert THIBAUT
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*paysant*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER - Professeure Marie-Christine BENE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ;*

addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} Section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de Jury

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur en Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez témoigné à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Athanas BENETOS

Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Nous sommes très honorés que vous ayez eu la gentillesse de juger ce travail de thèse.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance et de toute notre considération.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur, Jean PAY SANT,

Professeur en Médecine physique et de réadaptation

Nous sommes très honorés que vous ayez eu la gentillesse de juger ce travail de thèse.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance et de toute notre considération.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Claude PETIT

Docteur en Médecine

Je vous suis très reconnaissant de m'avoir suggéré ce sujet de thèse.

Merci pour les conseils que vous m'avez prodigués au cours de ce travail. Merci d'avoir pris le temps de me transmettre vos connaissances.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère gratitude.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Philippe MARCHAND

Docteur en Médecine

Je vous suis très reconnaissant d'avoir bien voulu faire partie du jury de cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mes parents qui m'ont tout donné.

A mon épouse qui m'a beaucoup soutenu et qui était très patiente.

A nos trois bouts de chou qui m'ont pas mal perturbé durant mon travail mais que j'aime beaucoup.

A tous mes frères et sœurs qui m'ont encouragé tout au long de mon travail, j'en cite particulièrement ma sœur Zahia et son mari Yacine qui m'ont aidé de très près.

Une pensée à mon cher ami Belaid, que le destin a subtilisé si jeune, à nous et à tous ses proches, que Dieu ait pitié de son âme.

Je remercie également,

Madame Le Docteur *Laurène* MILLET, assistante chef de clinique au département de médecine générale qui m'a aidé et orienté dans « mes premiers pas » et qui a répondu à toutes mes sollicitations.

Monsieur *François* FOUCHET, directeur des trois hôpitaux locaux de Mirecourt, Darney et de Lamarche, pour ses entretiens enrichissants et la documentation qu'il m'a fournie.

Les membres de l'AGHL (Association des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux), avec à leur tête le Docteur *Bruno* BOUVIER, vice-président de l'AGHL, qui m'ont bien accueilli à leur assise et qui m'ont doté de documentation.

Tous les médecins qui ont participé à mes *Focus Group*, j'en cite particulièrement le Docteur Thibaud LEMEN qui était derrière l'organisation de mon 2^{ème} *Focus Group*.

Que tous ceux qui ont touché de près ou de loin à la réalisation de ce travail, ceux que j'ai nommés, et tous ceux que j'ai oublié de citer, trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Sommaire

Introduction Générale.....	1
Chapitre I : Introduction au concept de l'hôpital local	
I.a-Définition.....	4
I.b-Histoire.....	4
I.c-Le mode de fonctionnement et l'organisation de soins au sein de l'hôpital local.....	4
I.d- Les missions de l'hôpital local.....	5
I.e- État des lieux et données statistiques.....	6
I.6-État de l'art sur la question de l'hôpital local.....	9
Chapitre II : Méthodologie	
II.1-Introduction.....	11
II.2-Elaboration du questionnaire.....	11
II.2.1-Qu'est-ce qu'un Focus Group ?.....	11
II.2.1.a-Définition	11
II.2.1.b-Utilités et domaines d'utilisation.....	11
II.2.1.c-Modalités de réalisation d'un Focus Group.....	11
II.2.1.d-Méthode d'analyse du Focus Group.....	12
II.2.2-Déroulement de mes Focus Group.....	13
II.2.2.a-1 ^{er} Focus Group avec les médecins de Lamarche et de Darney	
Déroulement.....	13
II.2.2.b-2 ^{ème} Focus Group avec les médecins de Raon-L'étape	
Déroulement.....	14
II.2.2.c-3 ^{ème} Focus Group avec les médecins de Chatel-sur-Moselle	
Déroulement.....	14
II.3-L'enquête.....	14
II.4-Traitement des données de l'enquête.....	15
Chapitre III : Analyse descriptive	
III.1-Introduction.....	17
III.2. Extraction des informations utiles des Focus Group.....	17
III.2.1- Premier Focus Group.....	17
III.2.2- Deuxième focus Group	18

III.2.3- Troisième Focus Group.....	18
III.2- Présentation de la population sollicitée pour l'enquête	18
III.3-Etude descriptive.....	19
III.3.a- Analyse de l'échantillon	19
III.3.b-Utilité et modalités d'utilisation de l'hôpital local.....	23
III.3.c-Facteurs influençant l'exercice.....	29
III.3.d-Insuffisances de l'hôpital local et aspects à améliorer.....	30
III.3.e-Revue sur le mode de fonctionnement.....	33
III.3.f-Avenir des hôpitaux locaux.....	34
Chapitre IV: Discussion	
IV.1-Introduction.....	39
IV.2-Méthode du Focus Group.....	39
IV.3-Le questionnaire.....	40
IV.4-L'échantillon.....	41
IV.5-L'hôpital local, une entité hospitalière originale à préserver ou un concept dépassé?.....	41
IV.5.a-Enjeux économiques et utilité.....	41
IV.5.b-La survie passe par l'amélioration de ses prestations.....	42
IV.5.c- Connaître les raisons réelles de la non-implication de certains médecins généralistes dans l'HL	43
IV.5.d-Les défis à relever.....	44
IV.5.e-Les perspectives d'avenir.....	45
IV.6-L'hôpital local type.....	46
IV.7-Conclusion.....	47
 Conclusion Générale.....	 48
 Références bibliographiques.....	 50
 Annexe A : Contenu des Focus Group.....	 53
 Annexe B : Le questionnaire.....	 61

Introduction Générale

Les hôpitaux locaux, héritiers des hospices, sont un concept que je n'ai découvert que par hasard lors de mon stage SASPAS en libéral dans les Vosges. J'y ai découvert une entité hospitalière singulière de par son mode de fonctionnement mais dont l'intérêt ne faisait pas l'unanimité des médecins que j'ai côtoyés.

Voulant ressortir la perception des médecins libéraux sur l'utilité et l'importance de cette entité hospitalière, j'ai accepté la proposition formulée par mon directeur de thèse, en vue de faire une étude auprès des médecins généralistes des Vosges. Celle-ci implique les médecins vosgiens concernés par ces hôpitaux du fait de la proximité de leur lieu d'exercice libéral à l'hôpital local, qu'ils soient intervenants ou non dans celui-ci.

L'étude prend tout son sens lorsque l'on sait que la pérennité de cette entité hospitalière fait actuellement débat entre les politiques et les acteurs de santé. Aussi, depuis juillet 2009 et l'adoption de la loi HPST proposée par la ministre de la santé et de solidarité, Madame Roselyne Bachelot, ces hôpitaux locaux sont devenus plus que jamais menacés de fermeture. Le financement se faisant jusque-là par dotation globale passera alors au mode de T2A ou « Tarification à l'Activité » que les hôpitaux locaux ne semblent pas pouvoir supporter.

Il est à noter que la loi HPST s'inscrit dans le registre d'une volonté étatique de réduire les dépenses de santé. Mais, sachant que le budget des hôpitaux locaux tous confondus ne représente pas plus que 2 % de toutes les dépenses pour la santé, une question se pose d'elle-même :

N'y aurait-il pas intérêt à déroger cette loi en ce qui concerne les hôpitaux locaux ?

Objectif du travail

Le but de cette étude est d'essayer, d'une part, de trouver des réponses à plusieurs questions qu'on s'était posées, et d'autre part, d'imaginer une nouvelle conception de l'hôpital local qui serait la mieux adaptée aux aspirations des médecins généralistes.

Les interrogations posées sont variées, j'en cite essentiellement :

- Que pensent les médecins de l'utilité d'avoir un hôpital local à proximité du lieu d'exercice libéral ?
- Quels sont les paramètres qui semblent motiver certains médecins à s'investir dans l'hôpital local ?
- Quelles sont les raisons de rejet (s'il y a lieu) de certains médecins du concept de l'hôpital local ?
- Quelle conception ont les médecins généralistes de l'hôpital local actuel ?
- Comment peut-on améliorer les hôpitaux locaux et quelles sont les perspectives d'avenir ?

- Les projets de mise en place de maisons de santé adossées aux hôpitaux locaux sont-ils une idée ingénieuse ou plutôt une vision illusoire ?

Entre ces quelques principales interrogations, plusieurs autres interrogations secondaires surgissent et viennent compléter les premières.

Articulation du document

Conscient de la méconnaissance de la majorité des professionnels de santé du profil de cette entité hospitalière, voire de son existence même quelques fois, j'articule ce document comme suit :

- Je commence par définir ce qu'est un hôpital local et puis je donne un aperçu succinct de son histoire.
- Je décris ensuite son mode de fonctionnement et les missions qui lui sont confiées, et puis,
- Je fais un état des lieux de la situation actuelle en insérant des données statistiques et démographiques.
- J'enchaîne ensuite par la méthodologie suivie dans cette étude et qui consiste en une démarche empirique basée sur une enquête de terrain. Cette partie est réalisée en deux étapes, à savoir :
 - Les *Focus groups* qui consistent en la technique qui nous a permis de déduire le bon questionnaire à adresser aux médecins ;
 - L'enquête elle-même qui a consisté à adresser le questionnaire à une population de médecins dans le but de tirer les bonnes conclusions quant à leur perception de :
 - L'hôpital local actuel ;
 - Son utilité ;
 - Les insuffisances et les aspects à améliorer et enfin,
 - Les perspectives d'avenir.
- Je fais ensuite l'analyse descriptive des données et des résultats de croisements obtenus à partir de mon enquête.
- Enfin, j'ouvre un chapitre de discussion sur la méthodologie et une synthèse des résultats obtenus et je clos le document avec une conclusion et la proposition de quelques perspectives à ce travail.

Chapitre I

Introduction au concept de l'hôpital local

I.1-Définition

L'hôpital local est une entité hospitalière originale qui allie les missions sanitaires à celles médico-sociales. En se situant à la frontière du sanitaire et du médico-social, il constitue une structure pivot dans la prise en charge des patients en milieu rural et semi rural. Il assure l'organisation coordonnée des soins entre le domicile, la médecine de ville, la prise en charge hospitalière en son sein et la prise en charge hospitalière dans les établissements de santé disposant d'un plateau technique plus conséquent. Il organise lors de cette dernière, un retour à domicile dans des conditions favorables en assurant les soins de suite et de réadaptation ainsi que le reste des démarches socio-sanitaires personnalisées aux besoins des patients.

I.2-Histoire

C'est en 1952 que le conseil économique et social a souligné la nécessité de disposer de « centres sanitaires intercommunaux » afin de répondre aux besoins de proximité en zone rurale. De là est né le concept de «l'hôpital local», mais, ce n'est que six ans plus tard, avec l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 [27], suivie du décret du 03 août 1959 n° 59-957[26] que les hôpitaux locaux ont vu le jour la première fois sous l'appellation d'« hôpitaux ruraux».

Dans les conditions difficiles de l'époque, surtout dans les milieux ruraux, les hôpitaux locaux offraient une solution qui répondait bien aux besoins exprimés par les médecins qui exerçaient dans ces régions, contraints jusque-là à une prise en charge ambulatoire même pour les accouchements et les pathologies plus complexes nécessitant une surveillance.

Cependant, ces hôpitaux, souvent sous approvisionnés en moyens diagnostiques, se sont vite vus devancés par les hôpitaux «urbains», beaucoup plus attractifs et beaucoup plus développés. Le développement des moyens de transport était aussi un facteur favorisant la perte d'intérêt vis-à-vis de ces hôpitaux.

Il s'en est suivi la perte des services de médecine et de maternité de ces derniers en faveur du développement de sections de moyen et de long séjour.

Par la suite, de par la loi 91-478 du 31 juillet 1991[8], les hôpitaux ruraux qui étaient devenus «hôpitaux locaux» par décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972[10], se sont vus considérés comme des établissements publics de santé au même titre que les centres hospitaliers mais avec restriction sur les missions confiées. Il leur était confirmé le rôle sanitaire en leur réattribuant le statut d'unité d'hospitalisation destinée à la pratique médicale courante auxquelles peuvent s'adjoindre des sections de moyen et de long séjour.

Enfin, et depuis 2009 et l'adoption de la loi HPST[11], proposée par la ministre de la santé en 2007 dans le plan «hôpital 2007», les hôpitaux locaux sont plus que jamais menacés de fermeture du fait de devoir se soumettre au nouveau mode de financement appliqué sur les hôpitaux publics et qui est celui de la T2A, un mode de financement qui ne prend pas en considération les particularités des hôpitaux locaux.

I.3-Le mode de fonctionnement et l'organisation de soins au sein de l'hôpital local

Les hôpitaux locaux se présentent comme des établissements hospitaliers à mode de fonctionnement original constituant une sorte d'alliance entre le secteur public avec l'infrastructure et une équipe paramédicale présente 24 heures sur 24 heures d'une part, et le secteur libéral avec le concours de médecins généralistes rémunérés à l'acte d'autre part. Il en découle que tout médecin généraliste volontaire peut, sur une demande de sa part auprès de

l'ARS, après avis de la commission médicale d'établissement (CME) et du conseil d'administration de l'hôpital (CA), être autorisé à dispenser à l'hôpital local, au titre de son activité libérale, des soins de courte durée de médecine et éventuellement des soins de suite ou de longue durée. Les médecins généralistes ainsi autorisés, s'engagent à respecter le règlement intérieur et à participer à la permanence des soins de l'établissement qui est coordonnée par un médecin «coordinateur» désigné par l'ARS. Cette permanence des soins doit faire l'objet d'une mention spécifique dans les contrats d'objectifs et de moyens, s'inscrire dans le projet d'établissement et trouver sa traduction dans un engagement individuel écrit, entre le directeur et chaque médecin autorisé^[10].

Il est à noter que les hôpitaux locaux peuvent embaucher des praticiens à titre salarié notamment quand la couverture libérale dans le bassin de vie dans lequel se trouve l'hôpital local est insuffisante ; il s'en suit une sorte de collaboration entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Une fois autorisés, les médecins généralistes hospitalisent dans des lits de médecine des patients dont le diagnostic est en général établi et dont la prise en charge dépasse la possibilité du maintien à domicile sans pour autant nécessiter une prise en charge hospitalière dans les centres hospitaliers de référence disposant d'un plateau technique conséquent. Par ailleurs, une hospitalisation pour une recherche diagnostique ou un bilan médical, notamment gériatrique, est tout à fait possible. Les médecins généralistes peuvent aussi recevoir les retours d'hospitalisation des centres hospitaliers de patients nécessitant des soins de suites et de réadaptation dans des lits qui leur sont dédiés, assurant ainsi une convalescence et un retour à domicile plus confortables^[10].

Les hôpitaux locaux sont liés par convention avec les centres hospitaliers les plus proches disposant d'un plateau technique, ce qui rend plus simples les transferts des patients nécessitant une prise en charge plus médicalisée. Par ailleurs, les praticiens hospitaliers de ces centres peuvent tout naturellement assurer des consultations externes spécialisées organisées au sein de l'hôpital local.

Les transferts peuvent aussi se faire dans les différents sens entre les lits d'hébergement, de long séjour, de soins de suite et de médecine selon la prise en charge nécessaire.

Au final, un hôpital local dispose dans le meilleur des cas de lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation, de long séjour et d'hébergement.

I.4-Les missions de l'hôpital local

Les missions de l'hôpital local sont définies par l'article R 6141-18 du code de la santé publique modifiées par décret n° 2008-377 du 17 avril 2008^[12].

L'hôpital local est défini comme un établissement public de santé qui a pour objectif de dispenser :

1. Avec ou sans hébergement :

- a) Des soins de courte durée en médecine ;
- b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion.

2. Avec hébergement :

- c) Des soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

L'article R .6141-19 souligne l'importance de la participation de l'hôpital local aux :

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

L'article R.6141-20 régit, quant à lui, la convention que doit passer l'hôpital local avec un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements de santé privés dont l'un au moins dispense des soins en médecine et chirurgie, et dispose d'un service ou d'une unité soit de réanimation, soit de soins intensifs.

L'article R. 6141-21 poursuit dans le même sens, que la convention faite entre les deux parties doit prévoir au moins :

1. Les conditions dans lesquelles les praticiens hospitaliers ou les médecins spécialistes du ou des établissements de santé ayant passé la convention peuvent dispenser des soins spécialisés aux malades de l'hôpital local.
2. Les conditions d'accès des malades de l'hôpital local au plateau technique de ces établissements.
3. L'harmonisation de la gestion des dossiers des malades.
4. Les modalités de transmission et de traitement des informations permettant l'analyse de l'activité prévue à l'article L. 6113-7.

La convention prévoit en outre, le cas échéant, l'organisation de consultations externes spécialisées à l'hôpital local en liaison avec le ou les établissements de santé ayant passé la convention et la mise en commun de programmes de formation continue pour les personnels médicaux et non médicaux.

L'article R. 6141-22 note que la convention peut également concerner les malades relevant de soins de suite ou de longue durée.

Plusieurs autres articles de loi détaillent l'important rôle que doit jouer l'hôpital local dans la permanence des soins en coordination avec la permanence des soins de la médecine de ville de laquelle elle ne se dissocie pas.

I.5-État des lieux et données statistiques

Au 1er janvier 2012, il est recensé 293 hôpitaux locaux dont 290 en France métropolitaine [23]. Leur répartition est très variable d'une région à une autre (*cf. Figure.1*). Cette variabilité est quelques fois extrême allant de régions où il n'existe aucun hôpital local (HL), comme c'est le cas de la région du Centre, aux régions où ils existent en grand nombre comme c'est le cas de la région Rhône-Alpes où on en compte 48.

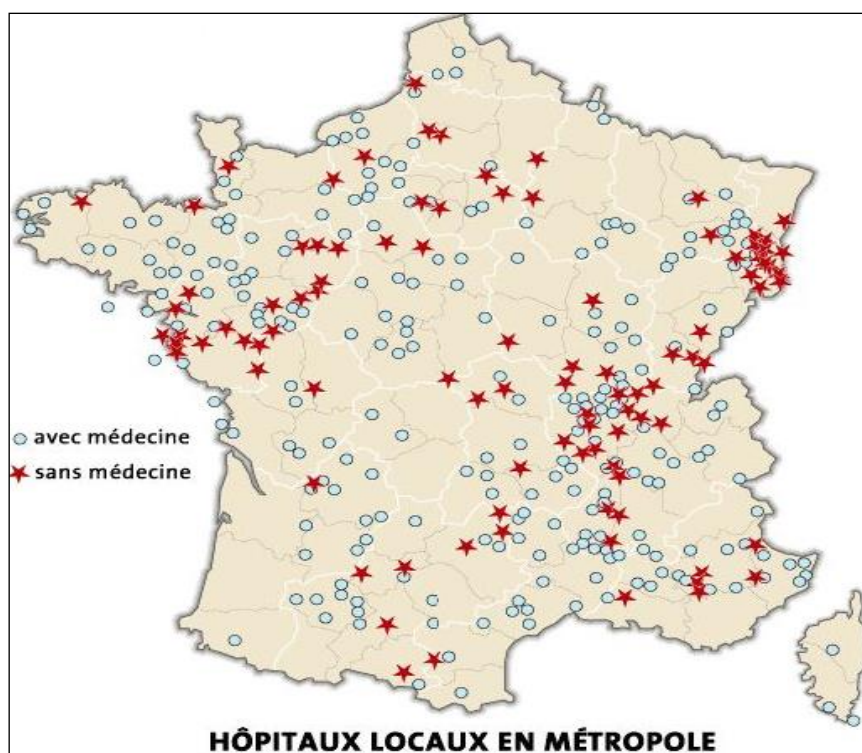


Figure 1. Variation inter régionale des hôpitaux locaux de France (Source : SAE [statistiques annuelles des établissements] année 2004)

Des paramètres variés peuvent expliquer cette grande variabilité inter-régionale notamment l'histoire propre de chaque région, sa composition démographique, le mode de vie prédominant dans les régions ainsi que plusieurs autres paramètres. Cette variabilité existe même en intra régional où l'implantation d'hôpitaux locaux peut varier de façon extrême entre deux départements voisins comme on peut le constater dans la région Lorraine où le département des Vosges compte 11 hôpitaux locaux au moment où celui de la Meuse n'en compte aucun.

L'évolution du nombre des hôpitaux locaux lors de la dernière décennie était fluctuante, mais depuis 2005, le nombre des hôpitaux locaux baisse de façon constante d'année en année. On est passé de 350 à 293 de 2005 en 2012 (cf. Figure.2).

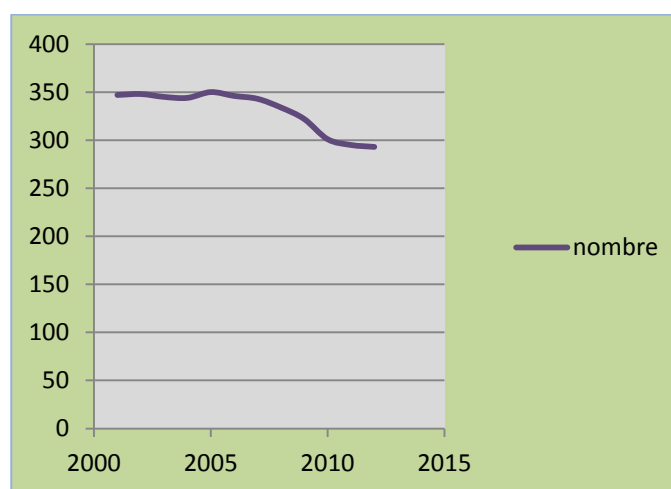


Figure 2. Evolution du nombre des HL au cours de la dernière décennie (Source : SAE [statistiques annuelles des établissements] année 2012)

Au niveau du département des Vosges, l'un des départements disposant d'un nombre important d'hôpitaux locaux, on comptait jusqu'en fin 2011, 11 hôpitaux locaux, mais depuis le début 2012, on n'en compte plus que 10 hôpitaux locaux après la fermeture de celui de Darney et sa conversion en un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (cf. Figure.3) [17].

La composition démographique du département des Vosges au recensement de 2010 montre que sur un total de 379944 habitants, le quart (25.34%) de la population ont plus de 60 ans, près du cinquième (18.53%) ont plus 65 ans et un 10ème de la population totale, soit en chiffre absolu près de 38000 personnes, ont plus de 75 ans (cf. Figure.4)[17].

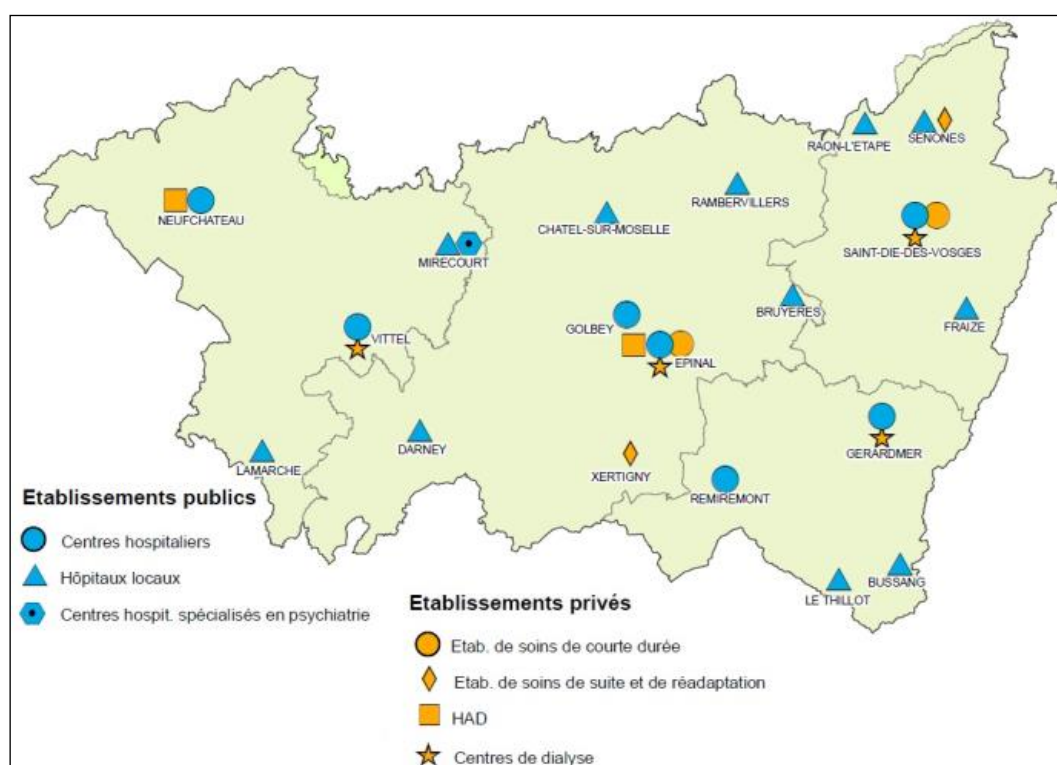


Figure 3. Établissements de santé dans le département des Vosges (Source : SAE [statistiques annuelles des établissements] année 2009)

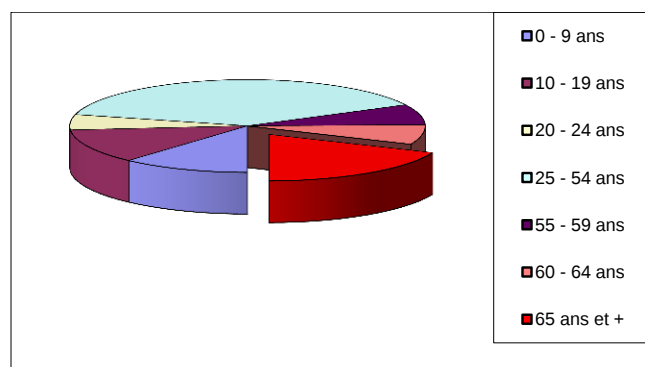


Figure 4. Population des Vosges classée par tranche d'âge (Source : INSEE [Institut national de la statistique et des études économiques] année 2010)

I.6-État de l'art sur la question de l'hôpital local

Il est à noter que l'étude de l'état de l'art met en évidence beaucoup de travaux qui ont porté sur l'entité « Hôpital Local ».

Différents aspects sont touchés par les différents documents cités dans le domaine tels que :

- la permanence des soins dans l'Hôpital local [2],
- l'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local [3],
- la façon dont l'hôpital local pourrait influencer l'installation des Médecins généralistes en zone rurale [5],
- l'apport d'un Hôpital Local dans l'organisation des soins [7],
- le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins [14],
- la place et les missions de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins [15],
- l'organisation de la continuité médicale des soins et pérennité de l'hôpital local [18],
- la place pour l'hôpital local dans la structuration du Territoire au service d'une action efficace en santé publique [20].

A notre connaissance, aucun travail cité dans l'état de l'art n'a été mené dans le sens de notre étude qui implique des médecins à profils hétérogènes quant à leur exercice ou non dans l'hôpital local. L'originalité du travail décrit dans cette thèse réside dans l'approche utilisée et qui est celle de l'enquête de terrain sur une population de médecins généralistes avec comme seul critère de choix, une installation libérale dans un voisinage proche d'un hôpital local.

Le but de l'étude est de faire ressortir la perception de ces derniers concernant cette entité hospitalière telle qu'elle est actuellement ainsi que leurs vues et leurs aspirations quant à son devenir.

Chapitre II

Méthodologie

II.1-Introduction

Nous avons voulu interroger les médecins généralistes des Vosges avec comme seul critère d'inclusion dans l'échantillon, avoir une installation libérale située dans un rayon de 15 km d'un hôpital local, que ces derniers exercent ou non dans cet hôpital.

Notre étude s'est déroulée en trois étapes :

1. La première a concerné l'élaboration du questionnaire, nous avons utilisé pour cela la méthode du *Focus group* pour déterminer les items à aborder dans le questionnaire ;
2. La deuxième étape concerne l'enquête proprement dite, pendant laquelle nous avons soumis le questionnaire aux médecins généralistes des Vosges concernés par l'étude.
3. Enfin, le traitement des données de l'enquête a été mené en utilisant les méthodes statistiques de rigueur.

II.2-Elaboration du questionnaire

II.2.1-Qu'est-ce qu'un Focus Group ?

II.2.1.a-Définition

Un *Focus group* est une technique d'entretien de groupe, « groupe d'expression », qui consiste en une méthode qualitative dont le but est de recueillir des discussions centrées sur des situations concrètes particulières, des sujets pertinents pour une recherche. Il est souvent orienté vers la collecte d'informations sur un sujet ciblé [4] [9].

C'est une méthode d'étude et de recherche destinée à sonder dans une sorte de débat, un groupe homogène de personnes pour un projet défini afin d'adopter la bonne attitude vis à vis du thème, du phénomène étudié et de la population ciblée [1].

II.2.1.b-Utilités et domaines d'utilisation

C'est une technique qui permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle trouve son utilité dans plusieurs domaines notamment en marketing lors des lancements de produits nouveaux ou lorsqu'on veut améliorer ceux-ci. Dans le domaine informatique, cette technique trouve de multiples applications notamment lorsqu'on veut monter un logiciel informatique. Aussi, dans le domaine du high-tech cette technique est utilisée pour aider à définir la meilleure ergonomie d'un produit donné.

Dans le domaine de la santé, cette méthode est tout aussi utile notamment dans l'amélioration de l'organisation de soins, elle trouve de ce fait son intérêt, surtout, dans le domaine de la santé publique.

II.2.1.c-Modalités de réalisation d'un Focus Group

La méthode du *Focus group* consiste à réunir autour d'une table, un groupe homogène de personnes appelées «participants», en dessous de dix en général. Ils sont tous volontaires, ils présentent un lien commun entre eux et avec le sujet envisagé, et sont là pour parler et

débattre sur celui-ci. Il ne s'agit pas d'être représentatif de la population visée par la thématique [1][4].

Le débat est animé, mais non dirigé, par une personne qu'on appelle «modérateur» dont le but est de faire émerger tous les points de vue sur le sujet en question tout en laissant la dynamique de groupe agir de façon non directive. Ce dernier se donne le rôle de recentrer le débat en cas de déviation de celui-ci. Le modérateur est aidé par une autre personne qu'on appelle «observateur», dont le rôle est de recueillir le verbatim et de noter les éléments essentiels et les idées qui surgissent. Elle doit être connaisseuse de la thématique, elle se charge aussi de l'enregistrement audio ou audio-visuel du déroulement de la séance pour une analyse minutieuse ultérieure. Une demande d'autorisation de tous les participants est faite au préalable en leur assurant la non-diffusion des enregistrements. Enfin, le modérateur et l'observateur peuvent être une même personne.

Le modérateur procède dans son rôle d'animateur du groupe par des questions de l'ordre d'une demi-douzaine qu'il pose aux participants à intervalles de temps plus ou moins réguliers. Ces questions doivent être claires et simplifiées. Ces dernières sont élaborées antérieurement de façon réfléchie et doivent être posées dans un certain ordre qui mènerait le groupe à s'exprimer sur des choses plus générales au début puis d'aller vers des choses de plus en plus précises.

La parole est prise de façon libre par les participants sans désignation, sans tour de table précis et sans limitation de fréquence ou de temps de prise de parole. La séance ne doit pas durer plus de deux heures. La multiplication des *Focus group* avec d'autres groupes de personnes aide à être plus précis dans la démarche et permet de confirmer les conclusions retenues [1].

II.2.1.d-Méthode d'analyse du Focus Group

Il s'agit essentiellement d'une analyse du contenu thématique qui consiste, dans un premier temps, à préparer le corpus de données en réunissant celles-ci sur l'ensemble des thèmes, puis, dans un second temps, leur analyse.

Pour ce faire, il faut suivre certaines étapes que la Pr C.Baribeau décrit en détails dans l'édition n°28 de la revue électronique «Recherches Qualitatives»[4] et qui sont ainsi résumées :

Pour la préparation :

- Il faut s'approprier le contenu en faisant des lectures flottantes et en réécoutant et/ou revisionnant les enregistrements de sorte à induire le sens intuitif et nourrir la réflexion.
- Ensuite, il s'agit de transcrire toute la discussion intégralement ou en faisant un résumé global.
- Enfin, on choisit l'unité d'analyse qui peut être un mot, une phrase ou un paragraphe, et enfin préparer le codage.

Pour l'analyse :

- Il faudra coder les données puis les catégoriser en les regroupant sous des intitulés et dans certains cas, compter la fréquence d'apparition des énoncés puis enfin les théoriser pour émettre des conclusions.
- La quantification, quand elle est faite, devrait être utilisée dans la hiérarchisation des thèmes et des sous thèmes et leur généralisation quand cela est possible.
- L'unité fondamentale d'analyse est représentée par le groupe, il faut donc analyser groupe par groupe pour pouvoir à la fin, faire une discussion globale. Un examen initial du contenu de la discussion de tous les groupes peut aider à mieux catégoriser et codifier les thèmes débattus.
- Enfin, la transcription des discussions mot à mot doit toujours servir d'illustration dans l'analyse intra et inter groupe. L'essentiel est donc de dégager les divergences et convergences intra et inter groupe en tenant compte des variables structurelles qui ont servi dans le choix des groupes et des participants [10].

II.2.2-Déroulement de mes Focus Group

Pour faire jaillir plus d'idées et plus de réflexions, mon directeur de thèse et moi-même avons décidé de multiplier le nombre de *Focus group* et varier les endroits de leur réalisation. Pour ce faire, le nombre a été arrêté à trois *Focus group* qui ont impliqué des médecins concernés par quatre hôpitaux locaux sur les onze existants dans les Vosges. Les quatre hôpitaux choisis sont bien répartis géographiquement sur le département des Vosges.

- Les deux premiers concernent les hôpitaux locaux de Lamarche et de Darney au sud-ouest vosgien avec comme centre hospitalier de référence l'hôpital de Neufchâteau.
- Le troisième concerne l'hôpital local de Raon-L'étape au nord-est vosgien avec comme centre hospitalier de référence l'hôpital Saint Charles de Saint-Dié des Vosges.
- Le dernier concerne l'hôpital local de Châtel-sur-Moselle au centre du département avec comme centre hospitalier de référence l'hôpital Jean Monnet d'Epinal.

II.2.2.a-1er Focus Group avec les médecins de Lamarche et de Darney

Déroulement

Réalisé à Monthureux-sur-Saône, au domicile du Dr P. Marchand qui nous a accueillis autour d'un dîner. Étaient présents, six médecins, un interne (en stage chez deux des médecins présents) et moi-même. Les médecins participants sont Les Drs C. Petit, P. Marchand, P. Horès, Y. Dars, M-C. Freby-Cayotte et M. Boulogne. L'entretien a été enregistré en audio et en vidéo avec l'accord de tous les participants.

Le Dr Petit était le «modérateur» du groupe et moi-même «l'observateur». Je prenais donc note de ce qui se disait et m'occupais de l'enregistrement audio et vidéo. Le *Focus group* a duré environ deux heures, l'ambiance était détendue avec un respect mutuel des divergences d'opinion.

Après un mot d'introduction du Dr Petit rappelant le but de la rencontre et expliquant la schématique du déroulement de celle-ci, la parole était donnée aux participants à la suite de questions que lui-même posait. Ces questions étaient élaborées antérieurement, elles concernaient des thèmes variés. La parole était prise par les participants de façon libre, sans

désignation, sans tour de table précis et sans limitation de la fréquence ni du temps de prise de parole. L'hétérogénéité des participants en termes de l'exercice ou non dans l'hôpital local faisait en sorte que les visions étaient différentes, rendant le *Focus group* riche en matière de réflexions et d'idées.

II.2.2.b-2ème Focus Group avec les médecins de Raon l'étape

Déroulement

Réalisé dans la ville de Raon-L'étape autour d'un dîner, en présence de 5 médecins généralistes tous intervenants au sein de l'hôpital local de Raon-L'étape. Les médecins participants sont les Dr T. Lemen, F. Lavergne, E. Wary, P. Beroux, C. Beroux.

Le *Focus group* a duré environ deux heures, moi-même j'étais le « modérateur » et l' « observateur » de la séance. La rencontre était enregistrée en audio et en vidéo après accord de tous les participants, l'ambiance était très amicale et détendue.

Après une petite introduction expliquant succinctement aux participants les grandes lignes de mon travail ainsi que la méthode du *Focus group* et les objectifs attendus, j'ai procédé par des questions que j'avais élaborées antérieurement et qui concernaient des thèmes variés. La parole était donnée aux participants à la suite de chaque question posée, la prise de parole était libre et aléatoire, l'homogénéité du groupe faisait que les avis étaient généralement convergents avec quelques divergences sur quelques sujets.

II.2.2.c-3ème Focus group avec les médecins de Châtel-sur-Moselle

Déroulement

Réalisé à l'hôpital de Châtel-sur-Moselle autour d'un dîner offert par la direction de l'hôpital en présence de quatre médecins participants, tous intervenants à l'hôpital local de Châtel-sur-Moselle. Ces participants sont les Dr J-M.Berne, F.Blondin, P.Bouillon et M.Eckenfelder.

Après une courte introduction rappelant le but de mon travail et un petit mot concernant la méthode du *Focus group*, la séance a débuté et a duré environ une heure et demi. La prise de parole faisait suite aux quelques questions que je leur posais à intervalles plus ou moins réguliers, ces questions prenaient à peu près le même cheminement d'idée suivi lors des deux précédents *Focus group*. La séance s'est déroulée dans une bonne ambiance.

II.3-L'enquête

L'étude a concerné tous les médecins des Vosges installés en libéral dans un rayon de 15 km de l'implantation d'un hôpital local, qu'ils soient exerçants dans cet hôpital ou non. Le recueil de ces médecins s'est fait par le biais du site des « pages jaunes ». Le département des Vosges a été choisi de par le fait qu'il représente l'un des départements les plus pourvus de cette entité hospitalière. Jusqu'en début 2012, il comptait 11 hôpitaux locaux.

Le questionnaire a été envoyé par voie numérique à tous les destinataires concernés. Le recueil des adresses e-mail des médecins s'est fait par entretien téléphonique avec ces derniers, avec présentation de l'étude et de ses objectifs. Certaines adresses ont été fournies directement par la secrétaire du médecin, du cabinet de groupe ou de l'hôpital local.

Le questionnaire a été établi sous format html pour le rendre personnalisé à chaque catégorie de médecins généralistes. En effet, outre des questions communes adressées à tous les

médecins généralistes visés par l'enquête, il y'avait des questions personnalisées pour chaque catégorie de médecins selon que :

- ces derniers exercent dans l'hôpital local ou non ;
- qu'ils y aient fait des interventions ou non et enfin,
- qu'ils connaissent ou non le concept de l'hôpital local.

Les questions étaient pour leur majorité fermées, certaines proposaient de faire un classement d'items selon un ordre préférentiel, certaines autres étaient ouvertes, soit isolées ou faisant compléter une question précédente fermée. Le recueil des réponses s'est fait par voie numérique aussi.

II.4-Traitement des données de l'enquête

Les données obtenues de l'enquête ont été saisies dans des fichiers sous format Excel selon les quatre cas de figures sus-cités. Les questions ouvertes étaient, quant à elles, saisies à part avec codage des propos des médecins.

La saisie des données de réponses sous Excel a été suivie d'un codage adéquat des différentes catégories de médecins et des réponses données.

Le traitement statistique des données ainsi que l'analyse ont été faites avec l'aide d'un statisticien, avec l'accord de mon directeur de thèse. L'analyse statistique a fait appel aux différents calculs et méthodes statistiques de traitement de données.

Chapitre III

Analyse descriptive

III.1-Introduction

Dans ce qui suit, on va présenter :

- les résultats d'analyse des *Focus group*,
- la population sollicitée pour l'enquête puis,
- les différents tests et calculs que nous avons effectués pour aboutir à une lecture claire des propos et réponses obtenus de la part des médecins aux items proposés dans le questionnaire.

Nous allons utiliser les tableaux et les graphiques pour une bonne illustration des résultats obtenus.

III.2. Extraction des informations utiles des Focus Group

III.2.1. Premier Focus Group

1. Le premier élément à souligner concernant ce *Focus group*, est celui de la composition hétérogène du groupe participant en termes d'exercice ou non au sein de l'hôpital local. Il y avait trois médecins de chaque groupe.
2. Une comparaison au premier abord entre ces deux groupes, montre un détail non négligeable qui est celui de la distance du lieu d'exercice libéral à l'hôpital local. Les trois médecins qui exercent dans l'hôpital local sont à moins de 5 km de celui-ci tandis que les trois autres en sont à près de 10 km.
3. La charge de travail, toujours dans la même comparaison, ne dissocie pas les deux groupes du moment que certains de ceux qui interviennent dans l'hôpital local ont une charge de travail nettement plus importante que d'autres non intervenants.

Une lecture minutieuse des propos cités lors de ce *Focus group*, nous a permis de remarquer que l'exercice ou non dans un hôpital local n'est pas un élément déterminant dans la façon de percevoir le concept de celui-ci. Les Drs Boulogne et Marchand sont l'exemple qui concrétise ce constat par le fait que ces deux médecins, en dépit d'être tous deux des médecins n'exerçant pas dans l'hôpital local, leur façons de le percevoir sont complètement différentes.

Ensuite, après analyse des items qui étaient débattus, on remarque que certains items reviennent itérativement, comme le manque de moyens diagnostiques, les modalités d'utilisation de l'hôpital local, l'intérêt de proximité, etc. Plusieurs autres items ont été aussi évoqués et débattus par les participants, la divergence d'opinion nous a permis de ressortir un nombre non négligeable d'interrogations dont les plus importantes sont celles-ci :

1. Pourquoi certains médecins exercent dans l'hôpital local et l'utilisent dans la prise en charge de leurs patients, alors que d'autres médecins ne le font pas ?
2. Les médecins qui ne l'utilisent pas, sont-ils contre le concept ou existe-t-il d'autres raisons qui entrent en jeu ?
3. L'éloignement du cabinet de l'hôpital local et la charge de travail ne seraient-ils pas les deux raisons déterminantes dans la décision d'exercer ou non dans un hôpital local ?

4. Ces hôpitaux locaux rendent-ils service concrètement ou non ?
5. Comment peut-on améliorer ces hôpitaux locaux ?
6. Quel avenir peut-on prédire pour ces hôpitaux locaux ?

A partir de chacune de ces interrogations s'ouvre un éventail d'interrogations. Ainsi, et à titre d'exemple, pour la question « comment peut-on améliorer ces hôpitaux locaux ? », plusieurs thèmes peuvent être abordés comme celui de l'intérêt d'un service de radiologie standard, d'un laboratoire d'analyse médicale de routine, celui de l'intérêt de la télémedecine, l'intérêt des maisons de santé adossées aux hôpitaux locaux, l'idée de la mise en place d'un service d'accueil des urgences, etc.

III.2.2. Deuxième focus Group

Lors de ce deuxième *Focus group*, il y'avait, en plus de la confirmation de certaines idées reçues lors du premier *Focus group*, quelques autres problèmes soulevés par les participants qui étaient tous, rappelons-le, des médecins exerçants dans l'hôpital local.

Ainsi, la notion de la nécessité de préserver ces structures hospitalières était soulignée par tous les participants, les arguments avancés étaient multiples notamment les différentes modalités d'utilisation de l'hôpital local, le rôle d'hôpital de relais qu'il offre aux hôpitaux régionaux de référence et aussi des arguments d'ordre démographique. Tout cela nous a permis d'élaborer d'autres questions intéressantes.

Enfin, les participants ont évoqué les différents problèmes affrontés sur le terrain, ces problèmes, de tout ordre (logistique, organisationnel ou autre), nous ont permis de peaufiner certaines questions et d'en élaborer d'autres enrichissant ainsi notre questionnaire.

III.2.3. Troisième Focus group

Ce *Focus group* m'a surtout permis de découvrir une façon inédite d'organisation des soins au sein de l'hôpital local qui différait de ce que je connaissais jusque-là. J'ai confirmé ainsi la grande malléabilité dans le mode de fonctionnement de l'hôpital local ainsi que les larges marges de manœuvre dont dispose l'administration des hôpitaux locaux pour faire face au manque d'effectif ainsi qu'aux autres problèmes d'organisation.

L'autre particularité de cet hôpital est l'absence de lits de médecine et donc l'essentiel de l'activité est représenté par les soins de suite et de réadaptation. Néanmoins, les médecins généralistes peuvent tout de même faire admettre occasionnellement leurs patients directement du domicile quand la prise en charge du patient le requiert, ce qui leur offre le même service rendu qu'un lit de médecine.

Enfin, ce *Focus group* nous a permis de finaliser notre questionnaire et de le rendre prêt à être exploité. Un exemplaire de ce questionnaire est présenté en Annexe B.

III.3-Présentation de la population sollicitée pour l'enquête

Le nombre de médecins sollicités pour l'étude est de 119 médecins. Parmi eux, sept ont refusé de participer. Les 112 restants ont tous répondu affirmativement à notre demande. Parmi ces derniers, seuls 62 ont réellement participé à l'enquête. Les autres, bien qu'ils aient fourni leurs adresses e-mail n'ont pas donné suite à leur engagement en dépit de pas moins de trois sollicitations directes. Nous avons, en outre, sollicité le service de l'URPS pour un ultime

relancement de ces derniers. Les raisons de cette réticence ne me sont pas connues, peut-être la crainte du non-respect de l'anonymat en serait une ?

Sur les 62 médecins qui ont répondu, il y'a 43 médecins hommes et 19 médecins femmes ; l'âge moyen des participants est de 52 ans.

Les taux de réponses les plus importants sont observés dans les communes de Châtel-sur-Moselle et de Senones.

Enfin, sur les 62 médecins qui ont répondu, il y'a 39 qui exercent dans leur hôpital local respectif, 12 n'y exercent pas mais ont déjà eu à intervenir en hôpital local à l'occasion de gardes ou de remplacements. Deux médecins n'exercent pas dans l'hôpital local concerné, n'ont jamais eu l'occasion d'y intervenir mais connaissent le concept de celui-ci. Enfin, 9 médecins n'exercent pas dans l'hôpital local, n'ont pas eu à intervenir dans celui-ci, et ne sont même pas connaisseurs du concept.

III.4-Etude descriptive

III.4.a- Analyse de l'échantillon

Le tableau 1 illustre le croisement entre les variables 'sexe' et 'exercice dans l'hôpital local'. Le tableau 2 résume les résultats du test d'indépendance de Khi-2 entre ces deux variables.

Tableau 1. Croisement entre le sexe et l'exercice dans l'hôpital local

			Exercice dans l'hôpital local	
			Oui	Non
Sexe	F	Fréquence absolue	11	8
		% dans la catégorie sexe (= F)	57.9	42.1
		% dans la variable exercice	28.2	34.8
	M	Fréquence absolue	28	15
		% dans la catégorie sexe (= M)	65.1	34.9
		% dans la variable exercice	71.8	65.2
Total		Fréquence absolue	39	23
		% dans la variable sexe	62.9	37.1
		% dans la variable exercice	100	100

Tableau 2. Test de Khi-deux

	Valeur calculée	Degré de liberté	Probabilité de l'erreur
Pearson Chi-Square	0.294	1	0.587

D'après le tableau 1, on note que :

1. Dans notre échantillon 62,9% des médecins interrogés exercent dans l'hôpital local contre 37,1% qui n'y exercent pas.
2. Parmi les médecins qui exercent dans l'hôpital local, 28,2 % sont des femmes et 71,8% sont des hommes ;
3. On remarque aussi dans le même tableau que la proportion des médecins femmes qui exercent dans l'hôpital local est supérieure à celle des médecins femmes qui n'y exercent pas (57,9 % contre 42,1 %), le même constat est aussi retrouvé chez les médecins hommes (65,1% contre 34.9%) (*cf. Tableau 1*).

Le test d'indépendance entre le fait d'exercer ou non dans l'hôpital local et le sexe des médecins interrogés confirme l'indépendance dans la distribution des deux variables. En d'autres termes, il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le sexe du médecin et le fait d'exercer ou non dans l'hôpital local (*cf. Tableau 2*).

Tableau 3. Distribution des âges moyens selon le sexe et l'exercice ou non dans l'hôpital local

Sexe	Intervention dans l'hôpital		
	1	2	Total
F	46.6	52.2	49.1
M	53.0	53.8	53.3
Total	51.3	53.3	52.1

Le tableau 3 montre que :

1. Dans la catégorie des médecins qui exercent dans les hôpitaux locaux, les femmes sont plus jeunes (moyenne d'âge de 46,6 ans) que les médecins hommes (moyenne d'âge de 53,0 ans). La même tendance est retrouvée dans la totalité de notre échantillon où la moyenne d'âge des médecins femmes (49,1 ans) est aussi inférieure à celle des médecins hommes (53,3ans) ;
2. Cependant, l'âge moyen des médecins femmes qui exercent dans l'hôpital local (moyenne de 46,6 ans) est inférieur à celui des médecins femmes qui n'exercent pas (moyenne de 52,2 ans), ce qui n'est pas le cas pour les médecins hommes puisqu'ils ont des moyennes d'âges presque égales (53,0 ans pour ceux qui exercent et 53,8 ans pour ceux qui n'exercent pas).
3. Enfin, et indépendamment du sexe, l'âge moyen des médecins qui exercent (51 ans) n'est pas très différent de l'âge moyen des médecins qui n'exercent pas (53 ans) (*cf. Tableau 3*).

Tableau 4. Distance par rapport à l'hôpital local et l'exercice

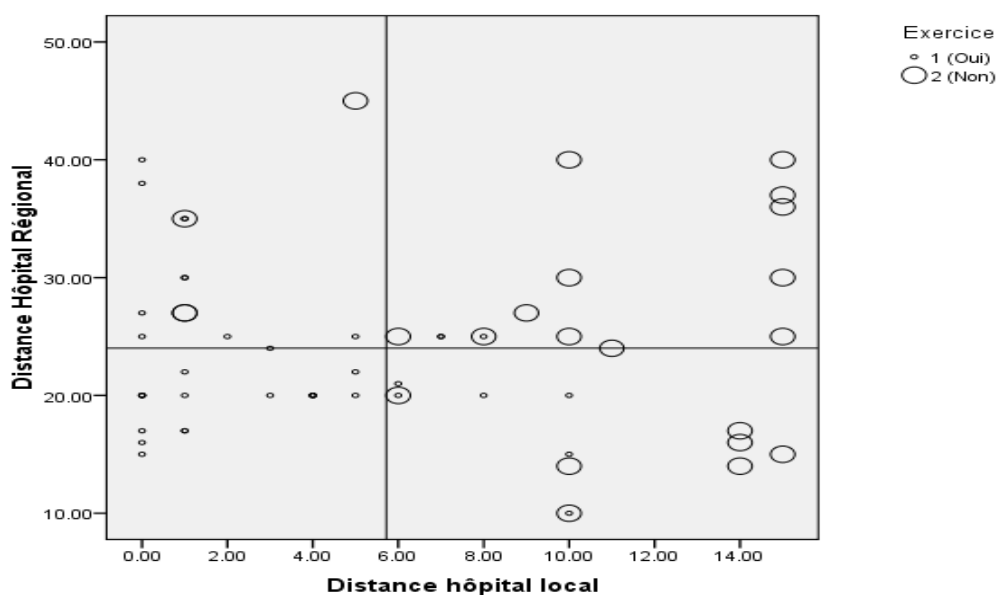
Exercice dans l'hôpital local		Moyenne (km)	Minimum	Maximum	Ecart-type
	Oui	3.1	0.0	10.0	3.2
	Non	10.0	1.0	15.0	4.7

Tableau 4 bis. Distance par rapport à l'hôpital régional de référence

Exercice dans l'hôpital local		Moyenne (km)	Minimum	Maximum	Ecart-type
	Oui	22.6	10	40	6.4
	Non	26.2	10	45	9.6

Dans le tableau 4 on note que :

1. La distance entre le cabinet médical et l'hôpital local semble avoir une influence sur le fait d'exercer ou non dans ce dernier ; En effet, le cabinet médical des médecins exerçants dans l'hôpital local est situé à une distance moyenne de 3,1 km de celui-ci, tandis que celui de ceux qui n'y exercent pas est situé à une distance moyenne de 10,0 km (cf. *Tableau 4 et Graphe.1*).
2. Enfin, la distance entre le cabinet médical et l'hôpital régional de référence ne semble pas influencer le fait d'exercer ou non dans l'hôpital local avec deux distances moyennes proche l'une de l'autre (22,6 km pour le 1^{er} groupe et 26,2 km pour le 2^{ème}) (cf. *Tableau 4 bis et Graphe.1*).



Graphe N°1 Distribution spatiale des médecins en fonction de l'exercice et de la proximité aux deux types d'hôpitaux

Dans les tableaux 5 et 6, nous étudions la relation entre le nombre de patients consultés par jour (comme indicateur de la charge de travail) et le fait d'exercer ou non en hôpital local. Nous vérifions cette relation à l'aide du test de Khi-deux pour tester la validité de l'hypothèse nulle (H_0) d'indépendance entre les deux variables contre l'hypothèse alternative (H_1). La statistique calculée de Khi-deux (3,363) et la probabilité d'erreur (0,186) montrent que l'hypothèse peut être acceptée. Ce test montre qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la charge de travail et l'exercice ou non dans l'hôpital local (cf. *Tableau 5 et Tableau 6*).

Tableau 5. Nombre de Patients consultés et l'exercice dans l'hôpital local

			Patients consultés			Total
			< 15	15 à 25	> 25	
Exercice	Oui	Fréquence absolue	1	18	19	38
	Non	Fréquence absolue	2	4	8	14
Total		Fréquence absolue	3	22	27	52

Tableau 6. Test de Khi-deux

	Valeur calculée	df	Probabilité de rejet
Pearson Chi-Square	3.363	2	0.186

Le même constat est à faire concernant le nombre de visites à domicile effectuées par semaine (toujours avec la charge de travail), le test de Khi-deux montre que le fait d'exercer ou non dans l'hôpital local est indépendant du nombre de visites à domicile effectuées par semaine (cf. *Tableau 7 et Tableau 8*).

Tableau 7. Exercice dans l'hôpital local et nombre de visite à domicile pas semaine

			Nombre de visite par semaine			Total
			< 3	3 à 6	> 7	
Exercice	Oui	Fréquence absolue	3	9	27	38
	Non	Fréquence absolue	1	4	8	12
Total		Fréquence absolue	4	13	34	50

Tableau 8. Test de Khi-deux

	Valeur calculée	Df	Probabilité de l'erreur
Pearson Chi-Square	0.469	2	0.791

III.4.b-Utilité et modalités d'utilisation de l'hôpital local

L'existence d'un hôpital local dans une commune ne semble pas avoir motivé les médecins à s'y installer, ceci est sensiblement visible dans les réponses des médecins interrogés. Ainsi, une moyenne de 92 % des médecins, qu'ils soient exerçants ou non dans l'hôpital local, n'étaient pas plus motivés par le fait de la présence d'un hôpital local dans la commune lors de leur installation. Le test de Khi-deux confirme aussi l'indépendance de ces deux variables (cf. *Tableau 9 et Tableau 9 bis*).

Tableau 9. L'existence d'un HL dans la commune a-t-elle motivé l'installation?

Exercice	Effectif	Non	Oui	Total
Oui	Effectif absolu	36.0	3	39
	%	92.3	7.7	100
Non	Effectif absolu	22.0	1	23
	%	92.9	7.1	100
Total	Effectif absolu	58.0	4	62
	%	93.5	6.5	100

Tableau 9 bis. Test Khi-deux

	Valeur calculée	df	Probabilité de l'erreur
Pearson Chi-Square	0.731	2	0.694

Par ailleurs, les médecins généralistes interrogés pensent dans leur globalité (près de 89% des médecins participants) qu'il est utile d'avoir un hôpital local à proximité du lieu d'exercice libéral, qu'ils soient exerçant dans celui-ci ou non (cf. *Tableau 10*).

Si l'on sépare les deux groupes (exerçant et non exerçant), le constat resterait visiblement le même avec une proportion de 94.87 % pour 1^{er} groupe et de 78.26% pour le 2^{ème} (cf. *Tableau 10 bis*).

Tableau 10. Est-il utile d'avoir un HL à proximité du lieu d'exercice libéral

		Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
	Non	7	11.3
	Oui	55	88.7
	Total	62	100

Néanmoins, un test d'indépendance de Khi-deux nous permet de déduire que les réponses fournies par les médecins dépendent du fait d'exercer ou non dans l'hôpital local. Autrement dit, penser qu'il est utile d'avoir une entité hospitalière type « hôpital local » à proximité du lieu d'exercice libéral est statistiquement dépendant du fait d'exercer ou non dans l'hôpital local (cf. *Tableau 11 et Tableau 11 bis*).

Tableau 10 bis. Est-il utile d'avoir un HL à proximité du lieu d'exercice libéral

			Utilité		Total
			Non	Oui	
Exercice	Oui	Fréquence absolue	2	37	39
		%	5.1	94.9	100
	Non	Fréquence absolue	5	18	23
		%	21.7	78.3	100
Total		Fréquence absolue	7	55	62
		%	11.3	88.7	100

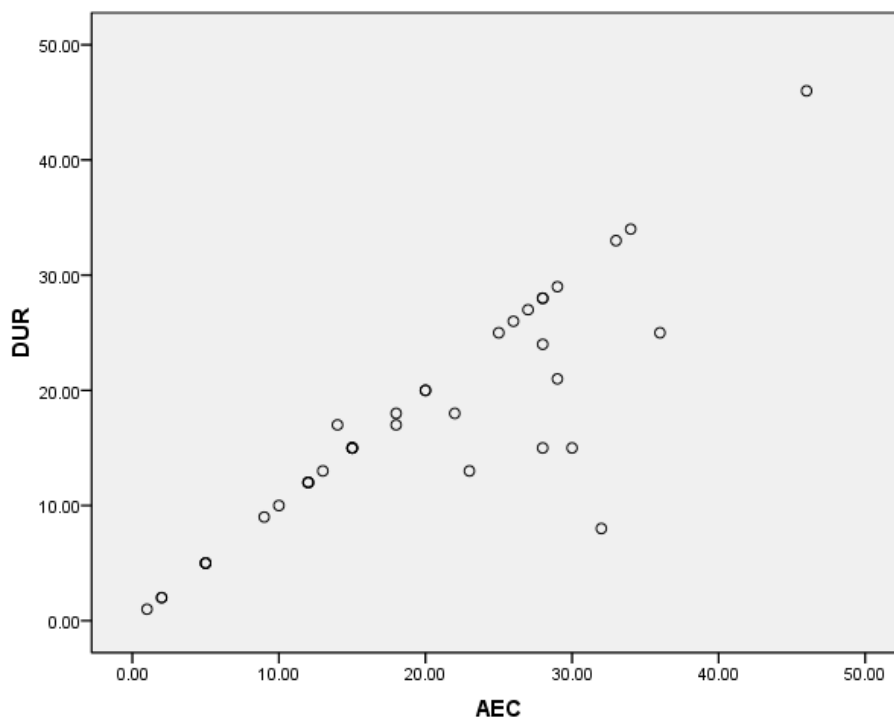
Tableau 11. Khi 2 pour le lien entre l'exercice ou non et la réponse sur la question de disposer d'un HL à proximité du lieu de l'exercice libéral

			Exercice		Total
			Oui	Non	
Utile	Non	Fréquence absolue	2	5	7
		Fréquence théorique	4.4	2.6	7.0
	Oui	Fréquence absolue	37	18	55
		Fréquence théorique	34.6	20.4	55.0
Total		Fréquence absolue	39	23	62
		Fréquence théorique	39.0	23.0	62.0

Tableau 11bis. Test d'indépendance de Khi-deux

	Valeur calculée	df	Probabilité de d'erreur
Pearson Chi-Square	3.986	1	0.046

La majorité des médecins qui exercent dans l'hôpital local ont débuté cet exercice soit la même année de leur installation dans la commune (points sur la diagonale du graphique 2) soit avec un petit délai entre les deux (points en dessus ou en dessous de la diagonale du graphique 2) (*cf. Graphe.2*).



DUR : Durée d'exercice dans l'hôpital local

AEC : Années d'exercice dans la commune

**Graphe 2. Délai entre l'installation dans la commune
et le début de l'exercice dans l'HL**

Les médecins qui exercent dans l'hôpital local utilisent celui-ci dans la prise en charge de leurs patients en moyenne 3.4 fois par semaine (*cf. Tableau 12*).

Tableau 12. Fréquence d'utilisation de l'hôpital local

Nombre d'utilisation par semaine	Moyenne	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
0 à 4	2	24	63
4 à 8	6	14	37
Total		38	100
Moyenne pondérée = 3.4			

Près de 75 % de ces médecins interrogés voient l'hôpital local comme une unité hospitalière de diagnostics déjà établis tandis qu'il n'y'a que 18,87% qui le voit comme un hôpital de prise en charge diagnostique et thérapeutique, 90% de ces 18,87 % qui le voient ainsi appartiennent au groupe qui exercent dans l'hôpital local (*cf Tableau 13*).

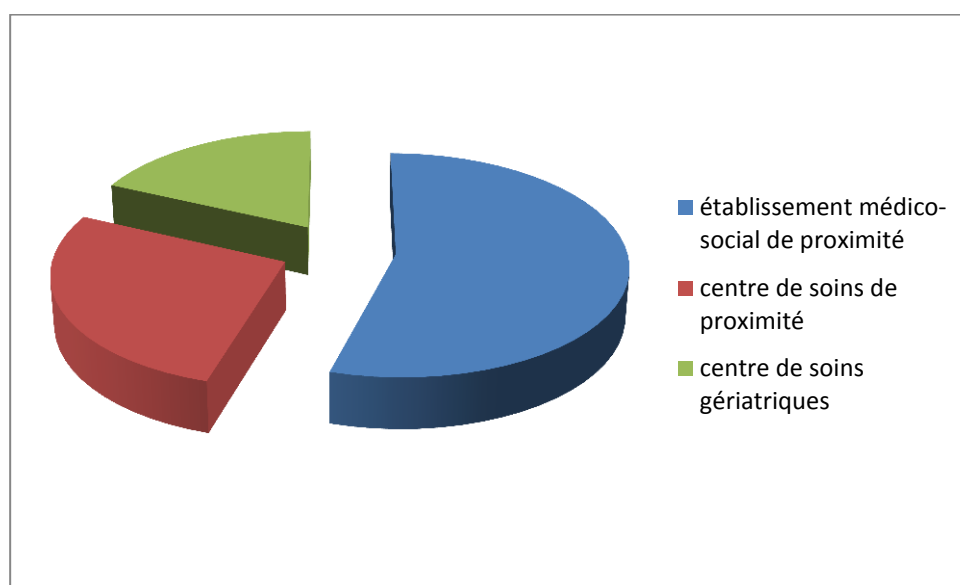
Tableau 13. Définition de l'hôpital local

	Hôpital de prise en charge de diagnostics déjà établis		Hôpital de prise en charge diagnostique et thérapeutique		Autre		Total
Effectif	39		10		4		53
%	73.58		18.87		7.55		100
	Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants	Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants	Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants	
Effectif	29	10	9	1	1	3	53
%	74.36	25.64	90	10	25	75	100

Aussi, il y'a 18,87 % de médecins interrogés, avec parité parfaite entre les deux groupes, qui pensent que l'appellation usuelle d' « hôpital local » n'est pas appropriée (*cf Tableau 14*) ; Parmi les autres appellations proposées à ces médecins comme substitut de l'appellation actuelle, le nom d'« établissement médico-social de proximité » est celui qui a eu le plus de voix, suivi par le nom de « centre de soins de proximité » et enfin « centre de soins gériatrique » (*cf Graphe 3*).

Tableau 14. Appellation "hôpital local"

	Appropriée		Non appropriée		Total
Effectif	43		10		53
%	81.13		18.87		100
Effectif	Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants	Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants	
%	34	9	5	5	53
	79.07	20.93	50	50	100



Graph 3. Proportions des propositions d'appellations de l'HL

Les modalités d'utilisation de l'hôpital local se répartissent comme montrées dans le tableau et le graphique suivants (cf. *Tableau 15 et Graphe 4*). Ainsi,

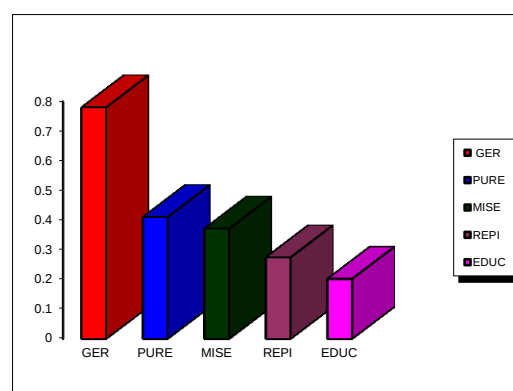
1. Les pathologies et problèmes gériatriques sont le premier motif d'utilisation de l'hôpital local par les médecins généralistes avec une moyenne pondérée de l'ordre choisi proche du 1,
2. Suivies par la pathologie médicale pure,
3. Puis, les hospitalisations pour la mise sous surveillance clinique et prise du traitement en situation aiguë de patients jusque-là autonomes ;

4. Viennent ensuite les hospitalisations de répit pour les familles et les aidants de personnes semi-autonomes et enfin,
5. L'hospitalisation pour l'éducation thérapeutique dont la moyenne pondérée de l'ordre choisi est voisine de 5 ce qui veut dire que la majorité des médecins l'ont mentionnée en dernier.

Ceci ressort aussi dans une autre question complémentaire posée à ces mêmes médecins concernant le rôle que joue l'hôpital local dans la prévention et l'éducation thérapeutique, en effet, près de 70% des médecins interrogés pensent qu'il est insuffisant (*cf. Tableau 16*).

Tableau 15. Modalités d'utilisation

Les modalités d'utilisation	Ordre Mini	Ordre Maxi	Moyenne	Ecart-type
GER	1 ^{er}	2 ^{ème}	1.28	0.45
PURE	1 ^{er}	4 ^{ème}	2.43	1.07
MISE	1 ^{er}	4 ^{ème}	2.69	0.73
REPI	2 ^{ème}	5 ^{ème}	3.64	0.70
EDUC	3 ^{ème}	5 ^{ème}	4.94	0.32



Graph 4

GER : pathologies et problèmes gériatriques

PURE : pathologie médicales pures

MISE : mise sous surveillance clinique et prise du traitement en situation aiguë de patients jusque-là autonomes

REPI : hospitalisation de répit pour les familles et les aidants de personnes semi autonomes

EDUC : hospitalisation pour une éducation thérapeutique

Tableau 16. Rôle de l'HL dans la prévention et l'éducation thérapeutique

	Suffisant		Insuffisant		Total	
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif	(%)
Médecins exerçants	12	30.77	27	69.23	39	100

L'enquête sur la satisfaction ou non des médecins exerçants dans l'hôpital local à propos des services rendus par celui-ci trouve un taux de satisfaction avoisinant les 98%. Aussi, et dans le même ordre d'idée, ces mêmes médecins interrogés sur l'impact de l'hôpital local sur les rapports confraternels ont souligné tous un impact positif (*cf. Tableau 17*).

Tableau 17. Enquête sur la satisfaction

Médecins exerçants dans l'hôpital local	Pas satisfait		Satisfait		Très satisfait		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
	1	2.64	21	55.26	16	42.10	38
	2.64		97.36				100%
	Une personne s'est abstenue de répondre						

L'impact sur les rapports confraternels

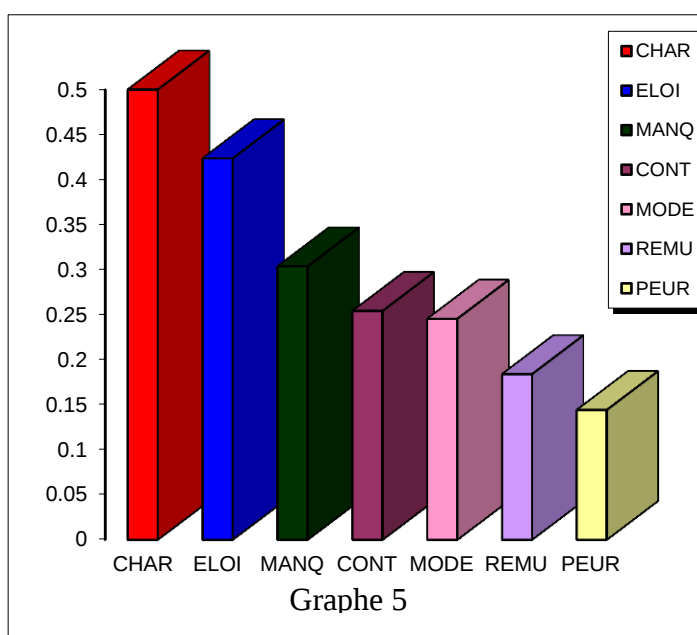
Positif		Négatif		Total
Effectif	%	Effectif	%	
39	100	0	0	39

III.4.c-Facteurs influençant l'exercice

En interrogeant les médecins qui n'interviennent pas dans l'hôpital local sur les raisons de leur abstention, les deux premières raisons qui sont mises en avant sont la charge de travail et l'éloignement de l'hôpital local du lieu de l'exercice libéral. Le manque de moyens diagnostiques et (/ou) thérapeutiques vient à la troisième position suivie par les contraintes administratives et le mode de fonctionnement de l'hôpital local qui ont tous deux des moyennes d'ordre de choix voisines. En dernières positions, ils mentionnent le système de rémunération dévalorisant et la peur pour le statut libéral qui constituent donc les deux moins importantes raisons d'abstention (cf. *Tableau 18 et Graphe 5*).

Tableau 18. Les raisons du non exercice

	Ordre Mini	Ordre Maxi	Moyenne	Ecart type
CHAR	1 ^{er}	4 ^{ème}	2.00	0.78
ELOI	1 ^{er}	6 ^{ème}	2.36	1.98
MANQ	1 ^{er}	6 ^{ème}	3.29	1.38
CONT	1 ^{er}	5 ^{ème}	3.93	1.14
MODE	3 ^{ème}	5 ^{ème}	4.07	0.82
REMU	1 ^{er}	7 ^{ème}	5.43	1.55
PEUR	6 ^{ème}	7 ^{ème}	6.93	0.26



CHAR : charge de travail
ELOI : éloignement du cabinet de l'hôpital local
MANQ : manque de moyen diagnostique et/ou thérapeutique
CONT : contraintes administrative
MODE : mode de fonctionnement de l'hôpital local
REMU : système de rémunération dévalorisant
PEUR : peur pour le statut libéral

D'autre part, la majorité de ces médecins sont satisfaits du déroulement de leurs interventions. On ne note qu'un seul médecin, sur les douze ayant répondu, qui signalait une insatisfaction qu'il justifie par l'insuffisance des moyens disponibles sur place, l'incompétence du personnel soignant et enfin les contraintes administratives.

Enfin, et pour faire la part entre un simple refus de s'impliquer dans l'hôpital local et celui du rejet tout court du concept de celui-ci, nous avons adjoint aux médecins qui n'exercent pas dans l'hôpital local une question qui consiste à demander leur avis concernant l'éventualité d'une embauche d'un praticien à titre salarié et à temps plein au sein de l'hôpital local, 71.43 % des médecins se sont montrés favorables à cette idée (*cf. Tableau 19*).

Tableau 19. Avis des médecins non exerçants concernant l'embauche d'un praticien à titre salarié et à temps plein au sein de l'HL

	Défavorable	Favorable	Total
Effectif	4	10	14
%	28.57	71.43	100

III.4.d-Insuffisances de l'hôpital local et aspects à améliorer

Comme vu précédemment, le manque de moyens diagnostiques et/ou thérapeutiques figure en 3^{ème} position des raisons avancées par les médecins qui n'exercent pas dans l'hôpital local justifiant leur abstention. Cette question a été clairement posée à tous les médecins et les résultats sont montrés dans le tableau suivant (*cf. Tableau 20*).

En effet, 59,62 % des médecins interrogés, groupes confondus, pensent que les moyens dont disposent les hôpitaux locaux sont insuffisants, pris à part, le pourcentage du 2^{ème} groupe est légèrement supérieur que celui du 1^{er} (64,29 % contre 57,90 %).

Tableau 20. Que pensent les médecins des moyens dont dispose l'hôpital local?

Effectif	Médecins exerçants		Total	Médecins non exerçants		Total
	Suffisants	Insuffisants		Suffisants	Insuffisants	
	16	22		38	5	
%	42.10	57.90	100	35.71	64.29	100
Médecins groupes confondus						
Effectif	Suffisants			Insuffisants		Total
	21			31		52
	40.38			59.62		100

Une autre question, toujours parlant des moyens mais cette fois des moyens d'accueil plus précisément, était posée aux médecins qui ont eu à intervenir en hôpital local (soit en y exerçant soit à l'occasion de gardes ou de remplacements).

62,74 % des médecins pensent que les moyens d'accueil sont suffisants, néanmoins, il demeure 37,26 % (50 % des médecins qui n'y exercent pas et 33,33 % de ceux qui y exercent) qui pensent que les moyens d'accueil sont insuffisants (*cf. Tableau 21*).

Une question complémentaire était alors posée aux médecins qui exercent dans l'hôpital local qui concerne le nombre optimal qu'ils suggèrent pour les lits de médecine et de SSR, les réponses suggèrent une moyenne de 12 lits pour les lits de médecine et une moyenne de 22 lits pour les lits du SSR.

Tableau 21. Que pensent les médecins des moyens d'accueil de l'hôpital local?

Effectif	Médecins exerçants		Total	Médecins non exerçants		Total
	Suffisants	Insuffisants		Suffisants	Insuffisants	
	26	13	39	6	6	12
%	66.67	33.33	100	50.00	50.00	100
Médecins groupes confondus						
Effectif	Suffisants			Insuffisants		Total
	32			19		51
%	62.74			37.26		100

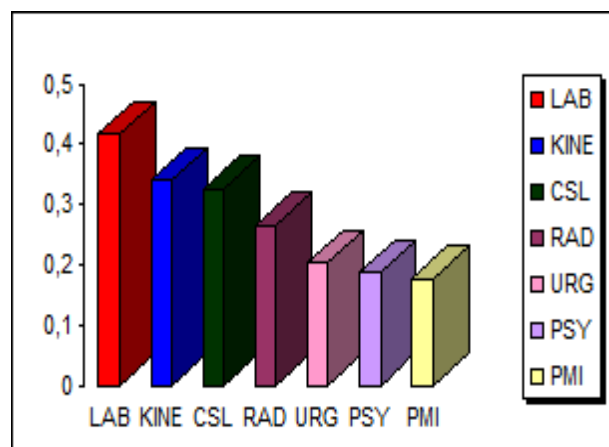
En voulant connaître les moyens et/ou prestations que les médecins généralistes désireraient voir ajouter dans les hôpitaux locaux, nous leur avons posé la question, en leur proposant sept items à classer dans un ordre préférentiel.

Les services et prestations proposés sont variées (*cf. Tableau 22 et Graphe 6*).

1. « Le service de laboratoire d'analyse médicale de routine » est choisi en premier avec une moyenne pondérée d'ordre de choix de 2,4 devant ainsi de peu ,
2. « Le service pour le personnel kinésithérapeute et ergothérapeute » (2,9),
3. Vient ensuite en 3^{ème} position « l'organisation de consultations spécialisées au sein de l'hôpital local » qui vient souligner le confort à offrir par la mise en place de cette prestation pour une population vieillie dont le recours à ce genre de consultations est relativement fréquent ;
4. En quatrième position était choisi « le service de radiologie standard » suivi du
5. « Service d'accueil direct des patients (simili urgence) ». Ces deux derniers items ont été complétés par deux autres questions que nous verrons plus loin.
6. Enfin, en dernier étaient choisis les prestations « psychologue » et « le service de PMI ».

Tableau 22. Moyens ou prestations que les médecins veulent voir intégrer l'hôpital local

	Ordre Mini	Ordre Maxi	Moyenne	Ecart type
LAB	1er	7ème	2.40	1.65
KINE	1er	6ème	2.94	1.59
CSL	1er	6ème	3.06	1.18
RAD	1er	7ème	3.76	1.85
URG	1er	7ème	4.92	2.06
PSY	2ème	7ème	5.34	1.49
PMI	2ème	7ème	5.60	1.37



Graphe 6

LAB : Laboratoire d'analyse médicale de routine
KINE : Service pour le personnel kiné et ergo
CSL : Organisation de consultation spécialisée au sein de l'hôpital local
RAD : Service de radiologie standard
URG : Service d'accueil direct des patient (simili urgence)
PSY : Psychologue
PMI : Service de PMI

La majorité des médecins interrogés (88,68 %) sont favorables au développement de la télémédecine (cf. *Tableau 23*).

Tableau 23. Avis des médecins sur la télémédecine

		Favorable	Défavorable	Total
Médecins exerçants	Effectif	36	3	39
	%	92.3	7.7	100
Médecins Non exerçants	Effectif	11	3	14
	%	78.6	21.4	100
Médecins groupes confondus	Effectif	47	6	53
	%	88.7	11.3	100

La mise en place dans les hôpitaux locaux d'un service d'accueil direct des patients sans passage préalable par la médecine de ville ne semble pas attiser l'intérêt des médecins généralistes où l'on note deux tiers qui sont défavorables à cette proposition, le tiers restant pense qu'il est utile de l'avoir soit par le biais d'une coordination téléphonique avec une infirmière sur place (46,16 %) soit par le recrutement d'un praticien (38,46 %) (cf. *Tableau 24*).

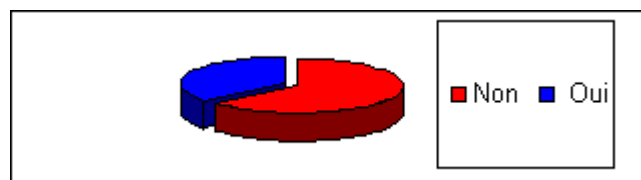
Tableau 24. Avis des médecins concernant la mise en place d'un service d'accueil direct de patient (simili urgence)

Médecins exerçants à l'HL		Favorable	Défavorable	Total
	Effectif	13	26	39
	%	33.33	66.67	100
Modalités				
		Coord avec IDE	recrut prat	Autre
		6	5	2
		46.16	38.46	15.38

Enfin, près des deux tiers des médecins qui exercent dans l'hôpital local pensent que les missions de l'hôpital local ne sont pas connues auprès des hôpitaux régionaux (cf. *Tableau 24 et Graphe 7*).

Tableau 25. Les missions de l'HL sont-elles connues pour les HR ?

	Fréquence	%
Non	25	64.1
Oui	14	35.9
Total	39	100



Graphe 7

III.4.e-Revue sur le mode de fonctionnement

Nous avons voulu aborder le sujet du mode de fonctionnement de l'hôpital local pour voir si celui-ci convenait à tous les médecins généralistes ou non. Dans le cas contraire, les éléments que ces derniers souhaiteraient voir changer, notamment les médecins généralistes n'exerçants pas dans l'hôpital local, vu que le mode de fonctionnement de l'hôpital local était classé 5^{ème} item sur les 7 proposés concernant les raisons d'abstention d'exercice en hôpital local.

Sur les 43 médecins interrogés, il n'y a que 28,57 % qui pensent que le mode de fonctionnement est convenable. En contrepartie, 81,82 % des médecins qui n'exercent pas en hôpital local et 68,42 % de ceux qui y exercent pensent qu'il y'a des éléments à revoir dans ce mode de fonctionnement (cf. *Tableau 26*).

Tableau 26 Le mode de fonctionnement de l'HL est-il convenant ou il y'a des éléments à revoir ?

	Convenant		A revoir		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Médecins exerçants	12	31.58	26	68.42	38	100
Médecins non exerçants	2	18.18	9	81.82	11	100
Médecins les deux groupes confondus						
	Convenant		A revoir		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
	14	28.57	35	71.43	49	100
NB : 4 médecins ne connaissent pas le mode de fonctionnement de l'HL						

Nous avons donc proposé quelques items comme éléments à revoir dans le mode de fonctionnement de l'hôpital, les résultats figurent dans le tableau 27 (cf. *Tableau 27 et Graph.8*).

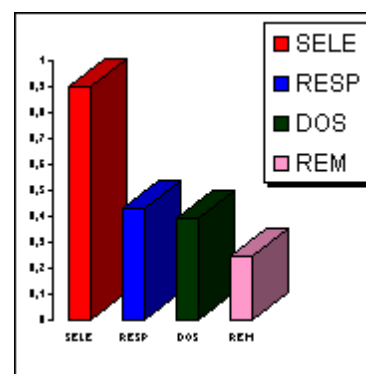
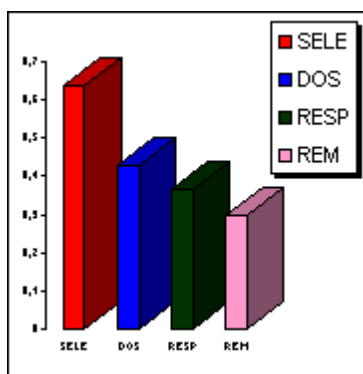
Le premier élément que les médecins pensent devoir changer dans le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital local est la « prise en charge sélective patient-médecin traitant », le second élément diffère selon qu'on est exerçant ou non. Pour les médecins exerçants, c'est le dossier patient mais pour le second groupe c'est la distribution des responsabilités au sein de l'hôpital local qui est à changer en 2^{ème} position, enfin, les deux groupes ont classé le système de rémunération comme le dernier à devoir changer.

III.4.f-Avenir des hôpitaux locaux

Pour connaître l'avis des médecins généralistes sur ce qu'ils prédisent de l'avenir de ces hôpitaux locaux, nous avons introduit dans le questionnaire une question ouverte pour permettre aux médecins de donner leurs avis ; ces derniers sont partagés. En dehors de ceux qui pensent que l'avenir des hôpitaux locaux est imprévisible et dépend surtout des politiques, il y'a ceux qui prédisent la disparition des hôpitaux locaux ou leur conversion en des EHPAD, ceux qui prédisent soit une fusion de plusieurs hôpitaux locaux voisins ou soit une conversion de ces derniers en des SSR locaux et enfin, et il est à noter que c'est la majorité, ceux qui prédisent le maintien des hôpitaux locaux voire de leur amélioration. Le constat resterait le même si l'on sépare les deux groupes, le maintien est la prédiction majoritaire des deux (cf. *Graph.9*).

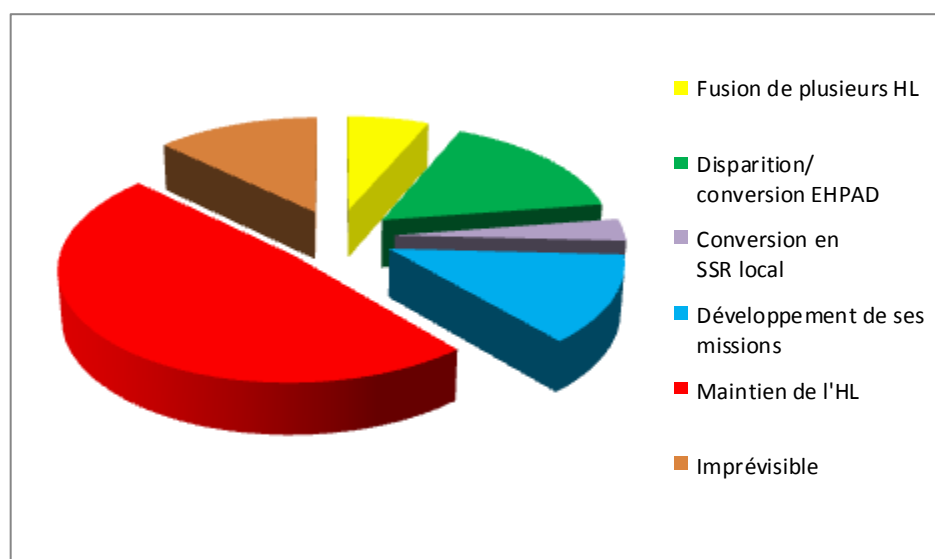
Tableau 27. Les éléments à revoir dans le mode de fonctionnement de l'hôpital local

Médecins groupe confondu					Médecins exerçants					Médecins non exerçants				
CHOSE A REVOIR					CHOSE A REVOIR					CHOSE A REVOIR				
	Ordre Mini	Ordre Maxi	Moy	Std. Dev		Ordre Mini	Ordre Maxi	Moy	Std. Dev		Ordre Mini	Ordre Maxi	Moy	Std. Dev
SELE	1	3	1.45	0.65	SELE	1	3	1.57	0.70	SELE	1	2	1.11	0.33
DOS	1	4	2.40	0.97	DOS	1	4	2.34	1.09	RESP	1	3	2.33	0.70
RESP	1	4	2.62	0.87	RESP	1	4	2.73	0.91	DOS	2	3	2.55	0.52
REM	1	4	3.51	0.88	REM	1	4	3.34	0.97	REM	4	4	4.00	0.00



Graphe 8

SELE : La prise en charge sélective patient-médecin traitant
DOS : Le dossier patient
RESP : La distribution des responsabilités
REM : La rémunération



Graphe 9. Prédiction des médecins généralistes sur l'avenir de l'HL

Interrogés sur le retentissement sur l'exercice libéral si une fermeture éventuelle de l'hôpital local survenait, les médecins généralistes exerçants dans hôpital local sont partagés dans leurs réponses, il y'a 46,15% qui estiment que leur exercice libéral serait lésé si une fermeture des hôpitaux locaux survenait tandis que 53,85% pensent que leur exercice libéral en serait épargné (cf. *Tableau 28*).

Tableau 28. L'exercice libéral serait-il lésé en cas de fermeture de l'HL ?

	Oui	Non	Total
Médecins exerçants	18	21	39
	46.15	53.85	100

Sachant que plusieurs hôpitaux locaux ont lancé des projets de réalisation de maisons de santé pluridisciplinaires dans un but de rapprocher les praticiens libéraux et assurer ainsi une meilleure présence médicale au sein de l'hôpital local, nous avons posé la question aux médecins généralistes pour savoir ce qu'ils en pensent.

62,26 % des médecins interrogés, se sont montrés favorables à l'idée d'intégrer une maison de santé pluridisciplinaire, les 37,74 % restants sont contre l'idée.

Les commentaires évoqués sous-tendent une crainte des médecins généralistes pour leur statut libéral (cf. *Tableau 29*).

Tableau 29. Que pensent les médecins du projet de réalisation de maisons de santé pluridisciplinaires adossées ou au sein même des hôpitaux locaux ?

	FAVORABLE			DEFAVORABLE			Total
Effectif	33			20			53
%	62.26			37.74			100
	Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants		Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants		
Effectif	24	9		15	5		53
Effectif (%)	61.54	64.29		38.36	35.71		
%	72.73	27.27		75.00	25.00		100

Les Tableaux 30 et 30bis illustrent un test de Khi deux pour tester l'hypothèse d'indépendance entre les deux variables que sont « l'exercice dans l'hôpital local » et « l'avis concernant les maisons de santé pluridisciplinaires ». Ce test montre que l'avis favorable ou non à l'idée d'intégrer une maison de santé pluridisciplinaire ne dépend pas du fait d'exercer ou non dans l'hôpital local (cf. *Tableau 30 et 30bis*).

Tableau 30. Khi 2 pour le lien entre l'exercice ou non et la l'avis des médecins concernant les maisons médicales pluridisciplinaires

			Exercice		Total
			Médecins Exerçants	Médecins Non Exerçants	
Maison de santé pluridisciplinaire	DEF	Effectif	15	5	20
		Effectif théorique	14.7	5.3	20.0
	FAV	Effectif	24	9	33
		Effectif théorique	24.3	8.7	33.0
	Total	Effectif	39	14	53
		Effectif théorique	39.0	14.0	53.0

Tableau 30 bis. Test de Khi –deux avis concernant les MDS et l'exercice

	Valeur Calculée	df	Probabilité d'erreur
Pearson Chi-Square	0.033	1	0.856

Chapitre IV

Discussion

IV.1-Introduction

Dans ce qui suit, nous allons faire une synthèse globale de notre travail avec discussion de tous les résultats obtenus.

Nous allons suivre l'organigramme suivant :

- La méthode du *Focus group* ;
- Le questionnaire ;
- L'analyse de l'échantillon ;
- L'analyse des données qui a été faite dans le sens de ressortir les aspects suivants :
 - Enjeux économiques VS utilité ;
 - La survie de l'HL tributaire d'une amélioration de ses prestations ;
 - Les raisons réelles de la non-implication de certains médecins généralistes dans l'HL ;
 - Les défis à relever par l'HL ;
 - Les perspectives d'avenir et enfin,
 - L'hôpital local type.

IV.2-Méthode du *Focus Group*

La technique du *Focus group* que nous avons utilisée pour définir notre questionnaire est une procédure fortement recommandée dans ce genre de déduction [9].

Parallèlement à cette technique, plusieurs autres méthodologies existent telles que, les entretiens directifs et semi-directifs. Si l'entretien directif n'est pas adapté pour aider à établir un questionnaire vu que lui-même consiste en un questionnaire fermé, la deuxième concernant l'entretien semi-directif pourrait être utilisée dans ce sens. Seulement, en usant de la dynamique de groupe, la méthode du *Focus Group* est la mieux adaptée à l'élaboration d'un bon questionnaire.

Bien que ce soit une méthode essentiellement qualitative, celle-ci a bien prouvé toute son utilité dans différents domaines tels que le marketing et même dans le domaine de la santé [9][10].

Nous avons respecté toutes les conditions de bon déroulement de cette technique, à savoir :

1. Nous avons mené trois *Focus group* pour pouvoir cerner au mieux le problème avec des visions plus variées et donc plus à même de généralisation ;
2. Les médecins généralistes que nous avons sollicités ont des positions variables par rapport à l'exercice ou non dans l'hôpital local ;
3. Les séances étaient de durée convenable (entre une heure et demi et deux heures) de sorte qu'il puisse en sortir le maximum d'idées sur le thème étudié ;
4. Le débat était animé par le modérateur (mon directeur de thèse pour le premier *Focus group* et moi-même pour les deux autres) de manière à donner le plus de liberté d'expression aux intervenants en laissant agir la dynamique de groupe ;
5. Toutes les séances ont été, avec l'accord de tous les participants, enregistrées en audio et vidéo ;

6. Plusieurs lectures ont été faites sur ces enregistrements afin de tirer le maximum d'informations sur les items à proposer dans le questionnaire ;
7. Les débats ont été transcrits de façon très fidèle et les items ont été proposés sur la base de cette transcription.

IV.3-Le questionnaire

Concernant le questionnaire :

1. Les questions posées ont été tirées comme susmentionnés de la transcription et des lectures des séances menées dans les *Focus group* ;
2. Les questions étaient conditionnelles de sorte que, suivant les réponses des médecins à certaines questions, des suites différentes étaient proposées à ces derniers ;
3. Les questions étaient variées que ce soit dans les thèmes abordés ou dans la nature même de ces questions. En effet :

Pour ce qui est du contenu, elles ont eu trait à moult préoccupations comme :

- a. Les motifs donnés par les médecins pour justifier l'exercice ou non dans les hôpitaux locaux (distance, charge de travail, etc.) ;
- b. L'existence et la proximité d'un hôpital local a-t-elle motivé ou non l'installation du médecin ?

Pour les médecins exerçant dans l'hôpital local, il a été question de connaître :

- c. La fréquence d'utilisation de l'HL ;
- d. Les modalités d'utilisation de ce dernier ;
- e. Le rôle de l'HL dans la prévention et l'éducation thérapeutique ;
- f. Leur satisfaction à propos des services rendus par l'HL.

Pour les médecins non exerçant dans l'hôpital local, on s'est intéressé à :

- g. Connaître les raisons de non-exercice en classant les raisons suivant l'ordre d'importance perçu par les médecins :
 - charge de travail ;
 - distance du cabinet par rapport à l'HL ;
 - manque de moyens diagnostiques et/ou thérapeutiques ;
 - contraintes administratives ;
 - mode de fonctionnement de l'HL ;
 - système de rémunération ;
 - peur pour le statut libéral.
- h. Connaître leur avis concernant l'embauche d'un praticien à titre salarié et à temps plein au sein de l'HL.

Concernant l'HL lui-même, les questions ont porté sur :

- Que pensent les médecins des moyens dont dispose l'HL?
- Que pensent les médecins des moyens d'accueil de l'HL?
- Moyens ou prestations que les médecins veulent voir intégrer l'HL ?

- Avis des médecins sur la télémédecine ;
- Avis des médecins concernant la mise en place d'un service d'accueil direct de patient (simili urgence) ;
- Mode de fonctionnement de l'HL ;

Et enfin, l'avis du médecin sur l'avenir de l'HL et :

- L'exercice libéral serait-il lésé en cas de fermeture de l'HL ?
- Que pensent les médecins du projet de réalisation de maisons de santé pluridisciplinaires adossées ou au sein même des HL ?

Pour ce qui de la variation dans la nature des questions, celles-ci étaient :

1. Parfois fermées proposant les réponses types ou ;
2. Ouvertes laissant les médecins s'exprimer librement sur l'item proposé.

Dans ce dernier cas, un codage particulier des propos des médecins a été indispensable avant l'étape d'analyse.

IV.4-L'échantillon

Dans cette étude, nous avons essayé d'obtenir les réponses de tous les médecins généralistes Vosgiens installés dans la zone étudiée avec comme seul critère d'inclusion une installation libérale à moins de 15 km d'un HL.

Au vu du taux de participation de 53% obtenu dans cette investigation empirique, l'enquête révèle des tendances représentatives pour la zone étudiée et peut être utilisée comme ébauche pour une étude plus approfondie sur la question des hôpitaux locaux en France.

Cette étude doit, à notre sens, être menée par un organisme ayant les moyens nécessaires pour garantir une démarche qui respecte les règles scientifiques du sondage et de l'échantillonnage, pour reproduire une image représentative de la réalité.

IV.5-L'hôpital local, une entité hospitalière originale à préserver ou un concept dépassé ?

IV.5.a-Enjeux économiques VS utilité

À la question sur l'utilité de disposer à proximité de son lieu d'exercice libéral d'une entité hospitalière type « hôpital local », près de 89% des médecins, groupes confondus, ont répondu affirmativement. À la dernière question sur l'avenir de l'HL, la majorité des médecins, groupes confondus encore une fois, ont prôné le maintien de ces hôpitaux. L'analyse conjointe de ces deux résultats permet de dire et de façon sûre que l'intérêt et le service rendu par l'hôpital local sont établis et reconnus par les deux groupes de médecins généralistes interrogés.

L'enquête de satisfaction faite auprès des médecins exerçants dans l'HL ainsi que la question adressée aux médecins n'exerçant pas dans l'HL sur l'embauche d'un praticien à titre salarié, viennent conforter la retenue de cette conclusion. En effet, près de 97,3 % des médecins exerçants dans l'HL sont satisfaits du service rendu par ce dernier. Quant à la 2^{ème} question, près des trois quarts ont répondu favorablement. Ceci permet de faire la différence entre un

simple refus des médecins généralistes de s'impliquer dans l'hôpital local de celui d'un rejet tout court du concept de celui-ci.

L'analyse des réponses à la question adressée aux médecins qui exercent dans l'hôpital local où il leur est demandé si leur exercice libéral serait lésé si fermeture éventuelle de l'HL, il est à noter que 46,1 % des médecins voyaient leur exercice libéral lésé. Pour les 53,9 % disant qu'il ne le serait pas, on peut conclure que pour ces médecins, l'intérêt porté à ces structures et l'utilité de les avoir à proximité du lieu d'exercice libéral comme souligné par la majorité des médecins, groupes confondus, sont surtout à rattacher à la population locale et non à l'exercice de la médecine générale. Ceci apparaît aussi dans les commentaires qui argumentaient l'utilité de l'hôpital local où la majorité des médecins ont évoqué des arguments mettant en avant le profit de la population locale procuré par ces entités hospitalières.

Les données démographiques des régions où sont implantés les hôpitaux locaux, souvent à caractère rural et souffrant déjà de la baisse de l'offre de soins, présentent une population de plus en plus vieillissante. Ceci confère aux hôpitaux locaux le statut de structures incontournables pour faire face aux besoins sanitaires locaux.

Par ailleurs, le nombre d'hôpitaux locaux baisse d'année en année avec une perte moyenne de 7 entités hospitalières par an depuis 2005^[23]. Ces hôpitaux sont généralement convertis en des EHPAD. On sait que les dépenses pour la santé pour le secteur public, en 2011 par exemple, sont estimées à 63,8 milliards d'euros ^{[14][15]}, celles concernant les hôpitaux locaux tous confondus sont estimées à 1.27 milliards la même année (données de l'INSEE mises à jour en septembre 2012)^{[21][24]}. On sait aussi que lorsqu'un hôpital local ferme, son activité de court et de moyen séjour sera reprise par les hôpitaux régionaux qui, d'une part, sont engorgés, et d'autre part, présentent un coût journalier de prise en charge plus consistant que celui d'une prise en charge au sein de l'hôpital local. On peut se demander alors si les économies prétendues sont vraiment réelles ?

IV.5.b-La survie passe par l'amélioration de ses prestations

Le manque de moyens de diagnostic dans les hôpitaux locaux est un fait avéré et est souligné par la majorité des médecins interrogés, qu'ils soient exerçants ou non dans l'hôpital local. Mais, en même temps, près des trois quart des médecins voient l'hôpital local comme une unité d'hospitalisation et de prise en charge de diagnostics déjà établis ; le rôle théorique attribué à l'hôpital local par la majorité des médecins interrogés n'est pas celui de faire des diagnostics mais plutôt celui de pouvoir disposer d'une surveillance médicale continue à une patientèle fragile, tout en la gardant dans un environnement familial et à proximité de sa famille.

Ceci se voit aussi dans la question sur les motifs d'utilisation de l'hôpital local où les pathologies et problèmes gériatriques figurent comme premier motif d'utilisation de l'hôpital local et aussi dans la question à commentaire concernant l'utilité de l'hôpital local où l'argument de proximité a été mis en avant.

Par ailleurs, ces mêmes médecins pensent que pourvoir les hôpitaux locaux d'un certain nombre de moyens serait d'un grand apport pour la pratique médicale dans ces hôpitaux.

Le chef de file des moyens convoités par les médecins interrogés est le laboratoire d'analyse médicale de routine, ceci est probablement lié à la polypathologie des personnes âgées nécessitant souvent des bilans sanguins répétés, surtout en situation aiguë.

La deuxième prestation convoitée dans un hôpital local est le service pour le personnel kinésithérapeute et ergothérapeute. Celui-ci permet d'accélérer le processus de convalescence permettant un retour à domicile rapide et dans des conditions convenables. L'existence d'un tel service a été aussi très louée par les participants lors des *Focus group* réalisés.

L'organisation de consultations spécialisées au sein de l'hôpital local devrait, comme vu dans le premier chapitre, se faire tout naturellement avec les médecins spécialistes des hôpitaux régionaux avec lesquels il y'a eu signature d'une convention. Cependant, sur le plan pratique, celles-ci ne sont souvent pas organisées à cause du nombre aléatoire des demandes et le caractère urgent quelques fois d'une prise d'avis. Néanmoins, pour certaines spécialités telles que la gériatrie, des consultations devraient pouvoir être organisées au sein de l'hôpital local vu le nombre de demandes qu'elles suscitent.

En ce qui concerne les moyens d'accueil, le problème est soulevé de façon indirecte. En effet, près des deux tiers des médecins interrogés pensent que les moyens d'accueil des hôpitaux locaux sont suffisants, mais paradoxalement, ces mêmes médecins interrogés sur le nombre optimal de lits de médecine et de SSR pour un meilleur fonctionnement de l'hôpital local ont proposé un nombre moyen de lits supérieur au nombre moyen existant actuellement pour les deux services [22].

Il reste aussi à l'hôpital local à retravailler son image reflétée qui est actuellement souvent assimilée à un mouvoir. Ce constat a été évoqué par les participants aux *Focus group* comme une des raisons qui ont conduit à la perte d'intérêt de la part de la population locale pour laquelle, le rôle et les missions réels de l'HL sont confus.

IV.5.c-Connaître les raisons réelles de la non implication de certains médecins généralistes dans l'HL

L'abstention d'utilisation de l'hôpital local par certains médecins est expliquée par une combinaison de raisons variables d'un médecin à l'autre.

- a. La raison la plus établie, comme on a pu le constater dans l'analyse descriptive, est l'éloignement du cabinet médical de l'hôpital local. En effet, la distance moyenne entre le cabinet médical et l'hôpital local est de 10 km pour les médecins qui n'y exercent pas, elle en est de 3,1 km pour l'autre groupe.
- b. Quant à la charge de travail qui est pourtant la première mise en avant dans les raisons avancées par les médecins interrogés, son impact n'a pas pu être confirmé lors de la comparaison des deux groupes par rapport aux deux indicateurs de la charge de travail que sont : « le nombre moyen de patients vus par jour » et « le nombre moyen de visites à domicile effectuées par semaine ». Ce paradoxe pourrait être expliqué soit par la différence de perception de la charge de travail par les différents médecins ou alors dû à un effet de combinaison de plusieurs raisons associées. Néanmoins, il est clair que pour un médecin généraliste dont la patientèle dépasse la quarantaine par jour, il lui est difficile de trouver du temps à consacrer pour une activité hospitalière supplémentaire.
- c. Le manque de moyens diagnostiques et thérapeutiques dans les hôpitaux locaux contribue à la réticence de certains médecins généralistes à s'investir dans ceux-ci. Ces derniers, comme soulevé lors des *Focus group*, réclamaient un minimum de moyens qui permettrait, comme ils disaient, d'avoir le sentiment de passer un palier par rapport à la médecine de ville.

- d. Le mode de fonctionnement semble aussi être une sérieuse raison d'abstention puisque lors de la question qui reprenait les éléments à revoir dans le mode de fonctionnement de l'HL, la prise en charge sélective patient-médecin traitant ainsi que la distribution des responsabilités ont été évoquées en premier par les médecins qui n'exercent pas dans l'hôpital local.
- e. Aussi, lors des *Focus group*, la perte de temps engendrée par la complexité du dossier patient ainsi que toutes les exigences éreintantes de traçabilité, a été évoquée et critiquée à maintes reprises. Les médecins disaient que le temps passé dans le « travail de bureautique », en reprenant leur expression, se faisait au dépend du temps de soin.
- f. Le système de rémunération du médecin généraliste par l'HL a été classé le dernier dans les éléments à revoir dans le mode de fonctionnement de celui-ci. Il était néanmoins très critiqué lors des *Focus group* réalisés avec les médecins généralistes. En effet, le tarif d'une consultation à l'hôpital local est à 20% de moins que celui d'une consultation de ville. Les 20% soustraits du tarif normal se répartissent en 10% rattachés à l'utilisation du matériel dont l'HL ne dispose généralement pas, disaient les médecins, et les autres 10% sont rattachés aux formations proposées par l'hôpital local, que ce dernier n'a jamais proposées, disaient-ils aussi.

IV.5.d-Les défis à relever

1. Comme on a pu le voir dans l'analyse descriptive, l'existence d'un HL dans une commune ne semble pas motiver les jeunes médecins à venir s'y installer. En effet, près de 95 % des médecins interrogés, groupes confondus, rapportent que leur installation dans la commune n'était aucunement motivée par l'existence d'un hôpital local.

D'autre part, on sait que les milieux ruraux, que sont généralement les régions où les hôpitaux locaux sont implantés, souffrent du problème de la desertification médicale. Ce problème est bien réel, disaient les médecins généralistes de Châtel-sur-Moselle qui comptent depuis peu deux confrères ayant cessé leur activité sans pouvoir se trouver un successeur.

Comme on sait que la pérennité des hôpitaux locaux dépend généralement du concours des médecins généralistes, cette situation risque donc d'entraver leur survie bien avant les problèmes de financement. L'embauche d'un praticien à titre salarié peut se présenter comme une solution dans ces situations.

L'hôpital local et les autorités locales doivent donc œuvrer ensemble dans le sens à attirer l'attention des jeunes médecins et tenter de les motiver à venir s'installer dans les milieux ruraux.

2. Le rôle de l'hôpital local dans la prévention et l'éducation thérapeutique est insuffisant. Ceci a été le constat de plus de deux tiers des médecins interrogés. La question qu'on se pose c'est pourquoi l'hôpital local doit jouer ce rôle ?

La réponse à cette question est facile quand on sait que durant les dernières années, la prévention et l'éducation thérapeutique font partie intégrante de la prise en charge des patients, contrairement aux habitudes d'autrefois où la médecine ne s'occupait que de l'aspect curatif de la pathologie.

Le rôle de la prévention et de l'éducation thérapeutique doit être aussi une des missions des médecins généralistes, mais quand on estime l'investissement en temps, que nécessite une bonne prise en charge dans ce domaine, on comprendra facilement l'intérêt de pourvoir les hôpitaux locaux en moyens pour lui permettre d'accomplir comme il se doit cette partie primordiale de la prise en charge des patients.

3. Les missions de l'hôpital local ne semblent pas être bien connues par les hôpitaux régionaux environnants, c'est ce que pensent près de deux tiers des médecins interrogés (64,1%). Ce problème était soulevé aussi par les médecins généralistes lors du premier *Focus group* où ils racontaient certaines anecdotes rapportées sur des médecins travaillant dans les hôpitaux régionaux. Ces derniers s'étonnaient de la possibilité de reprise prématurée de certains de leurs patients pour la suite de la prise en charge pensant que les HL n'en étaient pas capables. Ce problème souligne en fait un gros problème de communication et de diffusion de l'information. Cette responsabilité incombe certes à l'administration des hôpitaux locaux mais aussi aux différents acteurs locaux.
4. Les hôpitaux locaux sont depuis plusieurs années maintenant impliqués dans la prise en charge des patients en soins palliatifs sans que ce rôle leur soit reconnu. Hormis quelques hôpitaux ayant franchi le pas, la majorité n'ont donc pas de lits attitrés à ce rôle et leur personnel soignant n'est pas formé pour accompagner cette catégorie de patients ainsi que leur familles. Il est temps pour l'hôpital local de s'ouvrir à cette nouvelle mission, et à ses responsables, de se donner les moyens humains et matériels pour bien l'accomplir.

IV.5.e-Les perspectives d'avenir

1. L'approche de l'avenir de l'hôpital local a été abordée à travers trois types de questions :
 - La première concerne la menace de fermeture des hôpitaux locaux et les retombées éventuelles sur l'exercice libéral dans les régions concernées ;
 - La deuxième concerne le projet de mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires adossées ou au sein même des hôpitaux locaux qui sont censées redonner un nouveau souffle à ces derniers. Cette question était complétée par une question ouverte en cas d'un avis défavorable à l'idée des maisons de santé.
 - La dernière consiste en une question ouverte qui demande aux médecins généralistes de s'exprimer clairement sur l'avenir qu'ils prédisent pour les hôpitaux locaux.

Pour la première question, les médecins interrogés étaient partagés dans leurs réponses. Ceci souligne, comme vu précédemment, que pour certains médecins, l'intérêt porté envers ces entités hospitalières dépasse le cadre personnel vers celui d'un intérêt collectif où le premier à en tirer profit est la population locale.

La seconde question était adressée à tous les médecins, groupes confondus. 62,3 % des médecins interrogés, dont près des trois quarts appartiennent au groupe exerçant déjà dans l'hôpital local, se sont montrés favorables à l'idée d'intégrer une maison de santé pluridisciplinaire. Les 37,7 % restants dont les trois quart sont représentés par les médecins n'exerçant pas dans l'hôpital local sont contre l'idée. Les raisons avancées par ce dernier groupe de médecins convergent pour la plupart vers une sorte de crainte pour leur statut libéral. Ceci apparaît clairement dans les commentaires des médecins

où on dénombre, pas moins de 11 propos véhiculant l'idée de mainmise de l'hôpital local sur l'activité du médecin généraliste si intégration est. D'autres ont souligné simplement l'absence d'intérêt pour le patient dans cette façon de faire.

La dernière question qui donnait la libre parole aux médecins pour s'exprimer sur l'avenir qu'ils prédisent pour ces hôpitaux locaux, il est à noter que c'est la question ouverte qui a suscité le plus d'intérêt de la part des médecins interrogés vu le nombre de commentaires évoqués. Ces derniers étaient partagés entre ceux qui pensent que ces hôpitaux vont disparaître au profit de plus grosses structures en subissant les lois de la sélection naturelle. D'autres plus optimistes, prédisent plutôt soit une fusion de plusieurs hôpitaux voisins soit une conversion de ces derniers en des SSR locaux. Il n'en demeure pas moins, que la majorité des commentaires évoqués prédisent le maintien de ces hôpitaux locaux et de la possibilité de leur amélioration. Cette majorité prédisant le maintien reste la même si l'on sépare les deux groupes.

2. Aussi, le développement des outils de la télémédecine est une perspective très convoitée par les médecins interrogés. En effet, près de neuf médecins sur dix y sont favorables.

L'hôpital local pourrait constituer le noyau des transferts des informations médicales que ce soit entre confrères, généralistes et spécialistes, ou alors entre l'hôpital et les médecins généralistes. Cet outil facilite la prise en charge des patients hospitalisés et offre aussi un gain de temps pour le médecin généraliste.

3. L'embauche d'un praticien salarié au sein des hôpitaux locaux peut être la seule issue possible pour la survie de certains d'entre eux. En effet, les hôpitaux locaux implantés dans des bassins de vie souffrant d'une couverture médicale insuffisante peuvent n'avoir d'autre solution que de faire appel à un praticien à titre salarié. Ceci commence à être effectif dans plusieurs hôpitaux locaux. Au niveau du département des Vosges, deux hôpitaux locaux, en l'occurrence ceux de Châtel-sur-Moselle et de Mirecourt, fonctionnent déjà sur un mode mixte en associant le concours des médecins généralistes libéraux avec celui d'un praticien salarié.

IV.6-L'hôpital local type

Au terme de cette analyse, on peut imaginer une nouvelle conception de l'hôpital local qui correspondrait à l'image optimale telle que sollicitée par la majorité des médecins interrogés.

- Premièrement, l'appellation « hôpital local » doit être maintenue.
- Deuxièmement, si l'on est amené à construire un hôpital local dans une région, il faut que l'endroit de construction tienne compte de l'implantation des cabinets libéraux déjà existants dans la région. Au lieu que l'HL soit construit au centre de la commune, comme c'est le cas habituellement, on propose qu'il soit placé dans un endroit où il est le plus proche d'un nombre maximum de cabinets de médecins généralistes. Sinon, dans le cas où l'hôpital local est déjà construit, une maison de santé pluridisciplinaire peut permettre un rapprochement des praticiens offrant une meilleure présence médicale au sein de l'hôpital local. Néanmoins, un engagement de la part de l'administration de l'hôpital local, régi par des lois, qui préserve le statut libéral de la médecine générale d'une éventuelle domination du secteur public est fortement exigé. Dans le cas où l'implication des médecins généralistes n'est pas suffisante pour un bon fonctionnement de l'hôpital local, l'embauche d'un praticien à titre salarié pourrait se

présenter comme une solution qui pourrait intéresser les médecins généralistes ne voulant pas ou ne pouvant pas s'investir dans l'hôpital local. Ces derniers pourraient tout de même utiliser l'hôpital local sans être obligés d'y intervenir.

- Ensuite, cet hôpital local doit contenir, en plus d'une section d'EHPAD et d'un service de long séjour, un service de SSR avec une moyenne de 22 lits et un service de médecine avec une moyenne de 12 lits.
- Cet hôpital devrait être équipé d'un laboratoire d'analyse médicale de routine, pour faciliter la prise en charge des patients, d'un service de kinésithérapie et d'ergothérapie pour le service de SSR. Il serait aussi nécessaire d'organiser des consultations au sein de l'hôpital pour certaines spécialités et le faire de façon périodique en fonction de la demande. Enfin, et dans le meilleur des cas, se procurer d'un service de radiologie standard. Il est à noter par ailleurs que le laboratoire et le service de radiologie, voire même les consultations spécialisées, peuvent servir en même temps à la patientèle de ville.
- Il faut aussi développer les outils de télémédecine, que ce soit avec les confrères spécialistes ou aussi pour la transmission des différentes informations médicales (bilans, radios, résultats d'examen, etc.)
- En ce qui concerne le mode de fonctionnement, l'intervention des médecins généralistes au sein de l'hôpital devrait se faire suivant un roulement. La prise en charge des patients ne tiendrait pas compte, à ce moment-là, de la sélectivité patient-médecin traitant. Sinon, si cette dernière devait être maintenue, il faudrait quand même faire en sorte qu'un médecin qui vient intervenir pour ses patients accepte de gérer les problèmes du jour des confrères. Ceci confortera les bons rapports entre confrères et permettra aux médecins de mieux s'organiser.
- Il faut aussi simplifier au maximum le dossier patient et surtout assouplir la procédure assurant la traçabilité des actes médicaux de sorte à permettre aux médecins généralistes de se consacrer au soin et de réduire au maximum le temps perdu dans le travail administratif.
- Il faut que l'hôpital local tienne son rôle dans le domaine de la prévention et de l'éducation thérapeutique, et ce, en contribuant à la formation de son personnel soignant et en organisant en son sein des campagnes de prévention et d'information sur des thèmes variées.
- Enfin, il faut que les missions de l'hôpital local soient diffusées aux hôpitaux régionaux environnants pour que celui-ci puisse jouer son rôle d'hôpital de relais de ces derniers. Ceci rétablira à l'HL l'image qu'il devrait refléter et lui assurera un gain d'activité salulaire.

IV. 7-Conclusion

La synthèse des résultats obtenus de notre enquête nous amène à déduire qu'il est de l'avis des médecins questionnés, le maintien de la structure de l'hôpital local avec des propositions d'améliorations des prestations de ce dernier.

L'adjonction à ce dernier, d'une maison de santé pluridisciplinaire peut permettre un rapprochement des praticiens offrant une meilleure présence médicale au sein de l'hôpital local.

Conclusion Générale

L'originalité de l'hôpital local émane de son mode de fonctionnement mixte, ainsi que de sa grande capacité d'adaptation aux besoins sanitaires locaux. Ceci se confirme à la vue de ses missions qui se sont remodelées au fil du temps pour lui conférer l'orientation gériatrique qui le caractérise actuellement.

Cet atout présente l'hôpital local comme une véritable structure joker mise à la disposition des politiques de la santé qui peuvent l'utiliser et l'adapter en fonction des besoins de santé locaux.

Les circonstances qui ont donné naissance aux hôpitaux locaux il y'a de cela une soixantaine d'années sont celles-ci mêmes qui continuent à exister dans les milieux ruraux. Si les conditions de vie se sont quelques peu améliorées, la difficulté à l'accès aux soins, la démographie médicale disparate au profit des grandes villes et des régions côtières et le vieillissement de la population continuent à caractériser ces milieux ruraux. Ces données démographiques consolident l'idée de la nécessité de garder de telles structures hospitalières à caractère médico-social, seules capables de faire face aux besoins de santé locaux de la population.

Les efforts fournis depuis des années par les politiques pour combattre la désertification médicale dans les milieux ruraux ont échoué. Les hôpitaux locaux peuvent contribuer à mener une vraie politique attractive envers les professionnels de santé. Ceci pourrait encourager les jeunes médecins à venir s'installer dans ces zones en déficit.

Le service rendu par l'hôpital local ne fait aucun doute au sein de la communauté des médecins généralistes qui l'ont exploité et son utilité fait l'unanimité des deux groupes confondus.

Les avantages que ces hôpitaux locaux offrent aux médecins généralistes sont multiples, allant de la diversification de leur exercice médical à la prise en charge rapprochée de leurs patients en passant par une meilleure organisation de la permanence des soins et une amélioration des rapports confraternels.

Cependant, l'amélioration des services rendus par l'hôpital local, en termes de moyens d'accueil et de certains moyens de diagnostic standards s'avère nécessaire. Aussi, il est vital de disposer d'une vraie stratégie de revalorisation de son rôle médico-social. Ceci passe par le développement entre autre de certains de ses domaines d'action, notamment celui de la prévention et de l'éducation thérapeutique, et éventuellement celui de la prise en charge des patients en soins palliatifs.

L'étude que nous avons menée, que ce soit au travers des *Focus group* réalisés ou au travers des résultats de l'enquête, nous a dévoilé l'inquiétude qui règne chez les médecins généralistes exerçants dans les hôpitaux locaux quant au devenir de ces derniers.

Les conséquences d'une application de la T2A comme mode de financement des hôpitaux locaux peuvent leur être fatales. Les médecins généralistes exerçants dans ces hôpitaux tirent la sonnette d'alarme chaque fois que l'occasion de s'exprimer leur est donnée.

Le report itératif de l'application de ce nouveau mode de financement, non adapté aux hôpitaux locaux, laisse un peu d'espoir aux acteurs locaux de la santé. Ces derniers souhaitent la dérogation à cette loi au profit du maintien de l'ancien mode de financement qui convient le mieux aux hôpitaux locaux.

Le maintien donc de ces entités hospitalières fait figure de nécessité auprès des médecins généralistes et des acteurs locaux, une dérogation à la loi HPST ne serait-elle pas envisageable ?

Références Bibliographiques

- [1] A Moreau, M C Dedianne, L Letrilliart, M F Le Goaziou, J Labarère, J L Terra. **S'approprier la méthode du focus group**. La revue du praticien - Médecine générale, 15 Mar 2004; 18 (6 4 5)
- [2] J P Claveranne, S Vanhove, C Pascal. **Hôpital local et permanence des soins**. IFROSS, Université Jean-Moulin Lyon 3, 5 Jan 2009.
- [3] M Denis. **L'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local**. Module interprofessionnel de santé publique, ENSP, Rennes, 2003
- [4] C Baribeau. **L'analyse qualitative des données**. Recherches qualitatives 2009 ; 28(1):133-148 ISSN 1715-8702.
- [5] P Dubois. **L'hôpital local : Comment pourrait-il influencer l'installation des Médecins généralistes en zone rurale ?** Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Créteil, Paris XII, 2008.
- [6] L Dupont. **Soins Palliatifs et Sida à L'hôpital local de Pompey, Etude sur 43 cas**. Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1 Faculté de Médecine de Nancy, 2010.
- [7] D. Rozborski. **L'apport d'un Hôpital Local dans l'organisation des soins, Expérience de l'Hôpital Intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe**. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1 Faculté de Médecine de Nancy, 2005.
- [8] JORF n°179 du 2. **Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1)**, NOR: SPSX9000155L, page 10255, Août 1991.
- [9] F Guillemette, J Luckerhoff, C Baribeau. **Entretiens de groupe : Concepts, usages et ancrages**. Recherches qualitatives, 29(1):6 ISSN 1715-8702, 2010.
- [10] Légifrance, Décret n°72-1078 du 6 décembre 1972. **Relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier**. 1972.
- [11] Légifrance. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**. NOR: SASX0822640L, 2009.
- [12] Légifrance. **Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation**. NOR: SJSH0803309D, Version consolidée au 21 avril 2008.
- [13] JORF n°172. **Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code**. NOR: SANP0522707D, page 37003, 26 juillet 2005, texte n° 101.
- [14] M Denis & al. **Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ?** ENSP, Rennes, 2004.

- [15] Séminaire regroupant des membres de l'Association Nationale des Hôpitaux Locaux. **La place et les missions de l'hôpital local dans l'organisation régionale des soins**. Tenu le 28 février, 1er et 2 mars 2003 Paris Hôpital local de Houdan, 2003.
- [16] Y Berland. **Mission « Démographie des professions de santé »**. Rapport n°2002135, Faculté de Médecine de Marseille, Novembre 2002.
- [17] STATISS 2012. **Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social**. Agence Régionale de Santé, Lorraine, 2012.
- [18] R Borie. **Organisation de la continuité médicale des soins et pérennité de l'hôpital local : l'exemple de l'hôpital local d'Yssingeaux**, EHESP, 2008.
- [19] Y Bourgueil, J Mousquès, A Marek, A Tajahmadi. **Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France**. Bulletin d'information en économie de la santé, n° 122 - Mai 2007.
- [20] J Allombert. **Quelle place pour l'hôpital local dans la structuration du Territoire au service d'une action efficace en santé publique, Module interprofessionnel de santé publique**. EHESP, 2008.
- [21] A Podeur. **Avenir des hôpitaux locaux**. Discours de la Directrice générale de l'offre de soins, Table ronde à l'assise de l'Hôpital local de Houdan, Octobre 2011.
- [22] S A E 2011. **Statistique Annuelle des Etablissements de santé lorrains**. Agence Régionale de Santé, Lorraine, 2012.
- [23] SAE 2010 – Production. **Liste des hôpitaux locaux en France**. STATISTIQUE ANNUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE, 2010.
- [24] INSEE. **Dépense courante de santé en 2011**. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
- [25] Z Or, T Renaud, **Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères**, IRDES, Mars 2009.
- [26] Z Or, T Renaud, **Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères**, IRDES, Mars 2009.
- [27] Légifrance, Décret n°59-957 du 3 août 1959, **Relatif au classement des hôpitaux et hospices publics**.
- [28] JORF, L'Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958, 12 décembre, 1958.

Annexes

Annexe A

Contenu des Focus Group

Résumé du 1er Focus Group

Le premier problème soulevé par un des participants, en l'occurrence le Dr Y. D., était l'absence de service de lit porte, un service qui fut, d'une certaine façon, existant auparavant à l'HL et qui assurait à ce dernier une certaine crédibilité et une certaine reconnaissance de la part de la population qui le voyait comme un véritable lieu de soins, il a ensuite souligné le rôle de rentabilité qu'offre un service de lit porte aux hôpitaux, notamment en alimentant les différents services de l'hôpital, le Dr P. H. se demandait pourquoi un tel service n'existe plus.

Le Dr C. P. met l'accent sur la tournure qu'ont connu les HL dans leurs histoires suite à la disparition des services de maternité, le Dr P. H. rappelle alors, suite à une évocation des moyens peu sophistiqués dont disposent les HL, la notion d'obligation de moyens à laquelle sont tenus les médecins et qu'on ne peut plus bricoler sous le couvert du manque de moyens, le Dr C. P. relie à ce manque de moyens la nouvelle vocation des HL dans le domaine de la prévention et de l'éducation thérapeutique, le Dr P. M. fit sa première intervention en disant que le manque de moyen était le point qu'il reprochait le plus aux HL, le Dr Y. D. précise qu'encore dans le temps, des choses se faisaient localement telles certaines analyses biologiques que le pharmacien faisait dans son officine, le Dr C. P. rapporte au groupe dans le même ordre d'idée l'exemple de l'HL de Bourbonne-les-Bains qui s'est muni d'un service de radiologie en partenariat avec l'hôpital de Neufchâteau via la télémedecine, le Dr Y. D. apprécie l'idée mais s'interroge sur la prise en charge de l'acte, le Dr C. P. précise alors que c'est à la charge de l'HL.

Le Dr C. P. évoque ensuite de rôle de la compétence et de la qualité des soignants ainsi que la disposition d'une équipe pluridisciplinaire active au sein de l'HL qui rend ce dernier plus attrayant pour la population locale, le Dr P. H. approuve et cite l'exemple du recrutement de kinésithérapeutes de premier ordre à l'HL de Lamarche.

Puis, le Dr C. P. soulève un autre point qui aurait affaibli les HL et qui est l'étiquette longtemps attribuée aux HL d'être des hôpitaux de fin de vie ou des mouroirs.

Le Dr C. P. s'excuse ensuite de ses interventions qui l'ont fait un peu sortir de son rôle de modérateur, puis il reprend en s'adressant au Dr P. M., présenté comme le participant ayant la position la plus réservée du groupe présent vis à vis des HL, en lui demandant d'intervenir, le Dr P. M. évoque comme premier problème la distance qui sépare son cabinet de l'HL le plus proche, en l'occurrence l'HL de Darney distant d'une dizaine de kilomètres, puis énumère une série de contraintes qui sont : la charge de travail, l'appréhension de contraintes administratives, l'appréhension des rapports à devoir avoir avec le personnel présent au sein de l'HL, la peur pour le statut libéral, puis il évoque de nouveau la distance, et enfin il soulève un dernier élément et qui est celui de l'appellation "hôpital" dont il n'est pas très d'accord, que pour lui un hôpital doit être muni d'un laboratoire, d'un service de radiologie. d'outils qui permettent de faire plus de diagnostics, le docteur P. H. lui dit à condition qu'on considère l'HL comme un hôpital où on fait des diagnostics, oui, lui répond le Dr Marcnaud, et donc un hôpital où il y'a des médecins spécialistes, lui rajoute il le Dr P. H., oui aussi lui réponds le Dr P. M..

Le Dr C. P. parle ensuite de la méconnaissance des HR du rôle réel et des possibilités de prise en charge de patients par les HL. Il relance ensuite le débat par une question élémentaire qui est : "que connaissez-vous des HL?" tout en s'adressant à ceux qu'ont pas encore pris la parole, en l'occurrence le Dr M. C. F., elle dit alors qu'elle partage le même avis que le Dr P. M. en parlant des moyens diagnostiques mais met en avant les multiples avantages qu'offre l'HL en terme de soins et de proximité.

Le Dr Y. D. parle du phénomène du déshabillage des HR en citant l'exemple de l'hôpital de Vittel ainsi que d'autres hôpitaux qui sont sur la même voie, il poursuit et dit que les grosses structures réduisent l'activités des petites structures tel certains hôpitaux des Vosges qui ont vu restreindre leurs activités petit à petit.

L'interne interrompt le groupe et pose une question qui concerne les modalités d'admission en HL, le Dr C. P. lui répond que de par l'inexistence d'un service d'urgence, ce sont les médecins généralistes autorisés à intervenir à l'HL qui hospitalisent leurs patients et qui les suivent, les entrées aux SSR, quant à elles, se font via des demandes bien précises par transfert des HR.

Le Dr Y. D. reprend les propos du Dr P. M. parlant du manque de moyens diagnostiques pour mettre en avant la période qui suit le diagnostic où le patient devrait trouver une structure d'accueil pour la suite de sa prise en charge post diagnostique qui dure généralement plus longtemps que la période diagnostique. Il regrette ensuite que le service de médecine des HL soit, sauf exception, souvent utilisé comme un service de SSR.

L'interne repose la question sur la modalité d'entrée dans le service de médecine ainsi que sur le mode du fonctionnement des HL, on lui répond que les médecins qui veulent exercer en HL doivent faire une demande délivré par l'ARS pour une durée de 4 ans, puis ces médecins sont autorisés à soigner leurs patients à l'HL, à les hospitaliser quand il le faut dans le service de médecine et les suivre pendant l'hospitalisation et ils sont payés à

l'acte, le Dr P. H. rajoute que même si l'on n'est pas autorisé on peut tout de même hospitaliser directement en HL dans le service de médecine à condition qu'un confrère autorisé serait d'accord pour le prendrait en charge.

L'interne déduit alors que le service de médecine de l'HL peut servir d'alternative à un service d'urgence surchargé, le Dr C. P. l'approuve et rajoute que ça arrive souvent de recevoir, des urgences, des patients dont le diagnostic est établi et dont le suivi, faute de lit, est délégué aux HL.

Le Dr P. H. rajoute une autre façon d'utiliser l'HL qui est celle d'hospitaliser en vue d'un examen (gastroscopie, colposcopie...etc), la préparation se fait à l'HL la veille et le patient revient une fois que l'examen est fait.

Le Dr P. M. est intéressé par cette modalité d'utilisation de l'HL mais s'interroge sur la prise en charge des transports?, ae Dr P. H. réponds que c'est à la charge de l'hôpital.

Ensuite moi je demande l'autorisation d'intervenir et je pose une question aux Drs P. M. et M. B., qui tous deux, n'exercent pas en HL, et qui concerne l'impact qu'aurait un rajout d'un service de radiologie et d'un laboratoire auprès des médecins qui ne sont jusque-là pas intéressés par l'exercice à HL, le Dr M. B. commence dire qu'il n'est pas à compter parmi ceux qui ne sont pas intéressés et il poursuit en disant que, pour lui, l'HL n'est pas un hôpital de diagnostic, c'est plutôt un hôpital de soins de diagnostics déjà établis, et par conséquence, un tel rajout n'est pas indispensable; Il termine son intervention par souligner l'importance des soins de suivi et d'un retour à domicile fait dans la sérénité qu'offre l'HL; Le Dr P. H. le reprend et énumère les renseignements qu'un séjour à l'HL offre au médecin traitant lui permettant d'organiser un retour à domicile convenable et conforme au patient.

Le Dr C. P. évoque le rôle de la coordination en HL œuvrant à faire participer tous les praticiens libéraux au sein de l'HL pour la prise en charge de leurs patients respectifs, il met l'accent aussi sur l'amélioration des rapports confraternels en faisant confirmer ses dires par le Dr P. H.

Le Dr P. M. reprend la parole et pointe une question au Dr Y. D. sur ce qu'engendrerait, après 20 ans d'exercice dans la région au sein de l'HL, un exercice sans HL? Le Dr Y. D. réponds en rappelant l'évolution qu'a connu l'HL de Darney en 20 ans, en évoquant les moyens de diagnostics qui ne se sont pas améliorés en 20 ans et qu'à contrario, les moyens d'accueil ont reculé en terme de l'état des locaux et aussi en terme de nombre de lits de médecine passé de 12 à 8 lits, chose qui rendait difficile leur disponibilité et de ce fait leur utilisation pour la prise en charge de leurs patients, ceci, poursuit-il, avait un impact négatif sur l'image qu'a la population locale de l'HL, la fonction des HL était remodelée et ce changement était imposée par les circonstances et le cours de l'évolution des choses, il finit ensuite son intervention par souligner le rôle de la maternité et de la pouponnière assimilé à un mini service de pédiatrie, existant à l'époque, dont la disparition avait causé une vraie rupture.

Le Dr C. P. évoque alors le problème de gestion et la prééminence donnée aux administrations sur les politiques y compris dans les hôpitaux et il donne alors un contre-exemple de bonne gestion qui est celui des hôpitaux militaires gérés par des médecins.

Le Dr C. P. veut de nouveau recentrer le sujet en faisant un récapitulatif de ce qui a été dit pour aborder d'autres sujets mais en énumérant la rémunération dans les questions qui ont été abordées le Dr P. M. l'interrompt pour demander des précisions concernant ce sujet, les Drs Petit et P. H. lui ont tout expliqué en détail.

Le Dr C. P. revient pour faire une petite comparaison entre l'HL et les HR en précisant que les patients qu'ils adressent du libéral aux HR, ils partent neuf fois sur dix avec un diagnostic établi, concluant que les HL peuvent tout autant recevoir des patients dont le diagnostic est établi sans avoir à se reprocher le manque de moyens diagnostiques.

Le Dr P. M. évoque la fermeture de certaines structures hospitalières et en décline la responsabilité aux médecins qui ont cessé de les utiliser dans la prise en charge de leurs patients leur préférant les grosses structures, il évoque de nouveau la réputation d'hôpitaux de fin de vie qu'ont les HL, le Dr P. H. confirme cette image reflétée par les HL et rajoute que celle-ci est plus ancré depuis la prise en charge de patients en soins palliatifs.

Le Dr C. P. reprend la parole pour relancer le débat par un autre volet, notamment celui de l'avenir des HL, il leur pose alors la question : "quel avenir pour les HL? Le Dr P. M. essaye de répondre en s'interrogeant sur ce que les politiques prévoient pour ces HL? Le Dr Y. D., le mieux informé du groupe en matières de perspectives politiques du fait de ses fonctions parallèles dans le conseil régional, rapporte que l'idée actuelle que prônent les politiques est celle de ne pas faire de distinction entre un lit d'HL, d'HR ou de CHU, que les trois lits seraient confondus en un seul concept celui de lit sanitaire. Le Dr P. M. s'étonne de cette façon de raisonner des politiques et du décalage que ça crée, la différence se fait, reprend le Dr Y. D., à la tarification à l'acte (TAA), donc impossibilité de lutter conclut le Dr P. M., la politique dans ces régions, poursuit le Dr Y. D., est de fermer des lits de médecine et de rationaliser les SSR par rapport aux secteurs sanitaires publiques tout en gardant un certains maillage, c'est à dire maintenir des lits de SSR là où il y'en aura besoin, au plus proche des gens, le Dr P. H. dit alors que vu ainsi, et du fait qu'autour des HL il y'a de plus en plus de personnes âgées qui auraient

besoin de structures pour les accueillir, les HL ont un rôle à jouer, le Dr C. P. signale par ailleurs et le Dr Y. D. le suit, qu'il y'a beaucoup de lits de SSR dans le bassin de vie de la région, il conclut que ce qui manquait dans la région n'était pas des lits de SSR mais plutôt des lits d'hébergement, le Dr P. H. se demande alors si l'intention n'est pas celle de transformer les HL en EHPAD mais que si c'est le cas, dans 10 ans il repenseront à rouvrir des structures du style HL et que dans ce cas-là ils auraient fait une erreur de planification, le Dr Y. D. pose une autre problématique et qui est celle de distinguer entre un USLD et un SSR, il en cite l'exemple du SSR de rhumatologie où les durées de séjour sont réputées longues, le Dr P. M. relie toutes ces manœuvres à des raisons d'attribution budgétaire, que les politiques sanitaires pencheraient vers les structures médico-sociales pour n'en payer qu'une partie.

Le Dr C. P. parle dans un mot final fin des maisons de santé pluridisciplinaire et son potentiel rôle à jouer dans la permanence des soins au niveau la région, ainsi qu'un rôle à jouer envers les HL du fait que la majorité se situent à proximité voire au sein de ceux-ci, il a rappelé ensuite le consensus du groupe attestant du manque de moyens diagnostiques des HL mais il souligne au passage le rôle de proximité des HL que tous les participants ont mis au-devant, il met l'accent ensuite sur le caractère pluridisciplinaire que revêt les SSR des HL et l'intérêt de garder cette pluridisciplinarité, puis enfin le Dr C. P. informe les participants que cet entretien de groupe ainsi que d'autres à faire vont servir à l'élaboration d'un questionnaire qui sera soumis à un certain nombre de médecins dans le département des Vosges pour finaliser les conclusions, il a remercié tous les participants, moi-même à mon tour je les ai remerciés et la séance du groupe était close.

Résumé du 2ème Focus Group

Ce Focus Group à réuni cinq médecins généralistes tous intervenants à l'HL de Raon-L'étape, il était présent dans le groupe trois autres médecins (2 cardiologues amis au groupe et un médecin généraliste spécialisé en allergologie et travaillant à Saint-Dié des Vosges, épouse d'un des médecins participants, ainsi qu'un pharmacien de la ville de Raon-L'étape, la présence de ces quatre personnes, en dépit de leur non-participation active du fait qu'ils n'étaient pas concernés directement pas le sujet, leur présence à influé positivement sur le groupe concerné qui, en débattant sur les différents thèmes abordés leur faisaient apprendre des choses qui pouvaient les concerner en tant que médecins spécialistes travaillant dans le secteur et ces derniers ne se gênaient pas à demander des explications sur ce qu'ils entendaient comme informations enrichissant ainsi l'assise.

Après avoir remercié vivement tous les participants d'avoir répondu favorablement à ma sollicitation, j'ai remercié ensuite le représentant du laboratoire Astra Zeneca pour avoir pris en charge la soirée, puis j'ai commencé par rappeler aux participants les grandes lignes du travail que j'envisage de faire ainsi que la façon avec laquelle je procède, j'ai expliqué ensuite de façon succincte la méthode du focus group, son utilité, ses domaines d'utilisation et sa façon de déroulement, ensuite la séance a commencé par une question que je leur ai posée et qui est "comment voyez-vous l'HL?" ou "quelle est votre perception de l'hôpital local ?", le Dr T. L. était le premier à prendre la parole en disant qu'on le voit comme indispensable pour la prise en charge de nos patients, le Dr W. l'a suivi dans le même sens en disant que pour eux, acteurs locaux, l'HL est important, ensuite le Dr C. L. s'est posée la question autrement en demandant au groupe où iraient les 184 résidents actuels s'il n'y'avait pas l'HL?, le Dr F. L., en sa qualité de médecin coordinateur de l'HL, m'interrompt et anticipe en voulant savoir si le volet financier de la question du sujet, à savoir la TAA, les dotations etc., allait être abordé, et en lui répondant que tout ce qui concerne l'HL est bon comme sujet à aborder en ré expliquant que le but du focus group est de faire émerger le maximum d'idées par la dynamique du groupe, il aborde alors tout de suite la question en rapportant que les lits de médecine, depuis le passage de 4 à 8 lits à l'HL de Raon-L'étape, ont nui à la rentabilité de ce dernier, que le taux d'occupation ne dépassait pas les 42% et avec, de plus, des DMS trop longues mais qu'en parallèle, les patients d'EHPAD qui nécessitaient des soins médicaux "dits importants" se faisaient hospitaliser dans le service de médecine, ceci influait négativement sur la coupe PATHOS de l'EHPAD et par conséquence sur le budget qui lui est attribué sans pour autant rentabiliser le service de médecine qui, de toute façon, avec l'arrivée de la TAA il ne pourra plus survivre, il a conclu ses dires par souligner que le nombre de lit de médecine optimal pour un bon fonctionnement étaient de 4 lits, et que les 4 autres lits devraient être convertis en des lits de SSR pour une meilleure rentabilité, et que si l'on garde 4 lits de médecine ça serait juste par principe et non pas par intérêt du moment qu'on peut toujours utiliser un lit d'SSR comme un lit de médecine pour une entrée directe en ayant juste un accord tacite avec l'ARS, il a dit en fin que les lits de médecine sont généralement utilisés pour hospitaliser une personne qu'on peut pas garder à domicile par ce qu'elle va mal mais pas autant pour l'envoyer à l'hôpital de Saint-Dié, le Dr T. L. rajoute l'intérêt des hospitalisations de répit pour les familles aidantes de personnes dépendantes, le Dr W. dit qu'au contraire, ils manquaient de places disponibles à l'HL, que quand un lit est disponible ils sont contents parce que ce sont nos patients qu'on y hospitalise, qu'on suit par la suite, on y peut leur réaliser des bilans biologiques, il a regretté le fait de devoir les transférer pour la réalisation des imageries, il rapporte qu'il y'a un certain nombre d'années, il existait un

service de radiologie au sein de l'HL, que c'était l'infirmière chef qui faisait des radios sur simple demande téléphonique, il évoque ensuite toutes les contraintes administratives dues en partie aux exigences de traçabilité, après il aborde l'intérêt de l'HL de garder les patients dans un environnement qu'ils connaissent avec un personnel qu'ils connaissent aussi, notamment s'il venaient d'une autre structure de l'HL comme le personnel soignant effectue des roulement tous les 6 mois dans les différents services, qu'à contrario une hospitalisation dans un centre hospitalier pourrait perturber des patients âgés souvent fragiles sur le plan social, puis le Dr F. L. m'interrompt pour me demander des précisions sur le travail que je m'apprête à réaliser par rapport aux HL, et en expliquant que mon étude s'adressait aux médecins concernés par l'HL qu'ils soient intervenant ou non, le Dr W. s'est étonné qu'il puisse y avoir des médecins dont l'HL n'intéresse pas, il a ensuite abordé la question d'utilité de l'HL, que ce n'était certes pas un hôpital où on espère établir des diagnostics mais que l'HL était surtout utile pour les pathologies simples, les surveillances en phase aiguë et les hospitalisations de répit pour les familles aidantes, le Dr F. L. conclut et dit que l'HL est un hôpital qui rend énormément service à la population locale, et que leur engagement s'est fait dans le sens de l'intérêt de la population locale, puis le Dr W., du fait de la présence de leur amis cardiologues qui travaillent dans une clinique à Saint-Dié des Vosges, a évoqué la possibilité d'organiser des consultations au sein de l'HL voire d'organiser une sorte de télé-médecine entre eux généralistes et les cardiologues, par exemple pour les interprétations des ECG ou pour des avis téléphoniques, les cardiologues étaient d'accord et ils avaient dit que la majorité des patients confiés à la clinique auraient pu être pris en charge au sein même de l'HL, puis le Dr F. L. a parlé du dossier médical du patient et que celui-ci va être unifié et sera partagé entre l'hôpital de Saint-Dié des Vosges et tous les hôpitaux qui lui sont rattachés (Raon-L'Étape, Fraize, Senones...etc) et il sera consultable et transférable d'une façon sécurisée par intranet; Ensuite, je relance le débat avec une question qui est: «quels avantages offre l'HL aux médecins généralistes», le Dr W. rappelle qu'on avait plus ou moins abordé cette question puis il poursuit que l'intérêt majeur est celui de pouvoir garder nos patients localement notamment ceux de l'EHPAD, le Dr T. L. rajoute que la possibilité de surveiller de près nos patients est un des avantages que l'HL nous offre et qui est primordial, puis le Dr W. rajoute un avantage pour l'intérêt collectif et qui est celui du coût peu onéreux de la prise en charge au sein de l'HL comparé à un séjour équivalent dans une structure plus grosse, puis le Dr F. L. ré-évoque les perturbations d'ordre «vie sociale» que peut engendrer un transfert d'un patient vers un centre hospitalier qui aggraverait la pathologie initiale qui, souvent, est bénigne alors qu'une prise en charge locale permet d'éviter ce problème du moment que les patients ne sont pas dépayés, le Dr T. L. approuve et rajoute que le facteur des visites familiales plus fréquentes en cas d'hospitalisation en HL du fait de la proximité rajoute un gage de sécurité de plus pour les patients, puis le Dr W. évoque les lits dédiés aux soins palliatifs dont disposent l'HL, puis à ma question si ça vous arrive d'admettre des patients jeunes pour des épisodes aigus, ils étaient unanimes pour dire que les hospitalisations en médecine concernaient quasi exclusivement les personnes âgées, que les personnes plus jeunes sont admises soit dans le cadre de soins palliatifs, soit dans le SSR, puis ils ont évoqué la notion du manque de moyens diagnostiques en HL, que les hospitalisations qui y sont faites concernent des patients dont le diagnostic est établi, qu'en terme de diagnostic, on n'y pouvait pas faire plus de diagnostic qu'en ville, le Dr P. B. fit sa première intervention pour évoquer l'utilisation de l'HL de Raon-L'Étape pour les hospitalisations de répit en venant en aide aux personnes qui s'occupent d'un proche ou parent dépendant, que s'il n'y avait pas d'HL, ces patients attireraient automatiquement aux centres hospitaliers, d'une part le coût n'est pas le même, et d'autre part ça va engorger les services des centres hospitaliers, puis j'ai enchaîné par une autre question qui est «comment jugez-vous le mode de fonctionnement et les conditions de travail au sein de l'HL», premier élément soulevé par le Dr W. est le problème administratif qui devient récurrent et éreintant, que la sécurité et la traçabilité nuisait à l'efficacité et notre mobilité, il cite l'exemple de devoir remplir toute une feuille pour mettre les barrières à une dame qui présente un risque de chute, le Dr C. L. confirme le problème et la perte de temps que cela engendre, puis le Dr F. L. évoque un autre problème qui concerne le volet pharmaceutique, que l'HL détient une liste de certains médicaments et n'offre pas le choix aux praticiens de prescrire en dehors de cette liste, le problème n'est pas grave pour certaines classes de médicament, dit-il, dont les équivalences règlent le problème mais pour d'autres classes ça engendre quelques problèmes, puis le Dr P. B. parle du dossier informatisé qui est aussi contraignant où il faut piocher les informations des uns et des autres qui fait aussi perdre énormément de temps, pour la question de la prise en charge non sélective des patients ils étaient encore une fois unanimes à dire qu'ils préféreraient garder le même mode de fonctionnement actuel, que ça leur arrive de se dépanner les uns les autres mais ce n'est pas leur rituel, puis le Dr F. L. évoque d'un air ironique la rémunération réduite de 20% par rapport à celle d'une consultation de ville; Puis j'enchaîne avec une autre question qui est «quels sont les manquements dans un HL et comment pensez-vous améliorer les choses?», pour les moyens diagnostiques, le Dr W. rappelle qu'ils ont sur place la possibilité de faire des analyses biologiques et en externe sur Raon-L'Étape des imageries, puis à ma question sur l'éventualité de disposer d'un service de radiologie standard au sein de l'HL avec un manipulateur de radiologie pour le gérer, le Dr W. m'a répondu que ça serait intéressant de l'avoir et ça rendrait énormément de service et pour nous médecins et pour les patients qui seront plus obligés d'être transportés loin, surtout en optant pour un appareil mobile, le Dr F. L. pense plutôt que disposer d'un service de radiologie sur place n'apportera pas grand-chose, que déjà le matériel est

cher, il faut en plus payer un manipulateur radio pour peut-être en avoir une utilisation réduite, il cite l'exemple des consultations spécialisées organisées dans le temps au sein de l'hôpital local en disant que la rentabilité était très aléatoire, qu'il ne pouvait pas assurer un nombre constant de patients à chaque consulte, puis le Dr C. L. pose le problème de la lecture des radiographies, que les médecins doivent se déplacer pour la lecture, et ça pourrait aussi créer un problème de responsabilité médicale, puis le Dr F. L. reprend l'idée d'un appareil mobile en disant que les structures actuelles ne permettent pas de faire fonctionner un tel dispositif, puis à ma question sur l'intérêt d'avoir un ergothérapeute et/ou un kinésithérapeute tout le monde était unanime pour dire que ça serait d'un grand apport à l'HL, puis à l'évocation des maisons de santé pluridisciplinaires que beaucoup d'HL envisagent de mettre en place adossées aux HL ou en leur sein même, les participants ne s'étaient pas montrés intéressés par l'idée, le Dr W. disait que tous nos cabinets ne sont pas loin de l'hôpital local et qu'il y'avait une bonne entente entre confrères et que le jour où on est en congé un confrère prendrait en charge notre patient sans souci, le Dr F. L. rajoute que créer une structure privée au sein d'une structure publique n'est pas toujours simple, et qu'une chose pareille serait peut être intéressante dans une région où le centre hospitalier de référence serait éloigné, par contre, il poursuit, on a l'intention d'unifier la garde entre les trois secteurs du coin à une seule garde et le médecin de garde serait au sein de l'HL, c'est une idée que, si elle était envisagée, donnerait plus de crédit à l'HL et changerait probablement l'image de ce dernier auprès de la population locale, et les patients pourraient même venir directement à l'HL sans passer par le circuit actuel quand il intégreront le fait que la permanence des soins se fait au sein même de l'HL, enfin je relance le débat par une dernière question qui est «quel avenir prédisiez-vous pour l'HL?», le Dr W. en un seul mot a dit «sombre», le Dr P. B. a dit qu'en tout cas les instances actuelles veulent les fermer, le Dr T. L. a dit que c'était pas eux qui décident, et le Dr F. L. a dit que nous, nous voulons que ces HL restent, le Dr W. rajoute que même si dans l'immédiat ces HL fermaient, on les ouvrira de nouveau dans peu de temps, le Dr T. L. soutient l'idée et dit que tant que la demande est là et elle restera intact on aurait toujours besoin de telles structures puis il conclut qu'il n'y'a pas de raisons pour que ces HL ferment, le Dr F. L. rajoute que les HL n'ont concrètement rien à craindre en se demandant déjà si l'application de la TAA n'allait pas être remise en question en ce qui concerne les HL, je remercie enfin tous les participants et la séance est close.

Résumé du 3ème Focus Group

La séance a commencé par une question d'ordre général que je leur ai posée et qui est " «comment voyez-vous l'hôpital local?» le Dr F. B., le premier à prendre la parole, disait que l'hôpital local, comme son nom indique, est un hôpital de proximité, qui est censé accueillir la population au plus près de son domicile, qui facilite la visite des proches et les gens sont trop sensibles à ça, à revenir près de chez eux pour suivre une convalescence ou une rééducation. Le docteur J.M. B. dit, «oui, c'est pas un hôpital où on va faire des investigations complémentaires importantes, on est dépendant de l'hôpital central pour tout ce qui est investigation», le docteur P. B. dit : «je pense que l'hôpital local à une connotation différente de l'hôpital central, l'hôpital local est l'hôpital où on vient se reposer, où on va retrouver un peu ses racines», le docteur M. E. disait, «ce qui est curieux c'est que la dénomination hôpital local n'existe plus, maintenant ces hôpitaux s'appellent centres hospitaliers», le docteur F. B. : «ils étaient pas appelés hôpitaux ruraux avant?», le docteur J.M. B.: «si si, mais ça c'est ancien», le Dr E.: «avant il y'avait l'hospice, et puis à une certaine époque, il y'avait une maternité», le Dr F. B. reprend : «les gens sont vachement sensible au fait d'avoir un hôpital près de chez eux, un hôpital où ils sont accueillis différemment du centre hospitalier, souvent accueillis par des gens qu'ils connaissent, des gens qui habitent près de chez eux souvent. Voilà, moi c'est comme ça que je perçois la structure»

Le Dr J.M. B. : «c'est plus humain»

A l'évocation de la TAA, le Dr M. E. disait qu'on sait pas si ça va être appliqué ou non, «j'ai entendu dire qu'Hollande était pas pour la TAA, donc on ne sait vraiment pas», «le problème actuellement c'est qu'il faut tracer tout ce qu'on fait, pour avoir des points...»

Le Dr J.M. B.: «on sera soumis à tout ça sous peu, et c'est vrai que travailler avec la codification qu'il faut, c'est pas simple», le Dr M. E.: «il faut que tous les patients qui sont admis reçoivent quelques choses, si on leur fait rien, c'est pas justifier, et le séjour doit être abrégé, on doit les faire sortir», il poursuit, «moi en tant que médecin coordinateur, j'ai une réunion tout les jeudi avec tous le personnel, une réunion qu'on appelle réunion de synthèse, et on fait un étage chaque jeudi et on étudie chaque cas, alors il y'a la partie infirmière, la partie ASH, la partie médicale, la partie kiné, l'assistante sociale intervient, la diététicienne intervient, la psychologue quand elle est là aussi, et là on juge le cas et on décide s'il y'a encore des choses à faire chez ces personnes, et s'il n'y'a plus rien à faire, à ce moment-là on voit avec le médecin référent et dire qu'il faut sortir le patient si on juge que son séjour est terminée ou sa rééducation est terminée, ou alors on lui fait rien et son séjour n'est plus justifié», puis moi je pose la question sur l'admission directe, est ce qu'elle se fait? , le Dr J.M. B. et F. B. me répondent que ça arrivent mais rarement c'est parce qu'il n'y'a pas de plateau technique, qu'en général les admission se font des centres hospitaliers régionaux, et que si on a un patient qui ne va pas bien, la logique est

de le faire passer par l'hôpital général, une fois que la période d'examens complémentaires s'écoule on le récupère, le Dr M. E.: «il y'a des entrées directes, il y'en a une aujourd'hui par exemple, un médecin de Charme qui a appelé pour une patiente qui présente une fracture de l'humérus, qui était hospitalisée et qui voulait incessamment sortir chez elle, elle est sortie hier et aujourd'hui son médecin traitant l'a vue à domicile et a vu qu'elle ne peut pas rester à domicile» le Dr J.M. B. : «une patiente qui ne nécessite pas un diagnostic précis», le Dr F. B.: «en fait ça concerne des patients dont on connaît le diagnostic et dont on n'a besoin d'examens complémentaires mais par contre le maintien à domicile devient difficile, pour une raison ou pour une autre, mais c'est pas une situation fréquente, les plus fréquentes sont des personnes âgées qui sont seules», le Dr J.M. B. : «ou quand on a suivi une pathologie et puis qu'on peut plus la garder à domicile», le Dr P. B.: «mais sur le plan du contrôle médical, il n'y'a pas de souci, on peut admettre un patient directement, il suffit juste que ça soit justifié», le Dr F. B. rajoute: «l'autre condition est qu'il y'ait de place», le Dr P. B.: «le médecin conseil sait très bien que s'il nous refuse l'accès ici, dans l'heure qui suit, le patient se retrouve au centre hospitalier régional et le coût n'est pas du tout le même, avec une hospitalisation, des examens complémentaires. Nous si on a estimé qu'il peut rentrer à Châtel c'est qu'on a estimé qu'il n'y'a pas besoin d'examens complémentaires», le Dr M. E. : «la question d'examens complémentaires on peut les faire à l'extérieur, si on a besoin d'une imagerie on enverra le patient la faire», le Dr F. B.: «tout ce qui est biologie il n'y'a aucun problème, on les fait ici sur place et on envoie les prélèvements, après pour les radios c'est un peu plus compliqué parce qu'on doit transporter le patient, mais on peut avoir tout, une radio, un Doppler, n'avis cardio.., mais il faut déplacer le malade, on a tout ce qu'on veut comme si on était à domicile», le Dr M. E.: «on est entrain de signer des conventions avec les différents hôpitaux, et c'est censé faciliter les transferts de nos patients vers ces hôpitaux quand cela est nécessaire», le Dr J.M. B.: «c'est surtout intéressant avec les centres psychiatriques, c'est tellement difficile d'hospitaliser un patient en psy», le Dr M. E.: «on est en train de signer une convention avec l'hôpital de Ravel, sinon actuellement pour faire hospitaliser un patient chez eux, c'est dur», le Dr J.M. B.: «avec les convention c'est censé aller plus vite», le Dr M. E.: «le problème est que dans les accords qu'on va signer, ils nous ont rajouté un truc comme quoi il faut qu'on passe par le CMP !», le Dr J.M. B.: «c'est ridicule», le Dr M. E. : «or, si on veut hospitalier, on n'a pas affaire au CMP», le Dr J.M. B.: «ça va être revu, il faut passer directement par le médecin sinon on s'en sortira pas», le Dr P. B.: «le problème est que tout le monde est en train de passer des conventions avec tout le monde, après je ne vois pas à quoi ça va servir ces conventions?», le Dr J.M. B.: «mais c'est obligatoire de passer ces conventions», le Dr P. B.: «mais quand t'as un patient que tu veux hospitalier dans une structure donnée, convention ou pas convention, tu dois le faire, j'ai l'impression qu'on est en train de forcer une porte grande ouverte», le Dr F. B.: «ça ne va rien changer», le Dr P. B.: rajoute «alors quand on n'accepte pas de nous prendre un patient on le fait passer par les urgences», le Dr M. E.: «des fois tu passes une demi-heure au téléphone sans parvenir à hospitaliser ton patient», le Dr F. B.: «c'est pour ça qu'on n'appelle plus», le Dr P. B.: «à moins de tomber sur un chef de service, là ça se passe généralement mieux», le Dr M. E.: «tous les patients qu'on a à l'hôpital local de Châtel viennent généralement de quelques part, des centres hospitaliers qui nous entourent, et quand on a un problème avec un patient, on rappelle en général le service d'où il vient et il accepte en général de le reprendre», moi j'ai enchaîné avec une question : «comment voyez-vous les moyens dont disposent les hôpitaux locaux?», le Dr J.M. B.: «en terme de moyens diagnostiques, on n'a tout simplement rien, on dirige tout vers Epinal», le Dr F. B.: «il y'a eu en salle de convalescence, une salle de radio qui n'a jamais fonctionné», le Dr P. B.: «il faut recalculer les choses, on est des médecins généralistes, on n'est pas spécialiste, donc ou c'est un hôpital qui fonctionne avec des médecins généralistes ou.. », le Dr F. B.: «nous recevons des patients dont le diagnostic est établi, ils sont stabilisés, on les reçoit avec une conduite à tenir. Après il peut y arriver un événement intercurrent, soit on arrive à le gérer soit on n'arrive pas, et dans ce cas-là on le ré hospitalise dans le centre hospitalier d'où il vient en général, donc on est pas censé faire des prises en charge comme aux hôpitaux centraux.. Malheureusement des fois ils nous envoient des patients pas stabilisés.. », le Dr M. E.: «parce que dans ces hôpitaux il faut que ça tourne, les entrants poussent les gens dehors et ça arrive souvent de recevoir des patients pas encore stabilisés», le Dr P. B.: «parce que peut être la T2A», le Dr F. B.: «donc revenant aux moyens de diagnostic, c'est fait, c'est pas notre rôle, sauf événement intercurrent», moi je pose une question: «un service de radiologie standard peut-il servir à l'hôpital local?», le Dr J.M. B.: «on n'a pas le droit d'interpréter une radio», le Dr P. B.: «la technique c'est une autre chose, vous savez, une radiographie pulmonaire c'est pas quelques choses de facile à interpréter, et comme actuellement la moindre, même pas erreur, n'est absolument pas pardonnée», le Dr J.M. B.: «il est vrai qu'une fracture c'est facile à diagnostiquer, mais .. » le Dr P. B.: «non mais le petit arrachement que tu ne vas pas voir, 15 jours après t'as un procès», le Dr P. B.: «sur le plan médico-légal, quand on interprète une radiographie, on engage sa responsabilité, alors quand on n'a pas été formé pour ça.. Chacun son métier, chacun son rôle..», le Dr M. E.: «par exemple les patients cardio on les refuse parce qu'on n'a pas les moyens et la compétence de les prendre en charge.. Il faut interpréter les ECG.., choses qu'on maîtrise pas forcément, alors maintenant il y'a le système d'interprétation à distance mais on en est pas encore là», le Dr M. E. rajoute : «on a eu en début d'année un greffé du cœur et c'était problématique, il était vu quasiment tous les jours par un médecin différent, on a fini par le ré hospitaliser», le Dr F. B.: «en ce qui concerne le laboratoire on n'a pas de problème, on n'est pas

moins servi qu'un hôpital central», le Dr J.M. B.: «on a un service de kiné, d'ergothérapie, une diététicienne, une assistante sociale..», «et en terme de moyen d'accueil?» je leur ai lancé comme question, le Dr J.M. B.: «l'état des lits est fonction des périodes, par exemple en ce moment c'est calme, mais il y'a des périodes où c'est tout le temps rempli», le Dr F. B., en période d'été c'est un peu difficile de remplir le service parce que les chirurgiens ralentissent un peu leur activité mais en dehors de cette période, on a un taux d'occupation des lits avoisinant les 99%». Le Dr M. E.: «on a un nouveau système tout récent d'admission qui s'appelle IMAD, la demande se fait par voie électronique avec le système santé lorraine, la demande contient trois choix que le patient aurait émis, et en fonction de la disponibilité des lits le patient sera affecté à son 1er, 2ème ou 3ème choix., et c'est mieux que de recevoir des fax, et le formulaire est plus détaillé et plus en terme de renseignements». Il poursuit : «comme on est une structure pluridisciplinaire on reçoit de tout, de la neuro, de la traumatologie, de la pneumo...etc., par contre de la cardio non, notre structure n'est pas une structure adaptée», à ma question «s'il y'a eu un moment donné un service lit porte» le Dr F. B. dit : «non, l'entrée d'urgence nécessite une investigation que nous, nous n'avons pas» le Dr J.M. B. : «on n'a pas les moyens pour un tel service», moi j'enchaîne avec une autre question concernant le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital local, et là j'étais surpris par un mode de fonctionnement tout à fait innovant, les 6 médecins intervenant à l'hôpital local de Châtel sur Moselle sont tous contractuels, et sont donc salariés et non pas payés à l'acte comme c'est le cas dans les autres hôpitaux locaux, et ce, depuis début janvier 2012, les 6 médecins ont signé des contrats avec la direction de l'hôpital de sorte à intervenir un temps précis par semaine pour suivre leurs patients et prendre en charge les problèmes du jour des patients d'autres confrères et faire éventuellement les entrées du jour, que ces entrées concernent ses patients ou les patients des confrères, ce nouveau mode de fonctionnement leur a été suggéré par un confrère venu d'Alsace et cette nouvelle façon de s'organiser convient à tous les médecins et offre en même temps à l'hôpital local une présence médicale quotidienne et permanente(sauf pour la période des gardes) tout en évitant aux médecins les appels inopinés pour les problèmes de leurs patients qui peuvent survenir à tout moment, en leur évoquant le dossier patient, tout le monde semblait satisfait du logiciel du dossier patient informatisé, le Dr P. B. dit à ce propos que c'est une question d'habitude et de discipline, puis j'ai enchaîné par une question sur les contraintes affrontées à l'exercice dans l'hôpital local, le Dr J.M. B. dit: «à première vue, on n'a pas de contrainte particulière», le Dr F. B. dit de son côté que le problème c'est de pouvoir articuler son activité libérale qui est par nature fluctuante en volume et en horaire avec le travail à l'hôpital local dont les horaires qui sont précis, c'est pas toujours simple», sinon, rajoute le Dr F. B.: «pour parler de contrainte, on a affaire de plus en plus aux exigences des patients ou de leurs familles, c'est une évolution de la société, les gens sont de plus en plus exigeants, de plus en plus procéduriers», le Dr J.M. B. précise que cela n'est pas spécifique au travail à l'hôpital mais existe autant dans notre activité libérale», ensuite le Dr F. B. reprend et cite le problème de la hiérarchisation et de la rigueur excessive en citant l'exemple du circuit du médicament que si lors de la certification par exemple, si les instances constatent que les mesures de sécurité dans le circuit du médicament ne sont pas toutes mises en place, on recevait une réserve majeure et on pourrait carrément fermer l'hôpital, le Dr P.B dit : « c'est complètement aberrant, parce que les prix de journées ne sont pas les mêmes, les journées dans l'hôpital local sont à faible coût, donc tout patient qui est dans un hôpital local, si celui-ci ferme à cause de ça, les patients les patients vont se retrouver dans des hôpitaux régionaux et je vous assure que le prix d'une journée dans ces hôpitaux-là n'a rien à voir avec le prix dans l'hôpital local », le Dr F.B : « effectivement, à force de peser comme ça administrativement, ça va finir un jour par disparaître, trop de règlement tue le règlement », le Dr M.E : « c'est vrai qu'actuellement c'est quand même un petit peu aberrant, et c'est un petit peu le reproche que font les infirmières, c'est qu'elles passent plus de temps dans la traçabilité, c'est-à-dire dans l'ordinateur qu'avec le patient », le Dr F.B : « nous aussi, on passe plus de temps à écrire qu'avec le malade », le Dr M.E : « on passe 5 minutes au lit du malade et 15 minutes à écrire », le Dr F.B : « vous parliez tout à l'heure de contrainte, c'en est une, trop d'administrative et peu de clinique », le Dr P.B : « il y'a un effet pervers qui survient suite à ça, parce que certaines infirmières comme elles doivent tout noter, si un truc par faute de temps n'est pas fait, il sera noté quand même », le Dr M.E : « il y'a un projet qui se fera peut être, un système avec une sorte de tablette dans chaque chambre qui sera à la place d'appel malade ou je ne sais où, où chaque personne intervient avec un clavier et peut intervenir sur le lit d'un malade sur ce qui a été fait à l'instant même », il reprend : « c'est quand même pas normal, par exemple, quand on voit une entrée, de voir le patient, de discuter avec lui 5-10 minutes et de faire de l'écriture 15-20 minutes, tout ça pour répondre aux exigences de traçabilité ». Je pose ensuite la question qui concerne les perspectives d'avenir des hôpitaux locaux, le Dr J-M.B dit d'un air douteux : « j'espère être optimiste pour les années à venir », le Dr M.E : « moi personnellement j'ai un petit peu peur pour l'évolution », le Dr P.B : « humainement, les hôpitaux locaux sont hyper importants », le Dr F.B : « humainement ils sont très importants mais il faut pas qu'on les déshumanise », le Dr M.E : « je pense que les hôpitaux locaux tel qu'ils sont actuellement, il n'y' en aura plus bientôt, et on viendra à mon avis à des praticiens hospitaliers », le Dr J-M.B : « ah oui, les praticiens hospitaliers oui », le Dr M.E : « les structures resteront les mêmes, mais au niveau des interventions des médecins généralistes du secteur, je pense que ça va être difficile, il va y'avoir de moins en moins de médecins installés déjà, parce que les médecins qui s'en vont ne sont pas remplacés », le Dr F.B : « donc une charge de travail plus importante et

donc moins de temps à consacrer pour une activité parallèle, et sans médecins, les hôpitaux locaux forcément ne peuvent pas fonctionner », le Dr P.B : « si ceux qui partent en retraite ne se font pas remplacer, ceux qui resteront seront débordés, et ne pourront donc plus participer à l'activité des hôpitaux locaux c'est le principe de la démographie »

Le Dr B., « nous, on est un exemple, on est 6 à voir accepté de faire le roulement, mais si on devait être réduits en nombre, il va falloir embaucher du monde », le Dr E. : « et dans quelques années, quand certains médecins partiront en retraite, il restera qui ?, donc, comme les hôpitaux locaux ne peuvent pas fonctionner sans médecine donc... » le Dr B. : « il y aura des médecins hospitaliers » et il ajoute « c'est vrai qu'ici, dans 5 ans, il y aura au moins quatre médecins qui s'en vont », le Dr E. « ah oui, ça c'est sûr, il y aura peut-être un ou deux qui seront remplacés, je l'espère ! ». le Dr B. « le Dr Bruno a deux ans de plus que moi, le jour où il va s'arrêter, il ne sera pas remplacé, donc, moi, j'aurai une vague et ça sera compliqué pour moi d'assurer toujours une présence à l'hôpital local », moi, je m'interroge sur le pourquoi du non remplacement des médecins qui partent en retraite du moment qu'à ma connaissance, beaucoup de mes collègues cherchent à s'installer, le Dr B. nomme un médecin qui s'est arrêté après 30 ans d'activité sans successeur, il rajoute « mon associé est parti il y a 5 ans, pas de successeur non plus », le Dr B. nomme un autre médecin du secteur qui va s'arrêter bientôt mais toujours sans successeur, le Dr B. « tous les jeunes médecins veulent s'installer en ville, c'est quand-même la tendance », le Dr B. « nous, on a déjà du mal à nous faire remplacer pendant nos vacances, parce que les jeunes médecins ne veulent pas venir, pourtant on est à 20 minutes, voie express, de Nancy et 10 minutes d'Epinal, pour exemple, j'ai eu une remplaçante de Laxou, elle est venue trois fois, puis elle ne voulait plus revenir, pourquoi, parce qu'elle veut travailler près de chez elle, faire 20 minutes de route c'était trop pour elle ! » ; Le Dr F.B : « il faut savoir aussi que la fonction du médecin généraliste se féminise, et que les dames n'ont pas les mêmes aspirations que les hommes, elles ont les enfants et ne veulent pas travailler à temps complet forcément, c'est pas très compatible avec la médecine générale rurale d'être une femme, il rajoute : « je pense qu'il y'a toujours du monde pour travailler comme médecin à temps plein dans les hôpitaux locaux », le Dr P.B rajoute : « parce qu'il y'a un poste avec des horaires, parce qu'il n'y' a pas de garde.. », il rajoute aussi : « nous, on a réussi à s'organiser pour les gardes, mais sur le plan activité, on est tous sur un fil, le jour où ils nous imposent d'être de garde et d'astreinte, on risque de disjoncter, et ça sera un peu comme un château de carte, vous retirez une pièce..., ici on tourne à 7, il suffit que un s'en va, voire deux, que tout le système s'écroule...,un praticien hospitalier pourrait être la solution », le Dr F.B : « intervenant à 6, on coûte moins cher que si un praticien hospitalier venait à être embauché à temps plein, avec les charges qui vont avec.. », le Dr F.B : « quand on est en vacances, c'est à nous de trouver un remplaçant, or, un praticien hospitalier s'il part en vacances, il ne se préoccupe de rien », le Dr F.B : « sinon toujours pour l'avenir, l'hôpital de Châtel-sur-Moselle a fait un grand pas vers l'avenir, en terme de structure, d'organisation médicale...,on est quand même bien au point », le Dr J-M.B : « c'est vrai, quand on fait les réunions inter hospitalières, on se rend compte quand même qu'on est un peu devant, au niveau informatique, au niveau de l'organisation.. », le Dr M.E : « on est quand même au point sur plein de choses, comme par exemple le système d'admission informatisé IMAD, c'est quand même bien pratique ».

Enfin je remercie tous les médecins et la séance est close.

Annexe B

Le questionnaire

1^{ère} page

"Message à insérer"

Merci par avance de votre participation, ça sera rapide, c'est des réponses par oui/non, cases à cocher ou cases à numérotter, item à choisir et juste une seule question à réponse libre, durée estimée à 7 minutes maximum.

C'est parti !

Bouton suivant (à droite)

2^{ème} page

Vous êtes un médecin généraliste dont le cabinet médical se situe à moins de 15 km d'un hôpital local, veuillez, s'il vous plaît, remplir les champs suivants :

1) Âge [Table déroulante des âges de 25 à 80] ans

2) Sexe [Table déroulante de M et F]

3) Hôpital local concerné :[Table déroulante des 11 hôpitaux locaux] qui sont :

HÔPITAL LOCAL LE THIOLOT

HÔPITAL LOCAL DE SENONES

HÔPITAL LOCAL DE FRAIZE

HÔPITAL LOCAL DE RAON L'ÉTAPE

HÔPITAL LOCAL DE DARNEY

HÔPITAL LOCAL DE LAMARCHE

HÔPITAL LOCAL DE CHATEL-SUR-MOSELLE

HÔPITAL LOCAL DU VAL DU MADON DE MIRECOURT

HÔPITAL LOCAL DE BUSSANG

HÔPITAL LOCAL DE L'AVISON DE BRUYÈRES

HÔPITAL LOCAL DE RAMBERVILLERS

4) Nombre d'année d'exercice ? [Table déroulante des années de 1 à 55] ans

4 bis) Dans la commune [Table déroulante des années de 1 à 55] ans

5) Proximité de votre lieu d'exercice libéral de l'hôpital local ? [Table déroulante des chiffres de 0 à 15] km

6) À combien de kilomètres se situe l'hôpital local par rapport au centre hospitalier de référence de votre région?
[Table déroulante des chiffres de 0 à 60] km

7) Pensez-vous qu'il est utile d'avoir une unité hospitalière type hôpital local à proximité du lieu d'exercice libéral? [Table déroulante de oui/non]

8) Votre installation dans la commune a-t-elle été motivée par l'existence d'un hôpital local ? [Table déroulante de oui/non]

9) Exercez-vous à l'hôpital local ? [Table déroulante de oui/non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

3^{ème} page pour ceux qui disent oui à la question 9

10) Depuis combien d'années ? [Table déroulante des chiffres de 1 à 55] ans

11) Quelle est la fréquence moyenne par mois de votre utilisation de l'hôpital local dans la prise en charge de vos patients ? [Table déroulante des mentions moins de 4, 4 à 8, plus de 8] fois

12) Pour quel type de pathologie, classez par ordre décroissant selon la fréquence ? (1 la plus fréquente et 5 la moins)

[Case qui accepte un chiffre] pathologies médicales pures

[Case qui accepte un chiffre] pathologies et problèmes gériatriques

[Case qui accepte un chiffre] mise sous surveillance clinique et prise du traitement en situation aiguë de patients jusque-là autonomes

[Case qui accepte un chiffre] hospitalisation de répit pour les familles et les aidants de personnes semi autonomes

[Case qui accepte un chiffre] hospitalisation pour une éducation thérapeutique

13) Êtes-vous satisfaits par les services rendus par l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions très satisfait, satisfait, peu satisfait, insatisfait]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

4^{ème} page pour ceux qui disent oui à la question 9 mais qui répondent par peu satisfait ou insatisfait à la question 13 (dernière question de la page 3)

14) Quels sont les éléments qui vous ont insatisfaits principalement ?

-[case à cocher] le manque de moyens diagnostiques et/ou thérapeutiques

-[case à cocher] les contraintes administratives

-[case à cocher] l'incompétence du personnel soignant

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

15) Quel est l'impact de l'hôpital local sur les rapports entre confrères ? [Table déroulante des mentions positif et négatif]

16) Combien de patients par jour recevez-vous dans votre exercice libéral en moyenne ? [Table déroulante des mentions de moins de 15, 15 à 25, plus de 25] patients

17) Faites vous des visites à domicile ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui,

17 bis) Combien en moyenne par semaine ? [Table déroulante des mentions moins de 3, 3 à 6, plus de 6] visites

18) Pour vous, l'hôpital local est :

-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge thérapeutique de diagnostics déjà établis.

-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge diagnostique et thérapeutique

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Une seule case à cocher)

19) L'appellation communément utilisée "hôpital local" (même après le changement du statut juridique des hôpitaux locaux) vous est-elle appropriée ? [Table déroulante des mentions oui et non]

Si non :

19 bis) Qu'elle appellation correspond le mieux à votre perception actuelle de l'hôpital local ?

-[case à cocher] centre de soins de proximité

-[case à cocher] centre de soins gériatriques

-[case à cocher] établissement médico-social de proximité

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères] (une seule case à cocher)

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

5^{ème} page pour ceux qui disent oui à la question 9 mais qui répondent par peu satisfait ou insatisfait à la question 13 (dernière question de la page 3)

20) Comment jugez-vous les moyens dont dispose l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants, insuffisants, très insuffisants]

21) Classez par ordre décroissant, en intérêt, les services qui vous semblent d'un grand apport à l'exercice en hôpital local : (1 celui qui a le plus grand apport selon vous, 7 le moins)

-[Case qui accepte un chiffre] laboratoire d'analyse médicale de routine

-[Case qui accepte un chiffre] service de radiologie standard géré par un manipulateur de radiologie

-[Case qui accepte un chiffre] organisation de consultations spécialisées au sein de l'hôpital local

- [Case qui accepte un chiffre] service de PMI
- [Case qui accepte un chiffre] service pour le personnel kiné et ergo
- [Case qui accepte un chiffre] service d'accueil direct de patient (simili urgences)
- [Case qui accepte un chiffre] psychologue

(Chiffres qui seraient autorisés seraient 1,2,3,4,5,6,7 et une seule fois chacun) si possible

22) Quel est votre avis de la télémedecine et le transfert de clichés d'imagerie entre le médecin et le manipulateur de radiologie ? [Table déroulante des mentions de favorable et défavorable]

23) Seriez-vous favorable à la mise en place d'un service d'accueil et d'admission directe de patients sans passage préalable par la consultation de ville ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui :

23 bis) Comment pensez-vous que ceci est envisageable ?

- [case à cocher] Par le recrutement d'un médecin salarié à plein temps
- [case à cocher] Par la coordination téléphonique entre les infirmières de l'hôpital local et la médecine de ville
- [case à cocher] Autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Une seule case à cocher)

24) Comment jugez-vous les moyens d'accueil de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants et insuffisants]

Bouton précédent (à gauche)
droite]

Bouton suivant (à

6^{ème} page pour ceux qui disent oui à la question 9 mais qui répondent par peu satisfait ou insatisfait à la question 13 (dernière question de la page 3)

25) Quel est pour vous le nombre de lit de médecine optimal permettant un meilleur fonctionnement ? [Table déroulante des chiffres de 1 à 30] lits

26) Quel est pour vous le nombre de lit de SSR optimal permettant un meilleur fonctionnement ? [Table déroulante des chiffres de 1 à 30] lits

27) Pensez-vous que les missions de l'hôpital local sont assez connues par les hôpitaux régionaux ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

28) Comment situez-vous le rôle que joue actuellement l'hôpital local dans la prévention et l'éducation thérapeutique? [Table déroulante des mentions de suffisant et insuffisant]

29) Que pensez-vous du mode de fonctionnement actuel de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de convenant et il y'a des choses à revoir]

Si vous pensez qu'il y'a des choses à revoir :

29 bis) Classez par ordre décroissant les éléments dans le mode de fonctionnement actuel que vous aimeriez le plus qu'ils soient revus (1 pour celui que vous aimeriez le plus qu'il soit revu):

-[Case qui accepte un chiffre] La prise en charge sélective patient-médecin traitant

-[Case qui accepte un chiffre] La distribution des responsabilités

-[Case qui accepte un chiffre] Le dossier patient

-[Case qui accepte un chiffre] La rémunération

-[Case qui accepte un chiffre] Autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Plusieurs cases peuvent être cochées)

[Bouton précédent \(à gauche\)](#)

[Bouton suivant \(à droite\)](#)

7^{ème} page et fin pour ceux qui disent oui à la question 9 mais qui répondent par peu satisfait ou insatisfait à la question 13 (dernière question de la page 3)

30) plusieurs hôpitaux locaux ont lancé des projets de mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local ou en son sein même, comment vous en situez-vous ? [Table déroulante des mentions de favorable/défavorable]

Si défavorable :

Quelles en sont les raisons [espace libre]

31) Les hôpitaux locaux sont plus que jamais aujourd'hui menacés de fermeture, en cas d'une éventuelle fermeture de l'hôpital local de votre région, ceci léserait-il votre exercice libéral? [Table déroulante des mentions de oui et non]

32) Quel avenir prévoyez-vous pour l'hôpital local ? [Espace libre]

Bouton envoyer

« Message de la fin »

Merci infiniment pour votre participation, nous aurons le plaisir de vous faire parvenir les résultats de l'étude, pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse mail ou au numéro de téléphone suivants :

hopitaux.locaux@gmail.com

Tél : 06 51 05 62 22

4^{ème} page pour ceux qui disent oui à la question 9 mais qui répondent par très satisfait ou satisfait à la question 13 (dernière question de la page 3)

14) Quel est l'impact de l'hôpital local sur les rapports entre confrères ? [Table déroulante des mentions positif et négatif]

15) Combien de patients par jour recevez-vous dans votre exercice libéral en moyenne ? [Table déroulante des mentions de moins de 15, 15 à 25, plus de 25] patients

16) Faites-vous des visites à domicile ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui,

16 bis) Combien en moyenne par semaine ? [Table déroulante des mentions moins de 3, 3 à 6, plus de 6] visites

17) Pour vous, l'hôpital local est :

-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge thérapeutique de diagnostics déjà établis.

-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge diagnostique et thérapeutique

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Une seule case à cocher)

18) L'appellation communément utilisée "hôpital local" (même après le changement du statut juridique des hôpitaux locaux) vous est-elle appropriée ? [Table déroulante des mentions oui et non]

Si non :

18 bis) Qu'elle appellation correspond le mieux à votre perception actuelle de l'hôpital local ?

-[case à cocher] centre de soins de proximité

-[case à cocher] centre de soins gériatriques

-[case à cocher] établissement médico-social de proximité

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères] (une seule case à cocher)

[Bouton précédent \(à gauche\)](#)

[Bouton suivant \(à droite\)](#)

5^{ème} page pour ceux qui disent oui à la question 9 mais qui répondent par très satisfait ou satisfait à la question 13 (dernière question de la page 3)

19) Comment jugez-vous les moyens dont dispose l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants, insuffisants, très insuffisants]

20) Classez par ordre décroissant, en intérêt, les services qui vous semblent d'un grand apport à l'exercice en hôpital local : (1 celui qui a le plus grand apport selon vous, 7 le moins)

- [Case qui accepte un chiffre] laboratoire d'analyse médicale de routine
- [Case qui accepte un chiffre] service de radiologie standard géré par un manipulateur de radiologie
- [Case qui accepte un chiffre] organisation de consultations spécialisées au sein de l'hôpital local
- [Case qui accepte un chiffre] service de PMI
- [Case qui accepte un chiffre] service pour le personnel kiné et ergo
- [Case qui accepte un chiffre] service d'accueil direct de patient (simili urgences)
- [Case qui accepte un chiffre] psychologue

(Chiffres qui seraient autorisés seraient 1,2,3,4,5,6,7 et une seule fois chacun) si possible

21) Quel est votre avis de la télémedecine et le transfert de clichés d'imagerie entre le médecin et le manipulateur de radiologie ? [Table déroulante des mentions de favorable et défavorable]

22) Seriez-vous favorable à la mise en place d'un service d'accueil et d'admission directe de patients sans passage préalable par la consultation de ville ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui :

22 bis) Comment pensez-vous que ceci est envisageable ?

- [Case à cocher] Par le recrutement d'un médecin salarié à plein temps
- [Case à cocher] Par la coordination téléphonique entre les infirmières de l'hôpital local et la médecine de ville
- [Case à cocher] Autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Une seule case à cocher)

23) Comment jugez-vous les moyens d'accueil de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants et insuffisants]

[Bouton précédent \(à gauche\)](#)

[Bouton suivant \(à droite\)](#)

24) Quel est pour vous le nombre de lit de médecine optimal permettant un meilleur fonctionnement ? [Table déroulante des chiffres de 1 à 30] lits

25) Quel est pour vous le nombre de lit de SSR optimal permettant un meilleur fonctionnement ? [Table déroulante des chiffres de 1 à 30] lits

26) Pensez-vous que les missions de l'hôpital local sont assez connues par les hôpitaux régionaux ? [Table déroulante des mentions oui et non]

27) Comment situez-vous le rôle que joue actuellement l'hôpital local dans la prévention et l'éducation thérapeutique? [Table déroulante des mentions de suffisant et insuffisant]

28) Que pensez-vous du mode de fonctionnement actuel de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de convenant et il y'a des choses à revoir]

Si vous pensez qu'il y'a des choses à revoir :

28 bis) Classez par ordre décroissant les éléments dans le mode de fonctionnement actuel que vous aimeriez le plus qu'ils soient revus (1 pour celui que vous aimeriez le plus qu'il soit revu):

-[Case qui accepte un chiffre] La prise en charge sélective patient-médecin traitant

-[Case qui accepte un chiffre] La distribution des responsabilités

-[Case qui accepte un chiffre] Le dossier patient

-[Case qui accepte un chiffre] La rémunération

-[Case qui accepte un chiffre] Autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Plusieurs cases peuvent être cochées)

[Bouton précédent \(à gauche\)](#)

[Bouton suivant \(à droite\)](#)

29) plusieurs hôpitaux locaux ont lancé des projets de mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local ou en son sein même, comment vous en situez-vous ? [Table déroulante des mentions de favorable et défavorable]

Si défavorable :

Quelles en sont les raisons [espace libre]

30) Les hôpitaux locaux sont plus que jamais aujourd'hui menacés de fermeture, en cas d'une éventuelle fermeture de l'hôpital local de votre région, ceci léserait-il votre exercice libéral? [Table déroulante des mentions de oui et non]

31) Quel avenir prévoyez-vous pour l'hôpital local ? [Espace libre]

Bouton envoyer

« Message de la fin »

Merci infiniment pour votre participation, nous aurons le plaisir de vous faire parvenir les résultats de l'étude, pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse mail ou au numéro de téléphone suivants :

hopitaux.locaux@gmail.com

Tél : 06 51 05 62 22

3^{ème} page pour ceux qui répondent non à la question 9

10) êtes-vous déjà intervenu, à l'occasion d'une garde ou d'un remplacement d'un confrère, au sein d'un hôpital local? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

4^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et oui à la question 10

11) Votre (vos) intervention(s) s'est (se sont) elle(s) bien déroulée(s)? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si non:

11 bis) quel en était le problème ?

- insuffisance des moyens disponibles sur place
- incompétence du personnel soignant
- contraintes administratives ou dossier patient compliqué
- autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

12) Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous n'exercez pas dans l'hôpital local ? Classez par ordre décroissant en pertinence (1 pour la raison la plus pertinente et 7 la moins)

- [Case qui accepte un chiffre] L'éloignement du cabinet de l'hôpital local
- [Case qui accepte un chiffre] La charge de travail
- Case qui accepte un chiffre] Les contraintes administratives
- [Case qui accepte un chiffre] Le manque de moyens diagnostiques et/ou thérapeutique
- [Case qui accepte un chiffre] Le mode du fonctionnement
- [Case qui accepte un chiffre] Un système de rémunération dévalorisant
- [Case qui accepte un chiffre] Peur pour le statut libéral

(Chiffres qui seraient autorisés seraient 1,2,3,4,5,6,7 et une seul fois chacun) si possible

13) Votre installation était-elle motivée au départ par l'existence dans la région d'un hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

14) Combien de patients par jour recevez-vous dans votre exercice libéral en moyenne ? [Table déroulante des mentions de moins de 15, 15 à 25, plus de 25]

15) Faites vous des visites à domicile ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui,

15 bis) Combien en moyenne par semaine ? [Table déroulante des mentions de moins de 3, 3 à 6, plus de 6]

[Bouton précédent \(à gauche\)](#)

[Bouton suivant \(à droite\)](#)

5^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et oui à la question 10

16) Pour vous, l'hôpital local est :

a-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge thérapeutique de diagnostics déjà établis.

b-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge diagnostique et thérapeutique

c-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

17) L'appellation "hôpital local" vous est-elle appropriée ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si non :

17 bis) Qu'elle appellation correspond le mieux à votre perception actuelle de l'hôpital local ?

-[case à cocher] centre de soins de proximité

-[case à cocher] centre de soins gériatriques

-[case à cocher] établissement médico-social de proximité

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

18) Comment jugez-vous les moyens dont dispose l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants, insuffisants, très insuffisants]

19) Classez par ordre décroissant, en intérêt, les services qui vous semblent apporter un plus à l'exercice en hôpital local (1 celui qui a le plus grand apport selon vous, 7 le moins)

[Case qui accepte un chiffre] laboratoire d'analyse médicale de routine

[Case qui accepte un chiffre] service de radiologie standard géré par un manipulateur de radiologie

[Case qui accepte un chiffre] organisation de consultations spécialisées au sein de l'hôpital local

[Case qui accepte un chiffre] service de PMI

[Case qui accepte un chiffre] service pour le personnel kiné et ergo

[Case qui accepte un chiffre] service d'accueil direct de patient (simili urgences)

[Case qui accepte un chiffre] psychologue

(chiffres qui seraient autorisés seraient 1,2,3,4,5,6,7 et une seule fois chacun) si possible

20) Quel est votre avis de la télémedecine et le transfert de clichés d'imagerie entre le médecin et le manipulateur de radiologie ? [Favorable, défavorable]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

6^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et oui à la question 10

21) Comment jugez-vous les moyens d'accueil de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants et insuffisants]

22) Connaissez-vous le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui :

22 bis) Comment le jugez-vous ? [Table déroulante des mentions de convenant et à revoir]

Si à revoir :

22 ter) Quels éléments aimeriez-vous le plus qu'ils soient revus ?

[Case à cocher] La prise en charge sélective patient-médecin traitant

[Case à cocher] La distribution des responsabilités

[Case à cocher] Le dossier patient informatisé

[Case à cocher] La rémunération

[Case à cocher] Autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

23) Si l'hôpital local embauchait un praticien à titre salarié et à temps plein, ceci rendrait-il pour vous l'hôpital local plus attractif dans la prise en charge de vos patients ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

7^{ème} page et fin pour ceux qui disent non à la question 9 et oui à la question 10

24) plusieurs hôpitaux locaux ont lancé des projets de mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local ou en son sein même, comment vous en situez-vous ? [Table déroulante des mentions de favorable et défavorable]

Si défavorable :

24 bis) Quelles en sont les raisons [espace libre]

25) Quel avenir prédisiez-vous pour l'hôpital local ? [Espace libre]

Bouton envoyer

« Message de la fin »

Merci infiniment pour votre participation, nous aurons le plaisir de vous faire parvenir les résultats de l'étude, pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse mail ou au numéro de téléphone suivants :

hopitaux.locaux@gmail.com

Tél : 06 51 05 62 22

3^{ème} page pour ceux qui répondent non à la question 9

10) êtes-vous déjà intervenu, à l'occasion d'une garde ou d'un remplacement d'un confrère, au sein d'un hôpital local? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

4^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et non à la question 10

11) Connaissez-vous le concept de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

5^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et non à la question 10 et oui à la question 11

12) Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous n'exercez pas dans l'hôpital local ? Classez par ordre décroissant en pertinence (1 pour la raison la plus pertinente et 7 la moins)

[Case qui accepte un chiffre] L'éloignement du cabinet de l'hôpital local

[Case qui accepte un chiffre] La charge de travail

[Case qui accepte un chiffre] Les contraintes administratives

[Case qui accepte un chiffre] Le manque de moyens diagnostiques et/ou thérapeutique

[Case qui accepte un chiffre] Le mode du fonctionnement

[Case qui accepte un chiffre] Un système de rémunération dévalorisant

[Case qui accepte un chiffre] Peur pour le statut libéral

(chiffres qui seraient autorisés seraient 1,2,3,4,5,6,7 et une seul fois chacun) si possible

13) Votre installation était-elle motivée au départ par l'existence dans la région d'un hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

14) Combien de patients par jour recevez-vous dans votre exercice libéral en moyenne ? [Table déroulante des mentions de moins de 15, 15 à 25, plus de 25]

15) Faites-vous des visites à domicile ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui,

15 bis) Combien en moyenne par semaine ? [Table déroulante des mentions de moins de 3, 3 à 6, plus de 6]

16) Pour vous, l'hôpital local est :

a-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge thérapeutique de diagnostics déjà établis.

b-[case à cocher] une unité d'hospitalisation et de prise en charge diagnostique et thérapeutique

c-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

17) L'appellation "hôpital local" vous est-elle appropriée ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si non :

17 bis) Quelle appellation correspond le mieux à votre perception actuelle de l'hôpital local ?

-[case à cocher] centre de soins de proximité

-[case à cocher] centre de soins gériatriques

-[case à cocher] établissement médico-social de proximité

-[case à cocher] autre [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Une seule case à cocher)

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

6^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et non à la question 10 et oui à la question 11

18) Comment jugez-vous les moyens dont dispose l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de suffisants, insuffisants, très insuffisants]

19) Classez par ordre décroissant, en intérêt, les services qui vous semblent apporter un plus à l'exercice en hôpital local (1 celui qui a le plus grand apport selon vous, 7 le moins)

- [Case qui accepte un chiffre] laboratoire d'analyse médicale de routine
- [Case qui accepte un chiffre] service de radiologie standard géré par un manipulateur de radiologie
- [Case qui accepte un chiffre] organisation de consultations spécialisées au sein de l'hôpital local
- [Case qui accepte un chiffre] service de PMI
- [Case qui accepte un chiffre] service pour le personnel kiné et ergo
- [Case qui accepte un chiffre] service d'accueil direct de patient (simili urgences)
- [Case qui accepte un chiffre] psychologue

(chiffres qui seraient autorisés seraient 1,2,3,4,5,6,7 et une seul fois chacun) si possible

20) Quel est votre avis de la télémedecine et le transfert de clichés d'imagerie entre le médecin et le manipulateur de radiologie ? [Table déroulante des mentions de favorable et défavorable]

21) Connaissez-vous le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Si oui :

21 bis) Comment le jugez-vous ? [Table déroulante des mentions de convenant et à revoir]

Si à revoir :

21 ter) Quels éléments aimeriez-vous le plus qu'ils soient revus ?

- [Case à cocher] La prise en charge sélective patient-médecin traitant
- [Case à cocher] La distribution des responsabilités
- [Case à cocher] Le dossier patient informatisé
- [Case à cocher] La rémunération
- [Case à cocher] Autres [espace libre pour s'exprimer avec limitation de caractère à 60 caractères]

(Plusieurs cases peuvent être cochées)

[Bouton précédent \(à gauche\)](#)

[Bouton suivant \(à droite\)](#)

7^{ème} page et fin pour ceux qui disent non à la question 9 et non à la question 10 et oui à la question 11

22) Si l'hôpital local embauchait un praticien à titre salarié et à temps plein, ceci rendrait-il pour vous l'hôpital local plus attractif dans la prise en charge de vos patients ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

23) plusieurs hôpitaux locaux ont lancé des projets de mise en place d'une maison de santé pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local ou en son sein même, comment vous en situez-vous ? [Table déroulante des mentions de favorable et défavorable]

Si défavorable :

Quelles en sont les raisons [espace libre]

24) Quel avenir prédisiez-vous pour l'hôpital local ? [Espace libre]

Bouton envoyer

« Message de la fin »

Merci infiniment pour votre participation, nous aurons le plaisir de vous faire parvenir les résultats de l'étude, pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse mail ou au numéro de téléphone suivants :

hopitaux.locaux@gmail.com

Tél : 06 51 05 62 22

3^{ème} page pour ceux qui répondent non à la question 9

10) êtes-vous déjà intervenu, à l'occasion d'une garde ou d'un remplacement d'un confrère, au sein d'un hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

4^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et non à la question 10

11) Connaissez-vous le concept de l'hôpital local ? [Table déroulante des mentions de oui et non]

Bouton précédent (à gauche)

Bouton suivant (à droite)

5^{ème} page pour ceux qui disent non à la question 9 et non à la question 10 et non à la question 11

« Message de la fin »

Merci infiniment pour votre participation, nous aurons le plaisir de vous faire parvenir les résultats de l'étude, pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse mail ou au numéro de téléphone suivants :

hopitaux.locaux@gmail.com

Tél : 06 51 05 62 22

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'hôpital local est une entité hospitalière originale qui allie les missions sanitaires à celles médico-sociales. En se situant à la frontière du sanitaire et du médico-social, il constitue une structure pivot dans la prise en charge des patients en milieu rural et semi rural. Il constitue en même temps une sorte d'alliance entre le secteur public et le secteur privé représenté par le concours des médecins libéraux.

Après la promulgation de la loi HPST, le financement des hôpitaux locaux se faisant jusque-là par dotation globale, risque de passer au mode de TAA que ces derniers ne semblent pas pouvoir supporter.

L'objectif de cette étude, menée auprès des médecins généralistes libéraux du département des Vosges, est d'étudier la perception de ces derniers sur l'utilité et l'importance de cette entité hospitalière.

Le service rendu par l'hôpital local ne fait aucun doute au sein de la communauté des médecins généralistes qui l'ont exploité et son utilité est attestée par la majorité des médecins. Les avantages que ces hôpitaux locaux offrent aux médecins généralistes sont multiples, allant de la diversification de leur exercice médical à la prise en charge rapprochée de leurs patients en passant par une meilleure organisation de la permanence des soins et une amélioration des rapports confraternels. Cependant, certains médecins déplorent, le manque de moyens diagnostiques et d'autres déclarent être épuisés par les contraintes administratives rencontrées dans ces hôpitaux.

Le maintien de ces entités hospitalières fait figure de nécessité auprès des médecins généralistes et des acteurs locaux, une dérogation à la loi HPST serait souhaitable.

TITRE EN ANGLAIS

The perception of the local hospital entity by General Practitioners

Survey of Vosges Department General Practitioners

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2013

MOTS-CLES: Hôpital local, Perception médecins généralistes, Focus Group, Enquête

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté De Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex
