



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-theses-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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Delphine ROZBORSKI

le 26 septembre 2005



L'APPORT D'UN HÔPITAL LOCAL DANS L'ORGANISATION DES SOINS

Expérience de l'Hôpital Intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON
Monsieur le Professeur Athanase BENETOS
Monsieur le Docteur Richard MATHIEU
Madame le Docteur Monique ROBINET-PONCELET

Président

)

) Juges

)

)

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

Du 1^{er} cycle :

Du 2^{ème} cycle :

Du 3^{ème} cycle :

De la vie facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON- Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE
Jean-Marie FOLIGUET – Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta THEREUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIIN – Pierre PAYSANT – Jean-Claude BURDIN
Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAD – Pierre LAMY
Jean-Marie GIGLENKRANTZ – Simone GIGLENKRANTZ – Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH
Michel PIERSON – Jacques ROBERT – Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON
Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI – Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN
Jean PREVOT – Jean FLOQUET – Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE
Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES – Alain LARCAN – Gérard VAILLAND
Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER – Hubert HUFFHOLTZ – Jacques LECLERE
Francine NABET – Jacques BORRELY – Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET
Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul Vert – Philippe CANTON – Bernard LEGRAS
Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAU – Michel WEBER
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – 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 – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBINGER – Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Pierre Nicolas

Professeur Jean-Louis GUEANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

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

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

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

Professeur Guy PETIET – 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 – Professeur Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

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

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES

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

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LEVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et REEDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

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

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

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

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur
Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

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

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MEDECINE INTERNE, GERIATRIE et CHIRURGIE GENERALE

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

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN

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

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS

HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE
Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT
Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

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

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Catherine HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean PAYSANT

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAITRES DE CONFERENCES

05^{ème} section : SCIENCE ECONOMIE GENERALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINERALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MEDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MECANIQUE, GENIE MECANIQUE ET GENIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GENIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ECOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Médecine générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN

Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Hubert UFFHOLTZ

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT - Professeur Jean PREVOT

Professeur Jean-Pierre GRILLIAT – Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H.SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (Japon)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (Finlande)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-ville (Vietnam)

A Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,
Professeur de médecine interne,
que je remercie d'avoir accepté de présider mon jury
et de m'avoir conseillée afin de finaliser ce travail.
Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,
Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention,

et à Monsieur le Professeur Athanase BENETOS,
Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement,

que je remercie d'avoir accepté spontanément de juger ce travail,

A Monsieur le Docteur Richard MATHIEU, directeur de cette thèse,
que je remercie pour m'avoir fait confiance
et pour tout le travail qu'il apporte au sein de l'hôpital local,

A Madame le Docteur ROBINET-PONCELET
que je remercie pour son aide et sa documentation précieuse,

Soyez assurés de mon profond respect.

A ma mère et à ma sœur que je remercie de tout mon coeur
car elles m'ont soutenue du début à la fin de mes études,
et à mon père qui, là où il est, doit être très fier en ce jour,

A Nicolas et à mes amies que je remercie beaucoup
car ils ont réussi à me supporter pendant tout ce travail
et m'ont aidée dans les moments les plus difficiles.

SERMENT

« Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

Préambule.....	19
----------------	----

CHAPITRE 1 : QU'EST-CE QU'UN HÔPITAL LOCAL ?

1.1 - L'HÔPITAL LOCAL : UN ANIMATEUR ORIGINAL DE L'OFFRE DE SOINS.....	21
1.1.1 - Définition légale de l'hôpital local.....	21
1.1.2 - Les données démographiques.....	21
1.1.3 - L'organisation originale des soins.....	22
1.2 - LES ACTIVITÉS D'UN HÔPITAL LOCAL	24
1.2.1 - L'hospitalisation complète.....	24
1.2.2 - Les alternatives à l'hospitalisation complète.....	26
1.2.3 - Les consultations avancées spécialisées.....	26
1.2.4 - Les réseaux et l'hôpital local.....	27
1.2.5 - L'accueil inopiné à l'hôpital local.....	29
1.2.6 - La permanence des soins.....	29
1.2.7 - La prévention et éducation à la santé.....	30
1.2.8 - Les activités médico-sociales.....	31

CHAPITRE 2 : L'HÔPITAL LOCAL INTERCOMMUNAL DE POMPEY- LAY-ST-CHRISTOPHE

2.1 - INTRODUCTION	33
2.2 - LE MATÉRIEL ET LES MÉTHODES.....	33
2.3 - L'ÉTAT DES LIEUX.....	35
2.3.1 - Présentation générale de l'établissement.....	35
2.3.2 - Une page d'histoire.....	36
2.3.3 - Zone d'implantation de l'établissement.....	38
2.3.3.1 - Identification géographique, sanitaire et administrative.....	38
2.3.3.2 - Environnement sanitaire et social.....	39
2.3.4 - Le secteur sanitaire.....	40
2.3.4.1 - Organisation générale.....	40
2.3.4.2 - Les différents motifs d'hospitalisation.....	41
2.3.4.3 - Les engagements et complémentarités.....	46
2.3.4.4 - Les consultations spécialisées.....	50
2.3.4.5 - La pharmacie.....	50
2.3.4.6 - Les bilans biologiques et radiologiques.....	51
2.3.4.7 - Le transport des patients.....	51
2.3.4.8 - La permanence des soins.....	51
2.3.4.9 - Exemples de prises en charge dans le secteur sanitaire.....	51

2.3.5 - Le secteur médico-social.....	54
2.3.5.1 - Les maisons de retraite.....	54
2.3.5.2 - Les autres activités médico-sociales.....	58
2.4 - APPORTS DE L'EXISTANT.....	61
2.4.1 - Capacité d'adaptation de l'établissement.....	61
2.4.1.1 - Les locaux.....	61
2.4.1.2 - Le personnel.....	62
2.4.1.3 - L'administratif.....	65
2.4.2 - La formation du personnel.....	66
2.4.2.1 - Formation initiale.....	66
2.4.2.2 - Formation continue.....	67
2.4.3 - La pertinence d'une prise en charge globale.....	68
2.4.3.1 - Un véritable travail d'équipe.....	68
2.4.3.2 - Une meilleure connaissance de l'environnement, des patients, des familles.....	69
2.4.3.3 - Une prise en charge à géométrie variable.....	70
2.5 - DANS L'AVENIR.....	72
2.5.1 - Une recherche permanente d'amélioration de la qualité.....	72
2.5.1.1 - La procédure d'accréditation.....	73
2.5.1.2 - Les conventions tripartites.....	74
2.5.1.3 - Les Contrats d'Objectifs et de Moyens.....	77
2.5.2 - Appartenance au réseau gérontologique du Val de Lorraine.....	77
2.5.3 - Le rôle de l'ARH et du SROS de 3 ^{ème} génération.....	79

CHAPITRE 3 : DISCUSSION

3.1 - L'HÔPITAL DE POMPEY EN QUESTION	83
3.1.1 - Hôpital de premier recours et de collaboration utile avec le CHU.....	83
3.1.2 - La recherche de la qualité de l'établissement.....	85
3.1.3 - Une proximité réconfortante.....	86
3.1.4 - Un hôpital « plate-forme ».....	87
3.2 - D'AUTRES EXPÉRIENCES.....	88
3.2.1 - Au niveau national et régional.....	88
3.2.2 - Des expériences locales positives.....	90
3.2.3 - Revalorisation nécessaire du statut des médecins généralistes libéraux en tant qu'acteur de santé publique.....	92

<u>CONCLUSION.....</u>	95
-------------------------------	-----------

<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	97
----------------------------------	-----------

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les textes réglementaires.....	101
ANNEXE 2 : Localisation des 350 hôpitaux locaux en métropole.....	103
ANNEXE 3 : Personnel autorisé en équivalent temps plein à l'hôpital de Pompey.....	104
ANNEXE 4 : Les bassins de santé en Lorraine.....	105
ANNEXE 5 : Les secteurs sanitaires en Lorraine.....	106
ANNEXE 6 : Activité des médecins libéraux dans le service de médecine.....	107
ANNEXE 7 : Etat des entrées et des sorties.....	108
ANNEXE 8 : Les groupes homogènes de malades.....	109
ANNEXE 9 : Les réseaux gériatriques et handicap en Meurthe-et-Moselle.....	110

PRÉAMBULE

Etablissement public de santé, l'hôpital local présente des caractéristiques spécifiques. C'est une organisation originale qui est un exemple unique de coopération entre secteur public et secteur libéral. Il fonctionne en effet, pour l'essentiel, avec le concours de médecins généralistes rémunérés à l'acte et qui trouvent dans l'hôpital local un moyen de servir l'intérêt général tout en préservant dans leur pratique quotidienne les marges de liberté qu'ils désirent conserver.

Ces professionnels libéraux travaillent au sein d'une équipe soignante présente 24 heures sur 24 dans l'établissement qui possède, dans le meilleur des cas, des lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation, de long séjour et d'hébergement.

Encore trop peu connu de l'ensemble des professionnels, je tiens, en premier lieu, à définir l'hôpital local et ses activités, sa mission principale étant de prodiguer et de coordonner des soins de premier niveau et de proximité tout en essayant de devenir, depuis peu, une plaque tournante de réseaux de santé et de coopération avec les centres hospitaliers qui disposent de moyens techniques plus conséquents.

Quel est l'intérêt de ces structures qu'elles soient établies en zone rurale, semi-rurale, voire urbaine à proximité d'un Centre Hospitalier Universitaire ?

L'Hôpital Intercommunal Local de Pompey- Lay-St-Christophe, situé à 10 kilomètres du CHU de Nancy, est un exemple particulier. Créé en 1867 grâce au legs de Monsieur Edouard Collinet de La Salle, cette structure dispose actuellement d'un service de médecine, d'un service de soins de suite et de réadaptation et de plusieurs maisons de retraite, ces dernières comportant des sections de cures médicales et des unités de soins de longue durée gérées spécifiquement par des médecins hospitaliers qui collaborent avec les médecins libéraux.

Cet hôpital a beaucoup d'autres avantages à nous faire découvrir pour améliorer le quotidien des patients, qui, jusqu'à présent, et d'après mon expérience, semblent satisfaits de ses offres de soins...

Promouvoir l'hôpital local comme structure originale et incontournable de l'offre de soins, même à proximité d'un Centre Hospitalier Universitaire, s'interroger sur les défis de cette structure et envisager les moyens de son amélioration comme la création de maison médicale / maison de garde, tels sont les objectifs de cette thèse. Elle est l'occasion de mieux faire connaître aux personnes concernées ce qu'est un hôpital local, avec une organisation de soins graduée, plus coopérative, centrée autour du patient et permettant à chacun d'être bien soigné quelque soit son lieu de vie.

CHAPITRE 1

QU'EST-CE QU'UN HÔPITAL LOCAL ?

1.1 - L'HÔPITAL LOCAL : UN ANIMATEUR ORIGINAL DE L'OFFRE DE SOINS

1.1.1 - Définition légale de l'hôpital local (1)

L'hôpital local apparaît dans la réglementation avec l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 sous le terme d'« hôpital rural ». Cette structure hospitalière répond à l'époque à un besoin exprimé par les médecins, exerçant en secteur rural, qui, en raison du déficit sanitaire, étaient obligés de traiter la plupart de leurs malades et d'accoucher bon nombre de leurs parturientes à domicile.

Avec l'évolution des technologies médicales et à la faveur du développement des voies de communications, cet hôpital tombe quelque peu dans l'oubli des hommes et de la réglementation au cours des années 1970-1980. Il se voit progressivement dépouiller de ses services de maternité et de médecine à la faveur du développement de sections de moyen et long séjours.

C'est par la loi 91-478 du 31 juillet 1991 que l'hôpital rural, devenu « hôpital local » depuis le décret du 6 décembre 1972 avec possibilité d'implantation en milieu urbain, retrouve sa place au sein des établissements publics de santé au même titre que les centres hospitaliers. Cependant, la mission de soins confiée aux hôpitaux locaux est restreinte par l'article R 711.6.4 du décret d'application n° 92-1210 du 13 novembre 1992 (Annexe 1) à :

- avec ou sans hébergement : des soins de courte durée en médecine, des soins de suite ou de réadaptation ;
- des soins de longue durée, comportant un hébergement ;

De plus, il doit participer :

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

Cette restriction, apportée à la mission de soins des hôpitaux locaux, est liée en grande partie au manque d'environnement médico-chirurgical hautement technique que nécessite de nos jours l'exercice médical en toute sécurité pour certaines pathologies.

1.1.2 - Les données démographiques

Il existe 355 hôpitaux locaux (dont 3 en Martinique et 2 en Guadeloupe) (Annexe 2) avec 55972 lits répartis sur le territoire français, soit un tiers du parc hospitalier. Ils offrent 23611 lits de soins (courts séjours, soins de suite et soins de longue durée) et 32361 lits d'hébergement selon le tableau suivant (2) :

	Nombre d'hôpitaux locaux disposant de ces lits	Nombre de lits	Nombre de lits / hôpital local
Lits de court séjour	252	3622	14
Lits de soins de suite	254	5476	22
Lits de soins de longue durée	306	14513	47
Lits d'hébergement	337	32361	96

Si ses capacités d'accueil représentent 3.75 % des lits de médecine d'hospitalisation publique, elles atteignent plus de 14 % des lits de soins de suite et de réadaptation et s'élèvent à près de 19 % des lits de soins de longue durée, soit plus de 10 % des places d'hospitalisation.

Le poids des hôpitaux locaux dans l'hospitalisation publique est résumé dans le tableau suivant :

	Pourcentage dans l'hospitalisation publique		
Lits de court séjour	3.75 %	répartis dans	71 % des hôpitaux locaux
Lits de soins de suite	14.30 %	répartis dans	72 % des hôpitaux locaux
Lits de soins de longue durée	18.90 %	répartis dans	86 % des hôpitaux locaux
Lits d'hébergement			95 % des hôpitaux locaux
Lits d'hébergement temporaire	34 %	répartis dans	14 % des hôpitaux locaux

1.1.3 - L'organisation originale des soins (3)

Le fonctionnement est basé sur le volontariat des médecins libéraux exerçant dans les environs de l'hôpital local. Ils sont 3300 praticiens dont 70 % de médecins généralistes libéraux. Ils gèrent les séjours des patients en coopération avec un personnel paramédical hospitalier présent sur place 24 heures sur 24.

Du fait de sa localisation, le plus souvent, dans les zones rurales et semi-rurales, l'hôpital local représente la première structure hospitalière de proximité grâce à une prise en charge à la fois généraliste et polyvalente. Il conserve sa vocation de soin avec ses lits de médecine et de soins de suite et de réadaptation.

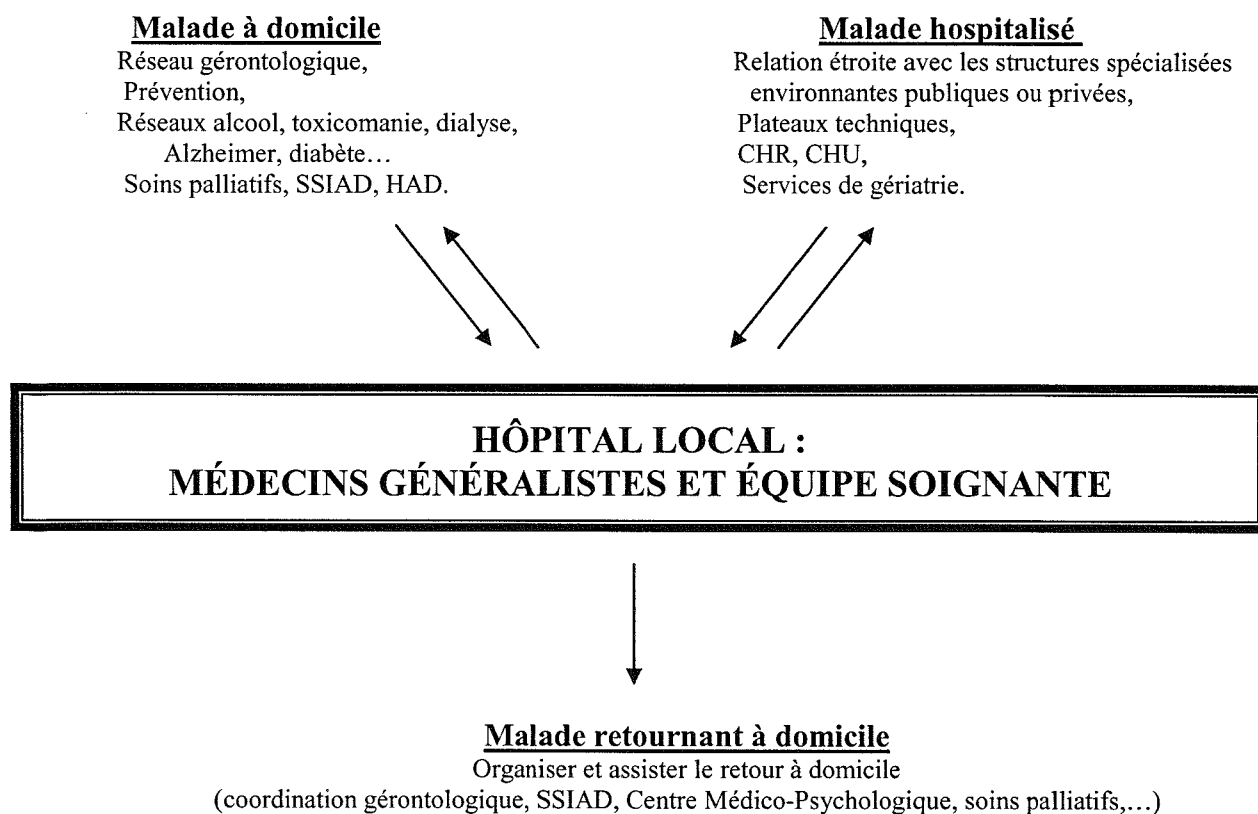
Son activité peut être spécialisée pour mieux répondre aux besoins locaux en fournissant, par exemple, des soins de gériatrie, d'alcoologie ou de soins palliatifs, parfois dans le cadre de réseaux ou de conventions.

Il participe en outre à l'accès aux soins ambulatoires de l'ensemble de la population, en ayant récemment su développer, dans certains établissements, des consultations externes avancées, par exemple en psychiatrie, en ophtalmologie ou en ORL, ou en développant les aides à domicile (soins infirmiers, portage des repas...).

L'hôpital local fournit également un bon exemple de rapprochement souhaitable entre les secteurs sanitaire et social, en particulier en ce qui concerne la prise en charge des

personnes âgées. Lieu d'hospitalisation où les patients peuvent être soignés au plus près de leur environnement quotidien et de leur entourage familial et amical, il pratique ainsi une forme de prise en charge qui permet d'assurer de façon complémentaire qualité de soins et qualité de vie.

Ce qui fait donc l'originalité de l'hôpital local, c'est l'ensemble des réseaux tissés autour du patient et que l'on peut résumer par le schéma suivant (2) :



L'hôpital local trouve ainsi sa place au cœur d'un triple ensemble de réseaux en devenant maillon essentiel de l'organisation coordonnée des soins entre domicile, médecine de ville, alternatives à l'hospitalisation et établissements de santé disposant d'un plateau technique plus conséquent.

1.2 - LES ACTIVITÉS D'UN HÔPITAL LOCAL

Les activités de l'hôpital local dont je vais parler dans ce sous-chapitre se sont développées différemment selon les établissements, leurs besoins, leurs possibilités, leur implantation... Certains n'ont pas de consultations avancées, d'autres pas de service de médecine...

L'hôpital local est en plein bouleversement, en pleine restructuration : il n'est plus seulement défini par son mode de fonctionnement médical original, mais également par les missions qu'il assure (4).

1.2.1 - L'hospitalisation complète

Le court séjour de médecine

L'existence d'un service de médecine de proximité à l'hôpital local favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. Le médecin généraliste notamment, recourt à ce service lorsque l'état du patient requiert des soins primaires relevant d'une prise en charge hospitalière ou d'une prise en charge qui fait suite à son transfert d'un autre établissement, lorsque son état n'est pas stabilisé.

L'hôpital local est le lieu où s'exerce une médecine polyvalente, d'orientation et de premier recours, qui permet notamment de :

- assurer la mise en route et la surveillance de traitements ;
- prendre en charge des épisodes aigus de pathologies chroniques ;
- assurer des prises en charge spécifiques dans le cadre de participation à des réseaux de santé ;
- dispenser des soins de proximité aux personnes âgées ;
- réaliser des bilans, notamment gériatriques, et des diagnostics précis ;
- dispenser des soins palliatifs et de fin de vie ;
- prendre en charge la douleur.

Le service de court séjour peut accueillir à la fois, lorsque leur état le nécessite, les personnes vivant à domicile et les personnes admises en hébergement notamment à l'hôpital local. Ces derniers cas devraient être moins fréquents, dans la mesure où le passage de convention tripartite doit permettre d'assurer en hébergement les soins pour un problème aigu sans transfert du patient.

L'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation

L'objectif du service de soins de suite et de réadaptation à l'hôpital local est le retour et le maintien à domicile du patient : il permet ainsi de consolider et réorienter une prise en charge après une situation aiguë.

Ainsi, les soins de suite et de réadaptation permettent notamment de :

- poursuivre une hospitalisation lorsque l'état du patient n'est pas stabilisé pour son retour à domicile ;
- réaliser une réadaptation fonctionnelle, en particulier pour les patients ayant un problème neurologique ou traumatologique ;
- adapter une thérapeutique spécifique ;
- prendre en charge les personnes atteintes d'état végétatif chronique ou paucirelationnel ;
- développer des soins de suite et de réadaptation gériatriques.

Les soins de longue durée à l'hôpital local

Dans le cadre de la réforme de la tarification, les hôpitaux locaux dotés d'unités de soins de longue durée ont vocation à signer une convention tripartite avant le 31 décembre 2005, au même titre que les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite). Ceci ne modifie pas la nature juridique de ces unités qui demeurent des missions d'un hôpital mais dont la redéfinition est à l'étude.

Ainsi, la création de ces Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ne doit pas avoir pour conséquence la transformation systématique des hôpitaux locaux ne disposant plus actuellement de lits de médecine, en établissement médico-social.

Quoi qu'il en soit du statut juridique actuel de ces services, le personnel y prodigue toujours les mêmes soins et travaille en étroite collaboration avec des réseaux de soins palliatifs, le tout marqué par :

- une importante réflexion de nombreux services de soins et d'hébergement sur l'accueil des patients en fin de vie mais aussi sur celui de leurs familles (projets de soins, protocole, salon des familles, travail avec des psychologues, assistante sociale, SSIAD...) ;
- l'existence d'unités de soins palliatifs ou de lits dédiés pour certains hôpitaux locaux ;
- l'ancrage et l'activité d'équipes mobiles de soins palliatifs intervenant dans les services mais aussi à domicile, avec auprès des patients, des familles et des soignants (soutien, formation...) ;
- une coopération forte et en pleine extension avec des associations de bénévoles d'accompagnement ;

- un effort soutenu de formation des soignants et des médecins par les établissements (DIU, formations in situ, formation par les équipes mobiles de soins palliatifs...).

La sortie du malade vers son domicile

La finalité de l'hospitalisation est la redéfinition d'un projet de vie. Le patient mérite, après un épisode de rupture, que le temps soit pris pour :

- lui faire accepter une démarche médicale ou les conséquences d'un séjour ;
- lui permettre de récupérer le maximum d'autonomie ;
- négocier avec lui et sa famille les solutions d'avenir (retour à domicile, entrée en institution) ;
- mettre en place avec les partenaires du soin à domicile, les paramédicaux, l'assistante sociale, les solutions préconisées.

1.2.2 - Les alternatives à l'hospitalisation complète

Dès lors que la suppression de toute référence à la carte sanitaire et l'obligation de convertir des moyens d'hospitalisation traditionnelle pour créer des places d'alternatives à l'hospitalisation complète, telles qu'annoncées dans le plan ministériel « Hôpital 2007 » (15) et que nous verrons plus loin au chapitre 2.5.3, seront légalisées, l'hôpital local doit pouvoir offrir une diversité de modes de prises en charge adaptés aux besoins des patients qu'il accueille et de la population.

Ces alternatives doivent désormais trouver un écho particulier au sein des hôpitaux locaux, parmi lesquelles sont à privilégier :

- le développement des structures à temps partiel de jour ou de semaine ;
- le développement des structures d'hospitalisation à domicile (HAD).

1.2.3 - Les consultations avancées de spécialistes

L'objectif est multiple : instaurer une démarche où l'offre vient au patient, constituer une équipe pluridisciplinaire, renforcer le temps médical et éviter le recours injustifié à des structures spécialisées.

Le développement de ces consultations doit tenir compte des besoins de la population accueillie, de l'offre publique et libérale existante ainsi que de l'éloignement entre l'hôpital local et les établissements de santé.

L'activité des hôpitaux locaux s'adressant essentiellement aux personnes âgées, les besoins les plus fréquents sont les suivants : gériatrie, cardiologie, neurologie, bucco-dentaire, pneumologie, rhumatologie, dermatologie, gastroentérologie et ophtalmologie. Par ailleurs, l'appui des équipes de secteur psychiatrique et/ou des psychiatres libéraux permet à l'équipe médicale et soignante de l'hôpital local de disposer d'un référent, intervenant régulièrement au sein de l'établissement.

Le recours au médecin spécialiste, pour les patients hospitalisés à l'hôpital local, est sollicité par le médecin généraliste autorisé et /ou les praticiens y exerçant.

Ces consultations peuvent être ouvertes à des patients non hospitalisés au sein de l'établissement.

Le suivi du patient demeure assuré par le médecin généraliste ou le praticien référent.

La création de consultations avancées fait l'objet d'une délibération de la commission médicale d'établissement (CME) qui identifie les besoins et en fixe les modalités, après avis auprès du médecin coordonnateur des soins.

Un engagement est formalisé entre le directeur, après avis du président de la CME, et chacun des médecins spécialistes pour préciser leurs modalités d'intervention définies dans la convention conclue avec le (ou les) établissement(s) de santé concerné(s). Leurs actes se font dans le respect des tarifs conventionnels, financés par la dotation globale de l'établissement pour les patients hospitalisés et par l'assurance-maladie pour les autres patients.

Les interventions de professionnels para-médicaux libéraux (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, podologues...) doivent parallèlement être facilitées au sein des hôpitaux locaux.

1.2.4 - Les réseaux et l'hôpital local

L'hôpital local est, de par l'article R.711-6-5 du décret du 13 novembre 1992 (Annexe 1), déjà inséré dans un tissu conventionnel avec les centres hospitaliers et les établissements privés. Parce qu'il met en contact les intervenants médicaux, para-médicaux et sociaux, il constitue un espace de coordination qui favorise son engagement et sa participation à une dynamique de réseaux.

Le travail en réseau est une réponse adaptée à la prise en charge des maladies complexes où s'intriquent le médical et le social. Il convient parfaitement aux personnes âgées ayant des pathologies multiples, avec risque de dépendance. Il trouve sa place aussi bien en amont de l'hospitalisation (parfois pour l'éviter grâce, par exemple, aux consultations avancées ou au SSIAD), pendant ou en aval avec la prise en charge des patients au plus près de chez eux.

Ces réseaux de santé doivent relier la ville avec l'hôpital, le sanitaire avec le médico-social, et les établissements entre eux (court séjour, soins de suite, long séjour) de manière à assurer la continuité des soins.

Définition d'un réseau (5)

Les premiers réseaux médico-sociaux ont été créés au plan administratif par une circulaire de juin 1991. Pour qu'ils aient vu le jour, il a fallu que l'administration s'appuie sur des expériences locales déjà existantes.

C'est donc au milieu des années 80 qu'il faut chercher leur origine française, et le concept a aujourd'hui plus de 20 ans. On ne doit donc plus parler des réseaux comme d'innovations sociales : ils sont des données incontournables du dispositif sanitaire français et sont entrés dans leur âge mûr.

Un réseau sert à améliorer la communication entre les professionnels d'un secteur géographique, au bénéfice de l'accueil et du soin de certains patients (en général atteints d'une pathologie particulière), en mobilisant les ressources sanitaires ou sociales sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Il vise à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins.

Selon la coordination nationale des réseaux, « le travail d'un réseau a pour but un accompagnement global et cohérent des personnes, en vue de l'amélioration de leur santé, réalisé par les différents intervenants médico-psycho-sociaux et les bénévoles ».

Les acteurs de cet ensemble construisent donc des pratiques coordonnées assurant la continuité de l'accompagnement sanitaire et social. Le travail en réseau réunit ainsi médecins praticiens, médecins hospitaliers, médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), infirmières, sages-femmes, puéricultrices, assistantes sociales, éducateurs, travailleuses de l'intervention sociale et familiale, patients, bénévoles ...

Un réseau n'a de légitimité et de raison d'être que s'il apporte aux différents acteurs une utilité et une efficacité supérieure au fonctionnement traditionnel reposant sur la division du travail. La mise en commun des savoirs, des expertises et des compétences doit permettre de mutualiser les ressources et d'élaborer ensemble une réponse plus adaptée et de meilleure qualité.

Au-delà du développement de stratégies coopératives entre professionnels, l'autre particularité est la place des usagers/patients/citoyens dans les réseaux. Ils y apportent leur expertise, compétences, savoirs au même titre que les professionnels.

Les différents types de réseaux (6)

Le terme « réseau » recouvre des réalités diverses que l'on peut regrouper selon trois catégories principales :

- Les réseaux ville-hôpital

Ils sont historiquement l'un des premiers modes d'organisation des réseaux. Des professionnels ont, le plus souvent dans le cadre d'un problème de soins au sens large du terme comme la gérontologie ou d'une pathologie donnée comme le SIDA, mis en évidence des insuffisances du système de distribution des soins. Une coordination des soins s'est avérée nécessaire, différents acteurs ont ressenti le besoin de se rencontrer pour mieux travailler ensemble.

Bien des réseaux se sont donc constitués sur les principes fondateurs suivants : réponse à des besoins de santé non couverts, rencontre et coordination. Un nouvel espace d'échanges s'est ainsi créé, des stratégies coopératives entre les médecins de ville et médecins hospitaliers se sont développées.

La plupart de ces réseaux ont fait une place aux travailleurs sociaux devant la nécessaire prise en compte de l'ensemble des problèmes des personnes, dans les champs médical et social.

- Les pôles hospitaliers de référence

Ils sont un lieu à la fois de recherche et de prise en charge de pathologies. Il s'agit autant de coordonner les traitements de maladies comme l'hépatite C que de garantir la qualité de protocoles standardisés.

Ces pôles de référence permettent à des professionnels de travailler ensemble (travail en réseau) et organisent la coopération entre établissements hospitaliers (réseaux d'établissements hospitaliers sur un thème donné).

- Les réseaux de santé

Ils sont organisés autour des problèmes de santé de la population d'une cité ou d'un quartier (avec une notion de territorialité limitée ou de proximité).

La lutte contre la précarité est souvent au cœur des besoins identifiés. Les thèmes concrets les plus souvent abordés par ces réseaux sont la toxicomanie, la médiation sociale, la santé des jeunes, l'accès aux soins...

Nombre de ces réseaux regroupent des professionnels du médical et du social, mais également des associations locales et souvent intègrent les habitants dans des actions de santé communautaires.

1.2.5 - L'accueil inopiné à l'hôpital local

La prise en charge de l'urgence n'est, pour le moment, pas du ressort de l'hôpital local. Lorsqu'il est confronté à ce type de situation, le recours au centre 15 ou à un médecin libéral doit être systématiquement privilégié.

Un protocole d'organisation interne face aux situations d'urgence de personnes qui se présenteraient de manière inopinée est à élaborer dans chaque établissement.

1.2.6 - La permanence des soins

Les médecins généralistes autorisés assurent la permanence et la continuité des soins au sein de l'hôpital local, coordonnée et organisée par le médecin responsable désigné par le DARH (Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) en application de l'article R.711-6-18 (Annexe 1). L'organisation de cette permanence 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.

Le directeur de l'hôpital local peut autoriser un médecin généraliste libéral, dans le cadre de sa permanence des soins de ville, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement, lorsqu'il n'est pas autorisé à exercer en hôpital local. Il en informe le DARH et le président du conseil départemental de l'ordre des médecins dans les 24 heures suivant l'intervention.

1.2.7 - La prévention et éducation à la santé

La prévention et l'éducation sanitaires sont des activités que l'hôpital local peut développer en raison de son caractère reconnu de fournisseur de soins de proximité et son rôle d'animateur local de santé.

Ces domaines de prévention ou d'éducation de la santé tiennent compte des besoins locaux de santé mis en évidence par les études des observatoires régionaux de santé notamment.

Ainsi, les actions suivantes peuvent trouver leur place au sein de l'hôpital local :

- les ateliers d'éducation alimentaire permettent de réduire certains facteurs de risque de santé pour la population locale (la logistique de l'hôpital local permet de mettre en place des ateliers cuisine...) ;
- l'aide au sevrage tabagique : mise en place de consultations de tabacologie, associées à des séances collectives de sensibilisation et de motivation – prise en charge des substituts nicotiniques pour les populations démunies ;
- les consultations d'alcoologie et de soutien au sevrage en lien avec les centres de cure ambulatoire, les réseaux d'alcoologie et les associations de malades ;
- la mise en place de cellule d'écoute pour les suicides et les conduites addictives sur les zones à risque ;
- la mise en place des examens de santé gratuits pour les précaires en lien avec les services des caisses d'assurance maladie ;
- les campagnes de dépistage de masse des cancers peuvent s'appuyer sur les structures locales existantes pour améliorer les taux de participation.

D'une façon plus générale, la politique de soins du projet d'établissement est à inscrire dans les programmes régionaux de santé.

Dans le domaine gériatrique, l'hôpital local peut soutenir les actions suivantes :

- prévention des risques de la dépendance
- atelier mémoire
- prévention de la maltraitance
- prévention des chutes
- éducation sanitaire sur les risques iatrogènes et l'observance thérapeutique
- soutien et éducation des aidants des malades d'Alzheimer et maladies apparentées
- campagne de vaccination anti-grippale.

Les services et les locaux de l'hôpital peuvent être proposés aux associations d'usagers pour l'ensemble des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Enfin, d'autres actions et activités peuvent être développés au sein de l'hôpital local (planning familial, PMI, Médecine du travail...).

1.2.8 - Les activités médico-sociales

Elles concernent tant l'hébergement des personnes âgées (maisons de retraite, cure médicale et soins de longue durée qui fusionnent progressivement en EHPAD) et la qualité de vie qui y est prodiguée que les actions contribuant à un soutien à domicile de qualité : SSIAD, accueil de jour ou de nuit, hébergement temporaire, portage de repas, de médicaments...

En effet, les personnes en situation de handicap ne restent à leur domicile que grâce à l'aide et au soutien constants de leur entourage, notamment familial. Dès lors, il est normal de mettre l'accent sur les risques d'épuisement physique et psychique des aidants familiaux, particulièrement pour toutes les personnes présentant une détérioration intellectuelle.

L'accueil de jour consiste à recevoir, dans des locaux dédiés à cet accueil, des personnes vivant à domicile pour une ou plusieurs journées par semaine, voire demi-journées, et cela dans des structures autonomes ou rattachées à une autre structure. Ils s'inscrivent pleinement dans une politique de soutien à domicile. Nombre de ces accueils de jour sont destinés à des personnes présentant une détérioration intellectuelle. Ils ont comme objectifs principaux de préserver et maintenir l'autonomie des personnes accueillies afin de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs aidants.

L'hébergement temporaire a des objectifs similaires, mais l'accueil a lieu sur plusieurs jours, voire semaines, notamment pour permettre à l'aidant de prendre des vacances, par exemple.

Leur spécificité consiste donc à accueillir les personnes hors de leur domicile, et à leur prodiguer un accompagnement et des soins adaptés à leurs besoins, et ce en petit groupe. Ces formules d'accueils temporaires constituent un élément important dans la palette des services mis à disposition de la population concernée par l'hôpital local.

Voilà donc les différentes missions, les différents aspects, les différentes activités que peut proposer un hôpital local : d'une prise en charge aiguë à une prise en charge chronique, du médical au social, du curatif au préventif.

Voyons maintenant quelles sont les particularités de l'hôpital local intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe, situé à 10 kilomètres du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

CHAPITRE 2

L'HÔPITAL INTERCOMMUNAL LOCAL DE POMPEY- LAY-ST- CHRISTOPHE

2.1 - INTRODUCTION

Le but de ce chapitre est de comprendre le fonctionnement de l'hôpital local intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe.

Ce travail permet ainsi de définir les apports incontournables de cette structure, ses manques à gagner et sa place dans l'organisation des soins.

2.2 – LE MATÉRIEL ET LES MÉTHODES

Pour comprendre une organisation aussi complexe que celle d'un hôpital local, il a fallu que j'utilise plusieurs méthodes de recueil d'informations :

Lectures de documents

- * Les projets d'établissements et de conventions tripartites de l'hôpital local ainsi que son Contrat d'Objectif et de Moyen, son compte-rendu d'accréditation, ses différentes conventions, son livret d'accueil, son règlement intérieur...
- * Les textes réglementaires
- * Nombreux articles de revues médicales spécialisées (« La Revue du Praticien », « Le Concours Médical », « TLM »,...)
- * Plusieurs numéros du journal de l'AGHL (Association nationale des médecins Généralistes des Hôpitaux Locaux)
- * Ouvrages et mémoires sur le système de santé, ses pratiques coopératives et l'action du médecin de famille
- * 6 thèses de médecine générale :
 - « Evolution de la pratique médicale rurale de 1950 à nos jours en Lorraine » de Bernard MONCHABLON, Nancy, 1978 ;
 - « L'hôpital local : à partir de l'étude du fonctionnement de l'hôpital local de Fismes (Marne) » de Claire LORTON-BLANCHARD, Nancy, 1978 ;
 - « L'unité de long séjour de l'hôpital local de Fismes (Marne) » d'Olivier LORTON, Nancy, 1983 ;
 - « La Clinique des Peupliers : un hôpital local ? » de J-Claude GALMICHE, Nancy, 1990 ;
 - « Le médecin généraliste à l'hôpital local : exemple de l'hôpital local de Gimont dans le Gers » de Valérie ESTINGUOY, Toulouse, 2004 ;
 - « Hôpital local et soins de fin de vie » de Marie Line DESROCHES épouse PÉRIER CAMBY, Dijon, 2004.
- * 4^{ème} schéma gérontologique 2002-2006 du Conseil général de Meurthe-et-Moselle « Bien Vivre son Age en Meurthe-et-Moselle »

- * Le guide d'accompagnement MARTHE « Améliorer la qualité en EHPAD » du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le Fichier permanent des corps et des grades des établissements publics sanitaires et sociaux.

Recherches Internet et Medline à la Bibliothèque Universitaire de la Faculté de Médecine de Nancy

- * Les différentes circulaires concernant les hôpitaux locaux
- * Les discours des ministres de la santé qui se sont succédés
- * La contribution de l'AGHL pour le Livre Blanc de la Gériatrie
- * De nombreuses réflexions de professionnels : directeurs d'hôpitaux locaux, d'ARH, de CRAM, de DRASS, de médecins travaillant dans ces structures, de groupes de travail...
- * Contact Internet avec le président de l'AGHL, Monsieur le Docteur HÉRAULT Dominique, et visite du site.

Entretiens avec :

- * Monsieur BOURDAUD'HUI Guy, ancien directeur de l'établissement et Madame QUENTON, nouvelle directrice depuis 2003
- * Madame MASSON, cadre infirmier du secteur sanitaire et du SSIAD
- * Madame le Docteur TROTZIER, ancien médecin salarié responsable du long séjour et maisons de retraite
- * Les médecins généralistes les plus impliqués à l'hôpital local et qui ont répondu présent à ma demande d'entretien : Monsieur le Docteur MATHIEU Richard de Pompey, Monsieur le Docteur PRIQUELER Guy de Champigneulle et Monsieur le Docteur BERR Marc de Frouard.
- * Monsieur le Docteur HERVI (entretien téléphonique), responsable médical à l'ARH de l'hôpital de Pompey, et Madame MÉNESSIER, responsable administrative à l'ARH de l'hôpital de Pompey.
- * Madame JACQUEL, qualitiennne de l'hôpital local de Pompey.
- * Le personnel du Centre Médico-Psychologique de Pompey (infirmier et cadre supérieure de santé).

Contacts avec :

- * Madame le Docteur ROBINET-PONCELET, médecin-conseil à Epinal, responsable des études actuellement menées en Lorraine sur les hôpitaux locaux par l'ARH dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération.
- * Le ministère de la Santé à Paris.

Participation à :

- * Une réunion à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) dans le cadre de l'enquête menée par Madame le Docteur ROBINET-PONCELET le 12 janvier 2005
- * Aux Troisièmes Rencontres des Réseaux Ville-Hôpital en mars 2002 à Lyon sur la proposition de Monsieur le Docteur MATHIEU.

2.3 - L'ÉTAT DES LIEUX

2.3.1 - Présentation générale de l'établissement

L'hôpital Intercommunal Local de Pompey- Lay-St-Christophe forme actuellement un ensemble de 361 lits répartis dans 5 établissements et comprend un secteur à vocation sanitaire et un secteur d'hébergement pour personnes âgées.

Le secteur sanitaire regroupe les disciplines suivantes :

- un service de médecine générale de 10 lits
- un service de soins de suite de 21 lits.

Le secteur d'hébergement pour personnes âgées à vocation médico-sociale (330 lits) se traduit par l'existence des maisons de retraite de La Salle, de l'Avant-Garde et Notre Chaumière à Pompey, ainsi que de la résidence Beau-Site à Liverdun.

Une convention de gestion a également été signée entre l'hôpital local de Pompey et la maison de retraite Baudinet de Courcelles à Lay-St-Christophe aboutissant, le 1^{er} janvier 2002, à la création de l'hôpital local intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe.

En plus de ces fonctions médicales pures, l'hôpital local de Pompey offre des services à la population du bassin tel que le SSIAD et accueille et travaille avec des réseaux.

La gestion de ces établissements est assurée par un Conseil d'Administration et une directrice (Madame QUENTON).

D'autres instances sont consultées pour la gestion de l'établissement (7) :

- la Commission Médicale d'Etablissement
- le Comité Technique d'Etablissement
- le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- la Commission du Service de Soins Infirmiers
- le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- la Commission de Conciliation.

Le personnel est composé de (au 1^{er} juillet 2005) (Annexe 3) :

- 169 soignants et éducatifs correspondant à 164.14 ETP (Equivalent Temps Plein) ;
- 18 administratifs correspondant à 16.50 ETP ;
- 30 employés techniques correspondant à 40.25 ETP ;
- 4 médecins et pharmaciens correspondants à 3.95 ETP.

2.3.2 – Une page d'histoire (8)

Au début du XIX^{ème} siècle, s'élève à l'entrée du chemin de l'Avant-Garde une importante demeure composée de deux bâtiments en équerre avec un jardin clos de murailles. Elle appartient à la veuve de Marc Antoine Hocquet, ancien directeur des vivres de la Meurthe.

Vers 1835, Madame Hocquet vend sa propriété à Monsieur Edouard Collinet de la Salle de Chonville, noble fortuné demeurant à Nancy.

La famille de ce dernier, anoblie en 1655, est originaire d'Epinal. Son père, Pierre Maurice Collinet de la Salle, est exécuté en 1793 après la révolution française pour suspicion d'appel à l'insurrection suite à la découverte de lettres et de papiers compromettants. La maison d'Epinal est alors mise sous scellés puis vendue, les biens sont confisqués...

Nous perdons ensuite la trace de cette famille éplorée pour retrouver celle d'Edouard après la révolution à Nancy.

Cet homme, passablement fortuné, entreprenant et cultivé, habite dans un hôtel particulier, vit largement et se passionne pour la chasse et les chevaux. Il acquiert ainsi la forêt de la Croix Renard à Pompey en 1826 pour y construire un haras, puis les bois de la Blanche Croix vers Marbach et enfin l'immeuble de Madame Hocquet situé à l'entrée du chemin de l'Avant-Garde. Edouard le fait démolir pour édifier à son emplacement un important hôtel particulier où il semble s'y installer vers 1837.

Sa compagne décède en 1851, 17 ans après la mort de leur fille unique à l'âge de 19 ans.

Ses relations avec ses cousins ne paraissent pas avoir été excellentes.

Quoi qu'il en soit, à la suite d'une longue maladie, Edouard décède à Nancy le 23 juillet 1862 en laissant un important testament, rédigé dès 1854, par lequel il lègue la presque totalité de ses biens pour la création d'un établissement hospitalier en son château de Pompey et n'oublie pas ses fidèles serviteurs.

Il est ainsi le fondateur d'un hospice pour 16 malades et 16 vieillards des villages de Pompey, Marbach, Liverdun et Saizerais en cédant son château de Pompey avec ses dépendances et tous ses biens, une somme de 150 000 francs pour les travaux de transformation de sa demeure en hospice, ses fermes et terres de Dieulouard, Gremecey et Manhoué ainsi qu'une partie de ses forêts vosgiennes et celles de Pompey avec les haras.

Il institue dans le même temps pour légataires universels, chacun pour un quart : l'hospice Saint Julien, l'hospice Saint Charles, l'hospice Saint Stanislas et la Maison des Orphelines à Nancy.

L'établissement de Pompey devra désormais s'appeler « Hospice de la Salle ». Les vieillards y seront habillés et chauffés toute la durée de leur vie et devront être bien traités. L'hospice sera géré par une commission de cinq membres et servi par un médecin et au moins cinq religieuses de Saint Charles.

Edouard ajoute une clause particulière qui stipule que, si le gouvernement n'autorise pas l'exécution du testament, la totalité de la fortune du donataire ira aux princes de la famille d'Orléans à laquelle le défunt restait très attaché.

A peine le testament est-il ouvert que les héritiers du sang en attaquent la validité car Edouard qui ne les aimait pas, les a exclus du legs. Un procès éclate entre ceux-ci et les légataires à l'issue duquel ils finissent par renoncer puisque le jugement du tribunal les déboute totalement. Les hospices sont alors envoyés en possession de l'héritage.

Lorsque les opérations de succession sont terminées (le paiement des frais de succession ayant nécessité la vente de deux maisons d'Edouard), on procède à l'aménagement du château en hospice. La commission de gestion comprend six personnes dont le maire et se réunit une fois par mois.

L'établissement hospitalier est enfin en place et son activité s'accroît avec les années. Durant la guerre de 1870, quelques soldats blessés sont soignés à l'hospice dont le médecin est le Docteur Claude.

En 1887, on compte 25 malades et vieillards pour 32 places.

Depuis 1875, la salle réservée aux femmes est en service.

A partir de 1895, un ouvroir pour jeunes filles est installé dans les murs du bâtiment alors dirigé par des sœurs de Saint Charles.

Mais les Pompéiens ne sont pas au bout de leurs surprises. En 1906, un violent incendie éclate dans l'aile centrale, l'alerte est donnée, le tocsin sonne à Pompey et à Frouard et c'est une course contre la montre qui commence.

Les habitants alors réveillés accourent et aident le Docteur Kuntzler et les sœurs à évacuer les malades et le mobilier ; il faut arracher de force les femmes effarées et paralysées par la peur, cachées sous les lits ; il faut recueillir les sinistrés dans les maisons voisines et les salles d'école.

Autour de l'hospice en feu, les gendarmes de Frouard organisent les secours en formant une chaîne avec des seaux depuis la Moselle pour alimenter les pompes de Frouard, Liverdun et quelques usines et établissements privés permettant ainsi de noyer le feu qui gagne l'étage supérieur.

Les dégâts seront estimés à 150 000 francs, couverts par une assurance, et l'ouvroir devra trouver un autre abri.

Durant la première guerre mondiale, 60 000 blessés civils et militaires seront soignés à l'Hospice de la Salle de Pompey. Le conflit 1939-1945 en amènera beaucoup moins jusqu'en septembre 1944 où l'on y conduit des blessés civils des bombardements et quelques soldats allemands de la Wehrmacht en retraite.

Quelques années après cette dernière guerre, l'antenne chirurgicale de l'établissement est abandonnée face à des locaux se prêtant mal à l'agencement fonctionnel d'un tel service et il faut songer à d'importantes transformations pour appliquer les nouvelles normes hospitalières.

Un projet mis sur pied en 1960 tente de rétablir la situation ; une demande d'agrandissement faite en 1962 est approuvée par le ministre l'année suivante et confirmée en 1964 pour un établissement de 123 lits, d'une maison de retraite de 80 lits et l'extension de l'hospice à 136 lits.

Mais des difficultés surgissent sur le plan politique et financier et font différer la réalisation du projet (d'autant plus que le C.H.U. de Nancy est mis en chantier), à l'exception de la maison de retraite construite en 1973 et 1974.

La gestion du domaine légué par Edouard de la Salle renforce les moyens financiers de l'établissement.

Pour information : une légende tenace circule depuis la prise de possession du bâtiment en 1866 après le décès d'Edouard. Elle raconte que ce dernier cachait partout dans son château des pièces d'or.

En effet, on y découvrit, lors de visites, dix sacs de pièces d'or d'une valeur de 10 000 francs, cachés derrière une boiserie. Dans le grenier, traînent des pièces d'argenterie en partie marquées aux initiales E.L. Cette découverte provoqua d'ailleurs un litige avec les hospices de Nancy qui en revendiquèrent une part. Un peu plus tard, un menuisier trouva un autre petit trésor dans les latrines.

L'histoire de cet hôpital est donc marquée par de nombreux efforts humains, financiers et personnels pour acquérir et conserver un établissement médical dans une petite ville comme Pompey.

Nous en retiendrons également un frêle début d'action sanitaire et sociale (ouvroir, maison de retraite).

2.3.3 - Zone d'implantation de l'établissement

2.3.3.1 - Identification géographique, sanitaire et administrative

Le bâtiment principal de l'Hôpital Intercommunal Local de Pompey-Lay-St-Christophe est localisé au cœur de la ville de Pompey, située le long de la vallée de la Moselle, au pied du plateau de l'Avant-Garde, sur l'axe Nord-Sud reliant Metz et Nancy par l'autoroute A31. Elle se situe dans le département de la Meurthe-et-Moselle (54), dans la région sanitaire et administrative de la Lorraine située dans le Nord-Est de la France métropolitaine. Il appartient au secteur sanitaire N° 4 « Lorraine Centre » et au bassin de santé N° 14 articulé autour de Nancy (Annexes 4 et 5).

Il existe dans la région Lorraine 15 hôpitaux locaux dont 2 en Moselle, 2 en Meurthe-et-Moselle et 11 dans le département des Vosges. Il n'y en a pas en Meuse.

Pompey s'intègre à l'agglomération nancéenne, participant à sa délimitation et représentant une de ses zones frontalières. Elle bénéficie d'un réseau routier dense grâce à l'échangeur desservant le pôle industriel de Pompey- Frouard- Champigneulles et l'existence de la nationale N67 longeant l'autoroute.

Le bâtiment réunit le service de médecine, le service de soins de suite et deux maisons de retraite, la maison de retraite Collinet de la Salle et la maison de retraite de l'Avant-Garde. Les trois autres maisons de retraite dépendant de l'hôpital de Pompey sont très proches avec la maison de retraite Notre Chaumière à Pompey, la Résidence Beau-Site à Liverdun (à 4 km de Pompey) et la maison de retraite Baudinet de Courcelles à Lay-Saint-Christophe (à 8 km de Pompey).

Ces cinq établissements sont donc répartis sur trois pôles géographiques distincts : Pompey, Liverdun et Lay-Saint-Christophe. Ces trois communes sont situées autour du confluent de la Meurthe et de la Moselle, à une dizaine de kilomètres au Nord de Nancy et de son CHU et à une vingtaine de kilomètres au sud de Pont-A-Mousson et de son Centre Hospitalier.

Des lignes régulières d'autobus desservent ces trois villes ainsi qu'une ligne ferroviaire à Pompey. Elles sont également facilement accessibles par l'autoroute A31 (Nancy-Metz).

2.3.3.2 - Environnement sanitaire et social (9)

Environnement médical proche

ZONE GÉOGRAPHIQUE	MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX
<u>Canton de Pompey</u>	
Champigneulles	10
Frouard	7
Liverdun	7
Marbach	4
Maxéville	7
Pompey	5
Saizerais	1
<u>Canton de Nancy</u>	
Custines	4
Bouxières-aux-Dames	5

Environnement sanitaire et social

STRUCTURES DU BASSIN DE SANTÉ N°14	NOMBRE DE LITS DU BASSIN	NOMBRE DE LITS À POMPEY	POURCENTAGE DE LITS À POMPEY
Médecine	1752	10	0.57 %
Soins de suite	1460	21	1.44 %
Unités de soins de longue durée	950	36	3.79 %
Maison de retraite	1868	288	15.42 %
dont section de cure médicale	1392	122	8.76 %
TOTAL	6030	355	5.89 %

Les places en maison de retraite à Pompey représentent 6.29 % des lits d'hébergement de l'ensemble du département.

2.3.4 - Le secteur sanitaire

2.3.4.1 - Organisation générale

Les services de médecine et de soins de suite sont confondus sur 2 étages et réunissent respectivement 10 et 21 lits dont 4 lits de soins palliatifs.

L'admission à l'hôpital local de Pompey est prononcée, conformément à la réglementation en vigueur, par le directeur ou son représentant sur prescription du médecin traitant ou d'un médecin hospitalier et selon les disponibilités en lits des services d'hospitalisation vues avec le cadre infirmier (Mme MASSON).

Il en est de même pour leur sortie, hormis les cas de sortie contre avis médical.

Le patient a le choix de son médecin parmi les 26 médecins libéraux agréés intervenants à l'hôpital local de Pompey :

- Monsieur le Dr ABEL Nicolas de Frouard
- Monsieur le Dr BENOFFI Christian de Frouard
- Monsieur le Dr BERR Marc de Frouard
- Monsieur le Dr BLIN Jean-Louis de Frouard
- Monsieur le Dr BOURGUIGNON Siegfried de Champigneulle
- Monsieur le Dr BRED A Frédéric de Custines
- Monsieur le Dr BRED A Ludovic de Custines
- Monsieur le Dr CLAUDON Richard de Liverdun
- Monsieur le Dr COURRIER Gilles de Pompey
- Monsieur le Dr EVRARD Denis de Custines
- Madame le Dr FRANÇOIS Virginie de Pompey
- Monsieur le Dr HUOT Jean de Champigneulle
- Monsieur le Dr LESNY Alain de Pompey
- Monsieur le Dr MALINGREY Régis de Custines
- Monsieur le Dr MALLINGER Franck de Frouard
- Monsieur le Dr MATHIEU Richard de Pompey
- Monsieur le Dr MIGET Patrick de Liverdun
- Monsieur le Dr MIGEOT Jean-Louis de Liverdun
- Madame le Dr MILLERY Martine de Marbach
- Monsieur le Dr NAUDIN Jean-Jacques de Champigneulle
- Madame le Dr POUYOUNE Sandrine de Champigneulle
- Monsieur le Dr PRIQUELER Guy de Champigneulle
- Monsieur le Dr ROYER Dominique de Frouard
- Monsieur le Dr TRAN QUANG TRU Jean-Marc de Frouard
- Monsieur le Dr VISOT Michel de Pompey.

Ces derniers sont autorisés par le préfet, et à leur demande, à dispenser à l'hôpital au titre de leur activité libérale des soins de courte durée en médecine et des soins de suite dès lors qu'ils s'engagent à respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur (Annexe 1), ainsi qu'à exercer leur activité professionnelle libérale dans la zone géographique déterminée par le Préfet (ainsi, le médecin choisi par le patient est, la plupart du temps, son médecin traitant). Cette autorisation, validée par le Directeur de l'ARH, après avis de la CME

et du conseil d'administration, est valable pour une durée de 5 ans et est renouvelable à la demande de l'intéressé.

Ces médecins autorisés doivent également respecter les conventions passées par l'hôpital avec d'autres établissements de santé publics ou privés et avec les divers prestataires de service de l'hôpital (laboratoires pharmaceutiques en particulier).

L'activité développée dans le service de médecine et le temps de travail correspondant, et donc proportionnel, sont très variables selon chaque médecin. Au cours de l'année 2004, 21 généralistes agréés sont intervenus dans ce secteur et 75.7 % des hospitalisations ont été prescrites par 7 médecins. La durée moyenne des séjours suivis par ceux-ci varie de 8.6 à 19.8 jours selon l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (Annexe 6).

L'équipe paramédicale se compose de :

- une surveillante,
- des infirmières présentes de jour comme de nuit,
- des aides-soignantes présentes également de jour comme de nuit,
- des agents de services hospitaliers,
- et un kinésithérapeute à temps plein.

L'assistance sociale est assurée par la présence d'assistantes sociales de la mairie qui passent dans l'établissement si on fait appel à leur service, mais en général, par souci de rapidité, c'est plutôt l'équipe soignante et le médecin traitant qui s'occupent de ce versant.

Une secrétaire médicale est employée à temps partiel pour la réalisation des PMSI, des courriers de sortie, des Résumés de Sortie Standardisés (RSS) et la gestion des dossiers médicaux.

Les chambres disposent de 1 à 2 lits à hauteur variable et sont toutes équipées d'un sanitaire indépendant, de prises d'oxygène et d'aspiration, d'un système d'appel ainsi que du téléphone et de la télévision.

2.3.4.2 - Les différents motifs d'hospitalisation

Les données PMSI en 2004 (Programme de Médicalisation du Système d'Information)

Ces informations chiffrées sont issues du rapport réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne à la demande de l'hôpital local de Pompey.

Service de médecine court séjour

Au cours de l'année 2004, le service de court séjour de médecine a réalisé 218 entrées (augmentation de 5.3% par rapport à l'année 2003) qui représentent 3025 journées et 218 patients (pas de multi-séjour).

La répartition par sexe, âge moyen et durée moyenne de séjour est résumée dans le tableau suivant :

	Pourcentage	Moyenne d'âge	Durée moyenne de séjour
Hommes	38.1 %	68.3 ans	14.7 jours
Femmes	61.9 %	76.8 ans	13.7 jours

73 % des entrées ont plus de 70 ans avec un maximum de personnes entre 80 et 89 ans (36,2 %). Presque 10 % ont moins de 40 ans : le service de médecine n'accueille pas uniquement des personnes âgées.

Les données révèlent également que 75 % des séjours durent entre 2 et 20 jours avec un maximum entre 6 et 10 jours pour 28 % des hospitalisés.

Les entrées en provenance du domicile (y compris domicile collectif) représentent 75.7 % des hospitalisations. 15.1 % des entrées sont des transferts d'une unité de soins de courte durée d'autres établissements (Annexe 7).

Selon les Résumés de Sortie Anonyme (RSA), les diagnostics principaux sont :

- à 11.4 % : altération de l'état général, malaise et fatigue pour une moyenne d'âge de 85.2 ans ;
- à 6.9 % : rééducation des drogués et après abus de médicaments pour une moyenne d'âge de 25.5 ans ;
- à 6.4 % : insuffisance cardiaque avec ou sans hypertension pour une moyenne d'âge de 82 ans ;
- à 3.7 % : lymphome non hodgkinien pour une moyenne d'âge de 60 ans (voir paragraphe 2.3.4.9 : exemple de M. L., 49ans).

Viennent ensuite les soins palliatifs, le sevrage alcoolique, les démences, l'embolie pulmonaire, les pneumopathies, les troubles dépressifs récurrents avec épisode actuel sévère, la cirrhose alcoolique...

On note 112 diagnostics principaux différents recensés au cours de l'année 2004.

80 % de l'activité médicale est représentée par 70 diagnostics principaux.

5 séjours sont relatifs aux soins palliatifs (Groupes Homogènes de Malades en annexe 8).

Service de soins de suite ou de réadaptation

Au cours de l'année 2004, le service de soins de suite ou de réadaptation a réalisé 248 entrées qui représentent 6920 journées et 197 patients (la part de multi-séjours étant de 25.9 % au cours de cette période).

	Pourcentage	Moyenne d'âge	Durée moyenne de séjour
Hommes	34.7 %	76.2 ans	23.7 jours
Femmes	65.3 %	80.7 ans	23.3 jours

79 % des patients en soins de suite et de réadaptation restent moins d'un mois dans ce service.

84 % des patients ont plus de 70 ans avec un maximum de personnes entre 80 et 89 ans (42.4 %).

	Domicile	Transfert	Mutation	Décès
Mode d'entrée	2.8 %	44.9 %	52.3 %	
Mode de sortie	73.6 %	11.3 %	13.2 %	1.9 %

Les catégories majeures cliniques prises en charge dans le service de soins de suite et de réadaptation sont :

- à 21.7 % : poursuite de soins médicaux post-traumatiques ;
- à 21.3 % : poursuite de soins médicaux cardio-vasculaires / respiratoires ;
- à 12.7 % : poursuite de soins neuro-musculaires ;
- à 10.4 % : poursuite de soins médicaux en santé mentale.

Viennent ensuite la poursuite de soins médicaux viscéraux, les soins palliatifs, la poursuite de soins médicaux rhumato/orthopédiques, la poursuite de soins médicaux sensoriels et cutanés.

Les entrées directes

Après accord du directeur et avis médical, le patient est donc accueilli dans le service de médecine et de soins de suite à partir de son domicile sur prescription du médecin traitant agréé. C'est le cas pour 70 % des admissions des hôpitaux locaux (2), 75.7 % à Pompey en 2004.

Il n'existe pas de limite d'âge, bien que la plupart des patients ait plus de 18 ans. En effet, l'activité de l'hôpital local de Pompey s'adresse essentiellement aux personnes âgées,

fragiles et vivant seules dont les besoins les plus fréquents sont : gériatrie, cardiologie, neurologie, pneumologie, dermatologie, rhumatologie et gastroentérologie.

L'organisation et les moyens de cet hôpital, notamment les multiples conventions passées avec d'autres établissements, professionnels libéraux ou réseaux, permettent :

- la réalisation de nombreux bilans d'altération de l'état général
- la prise en charge de déséquilibre et/ou de bilan de diabète
- la surveillance lors de l'instauration d'un nouveau médicament à visée cardiologique tel que le début d'un traitement par amiodarone
- la prise en charge d'une poussée d'insuffisance cardiaque
- la prise en charge d'une pneumopathie ou d'un OAP
- le traitement d'une escarre ou d'un ulcère veineux ou artériel nécessitant un repos complet et de bonnes conditions d'hygiène
- la prise en charge de patients en fin de vie dont le maintien à domicile n'est plus possible (ce qui représente 11 % des hospitalisés en hôpital local)
- le traitement d'une poussée d'arthrose invalidante...

En ce qui concerne les plus jeunes, une convention passée avec l'association « Réseau Toxicomanie Ville-Hôpital Meurthe-et-Moselle Sud » permet de réaliser des cures de désintoxication aux opiacés.

Nous pouvons également retenir toute l'utilité de ce service de court séjour pour réaliser un bilan chez une personne handicapée physique et /ou mentale qui bénéficie alors d'une prise en charge globale du déroulement des différentes actions : prises de rendez-vous, réalisations d'examens complémentaires, gestion des transports, des éventuels nouveaux médicaments ou d'un possible diagnostic de mauvais pronostic...

Les entrées provenant d'un autre établissement (2)

L'hôpital local de Pompey est une structure hospitalière travaillant en filière où le médecin généraliste et/ou hospitalier peut recevoir des patients qui lui sont adressés par d'autres structures pour des prises en charges spécifiques (soins palliatifs, rééducation, toxicomanie...), notamment dans le cadre des conventions passées avec des établissements publics.

Au sein des hôpitaux locaux, 28.7 % des hospitalisés proviennent d'un autre établissement, alors que les mutations par transferts internes ne représentent que 3.7 % des entrées.

Le transfert en court séjour

Ce mode de prise en charge concerne des malades admis au préalable dans des services de spécialités dans les CH et CHU voisins, dont l'état n'est pas stabilisé. Le diagnostic et le pronostic ont été établis avec l'appui des examens para-cliniques effectués dans ces établissements qui possèdent des plateaux techniques, mais des soins aigus sont

encore nécessaires (perfusions, oxygénothérapie...). Le relais peut être pris par l'équipe soignante de l'hôpital local dans ses lits de court séjour.

Autre cas de figure, c'est celui qui concerne un malade admis dans les services d'urgence des CH et CHU. Après avoir subi les premiers examens de débrouillage et reçu les premiers soins, le patient s'améliore rapidement : son état ne justifie alors pas d'une admission dans un service spécialisé. Le malade peut être transféré vers l'hôpital local le plus proche de son domicile, muni des rendez-vous de spécialistes nécessaires au suivi de sa pathologie.

Un autre mode transfert peut être individualisé, c'est celui d'un patient que l'on prépare à l'hôpital local pour un examen effectué dans un service hospitalier lorsque cette préparation ne peut avoir lieu à domicile. Il faut en rapprocher les transferts d'un patient que l'on a confié à un service spécialisé pour un bilan programmé de quelques jours, par exemple : explorations pneumologiques, gastro-entérologiques, diabétologiques, neurologiques...et qui revient poursuivre à l'hôpital local des soins guidés par la prescription du médecin spécialiste.

Le transfert en soins de suite

Le service de soins de suite de l'hôpital local n'a pas vocation à constituer une véritable unité de rééducation. Il a pour mission de favoriser la récupération ou le maintien d'une autonomie. Le kinésithérapeute salarié est, à ce niveau, un acteur primordial. Il travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant qui poursuit en général les soins débutés en court séjour. C'est un service qui, en s'accordant un peu de temps, détermine au mieux avec le patient et sa famille, l'orientation de patients à l'autonomie récemment dégradée. L'objectif demeure avant tout le retour à domicile.

- Transfert à partir du service de médecine : c'est le cas le plus fréquent, un patient admis au préalable dans le service de court séjour qui, passé la période aiguë, a besoin d'un peu de temps de repos, d'une réadaptation avant son retour à domicile. Plus simplement, on espère une amélioration lente mais certaine de son état. A ce niveau, on évalue les possibilités de maintien du patient dans son lieu de vie habituel, ou bien l'on envisage et l'on prépare le placement dans un lieu de vie institutionnel pour les plus dépendants.

- Transfert en provenance d'une autre structure : c'est le cas classique des patients sortant d'un service de chirurgie, et ayant besoin :

- d'un temps de rééducation, aux gestes de la vie courante, à la marche, prévention du syndrome de glissement
- d'une nutrition adaptée à l'état du patient pour éviter les complications de l'immobilisation
- d'un temps nécessaire aussi à l'évaluation du retour aux performances antérieures ou à l'appréciation du niveau du handicap.

C'est aussi le cas des patients provenant d'autres services de médecine, souvent en attente d'une place dans un lieu de vie en institution ou admis parfois directement en provenance de leur domicile.

2.3.4.3 - Les engagements et complémentarités

Suite à la redéfinition de l'hôpital local en 1991, les lois prévoient la signature d'une convention, permettant de dispenser des soins en médecine, entre l'hôpital local en question et 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.

Cette convention précise également :

- les conditions dans lesquelles les praticiens hospitaliers ou les médecins spécialistes du ou des établissements de santé ayant passé convention peuvent dispenser des soins spécialisés aux malades de l'hôpital local ;
- les conditions d'accès des malades de l'hôpital local au plateau technique de ces établissements ;
- l'harmonisation de la gestion des dossiers des malades ;
- la compatibilité du traitement des informations ;
- l'organisation, le cas échéant, de consultations externes spécialisées à l'hôpital local
- et la mise en commun de programmes de formation continue pour les personnels médicaux et non médicaux.

Convention avec le CHU de Nancy

En application de la loi n° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et du décret n° 92.1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux (Annexe 1), l'hôpital local de Pompey et le Centre Hospitalier régional universitaire de Nancy ont signé une convention le 8 juin 1994 qui concerne les secteurs d'activités médicales suivants (10):

- Maladies infectieuses et tropicales : les malades hospitalisés dans ce service du CHU sont accueillis en service de soins de suite de l'hôpital local de Pompey, après accord entre les médecins concernés.

Une formation médicale adaptée et volontaire est proposée aux médecins agréés (attestation de FMC « Prévention et prise en charge de l'infection par le VIH ») et le personnel soignant de Pompey est formé par le personnel soignant du CHU à Pompey.

Les médicaments coûteux spécifiques comme l'AZT sont délivrés par le CHU.

En cas de besoin et compte-tenu de la proximité des 2 établissements, les médecins du CHU peuvent se déplacer à Pompey et les malades peuvent être transférés de nouveau vers l'établissement-référence.

Grâce à cette convention et aux différentes formations personnelles des médecins libéraux exerçant au sein de l'hôpital local (dans ce cas précis, Monsieur le Docteur MATHIEU Richard de Pompey, président du réseau VIH et titulaires de deux Diplômes Inter-Universitaires correspondants : « Infection par le VIH » et « Soins palliatifs et d'accompagnements »), 4 lits de soins palliatifs ont été intégrés parmi les 21 lits de soins de suite pour accueillir ces patients nécessitant des soins très spécifiques.

- Médecine interne H (dont le chef de service est Mr le Professeur DE KORWIN) : si nécessaire, les patients hospitalisés à Pompey sont orientés vers ce service, soit pour une hospitalisation de courte durée (24-48h), soit pour une hospitalisation plus « classique », l'hôpital local de Pompey s'engageant à reprendre les malades à l'issue du séjour.

- Services de chirurgie (Chirurgie Générale et Urgences à l'hôpital central et Chirurgie digestive à l'hôpital de Brabois) : si un patient de l'hôpital local nécessite une intervention chirurgicale, il est adressé vers l'un de ces services et revient dans l'unité de soins de suite de Pompey dès que son état le permet. L'établissement de Pompey s'engage également à accueillir des patients nécessitant une préparation avant intervention chirurgicale ainsi que des patients convalescents dans la limite des places disponibles.

- Accès au plateau technique du CHRU de Nancy (scanner, IRM) par l'hôpital local de Pompey dans le cadre d'une consultation urgente.

- Personnes âgées : si besoin, les médecins de Pompey peuvent faire appel à un médecin du service de gériatrie (long séjour St Stanislas à Nancy dépendant du CHU) pour une consultation spécialisée qui est remboursée au CHU sur la base d'une vacation ou dans le cadre de l'hôpital de jour au CHU même.

Un avenant à la convention de 1994, signé en 1995, prévoit également des consultations spécialisées en Médecine B (service de gériatrie du CHU de Nancy-Brabois dont le chef de service est Mr le Professeur BENETOS) et étend cette coopération aux secteurs de cure médicale et d'unité de soins de longue durée de Pompey. De plus, il précise qu'un patient hospitalisé dans ce service de Médecine B et originaire de la zone d'attraction de Pompey sera admis préférentiellement dans une structure médicalisée de l'hôpital local lorsqu'un retour à domicile paraît exclu.

Convention avec le Centre Alexis Vautrin

Signée le 16 juin 1994, cette convention concerne les malades atteints de cancer, en provenance du CAV et relevant de soins de suite (avec chimiothérapie par exemple) ou de soins palliatifs. Elle prévoit un accueil et une prise en charge adaptée de ces patients ainsi que leur accompagnement et celui de leur famille.

Pour mener à bien ces missions, cette convention insiste sur :

- une concertation étroite entre les médecins des 2 établissements avec accord préalable du transfert d'un patient, précision des objectifs médicaux pour celui-ci par les médecins du CAV et transfert temporaire des éléments indispensables du dossier radiologique et copie des principaux éléments du dossier médical.

- une formation médicale validante (problèmes nutritionnels, douleur, chimiothérapie ambulatoire, dépression, soins palliatifs,...) dispensée par les médecins du CAV dans leurs locaux aux médecins généralistes exerçant à l'hôpital local de Pompey.

- une formation paramédicale du personnel soignant par un organisme de formation ou par les praticiens du CAV nécessitant une participation financière de la part de l'hôpital local.

Cette convention déclare également que l'hôpital de Pompey ne pourra pas accueillir des malades nécessitant des médicaments coûteux.

Convention avec le Centre Psychothérapique de Nancy

Signée le 22 décembre 1995, cette convention prévoit que le suivi psychologique et psychiatrique des patients de la section médicalisée de l'hôpital local, ainsi que ceux de la maison de retraite de Pompey, sera assuré par les équipes soignantes du 2^{ème} secteur de Psychiatrie Générale de Meurthe et Moselle sur un mode ambulatoire par des consultations médicales et l'intervention d'un infirmier une demi-journée par semaine.

Si un patient de l'hôpital local de Pompey nécessite une prise en charge psychiatrique à temps complet, il sera hospitalisé, après accord entre les médecins des 2 établissements et sur certificat médical du médecin de Pompey si l'urgence l'exige. A l'issue de cette prise en charge, le patient retournera à l'hôpital local.

Une autre convention a été signée spécifiquement avec la maison de retraite Baudinet de Courcelles de Lay-St-Christophe en septembre 2001 puisque cet établissement ne faisait pas encore officiellement partie de l'hôpital local. Elle prévoit l'intervention d'une infirmière du 1^{er} secteur de Psychiatrie Générale à raison de 5 demi-journées par semaine, dans un local prévu à cet effet. Sa mission est centrée sur l'observation, l'écoute, le conseil et le signalement de personnes qu'elle juge en difficulté auprès du médecin psychiatre du CPN dont l'intervention est prévue à raison de 2 heures par mois.

Convention avec le réseau « Toxicomanie Ville - Hôpital 54 »

Signée le 16 juin 1997, cette convention, à la demande de l'association « TOX 54 », prévoit l'accueil, en cas de besoin, dans le service de médecine de l'hôpital local de Pompey, de toxicomanes nécessitant une prise en charge hospitalière pour réaliser leur sevrage.

Elle précise la présence d'un seul patient à la fois et le fait qu'il réside dans la zone d'attraction de l'hôpital local ou qu'il y ait des attaches familiales.

Le malade est hospitalisé et suivi par un médecin agréé à l'établissement en relation directe avec le réseau TOX 54, lui-même en relation avec la maternité, le service d'hépatogastro-entérologie du CHU, la médecine préventive et l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT). Les médecins volontaires ont suivi une formation validante ; ils doivent rendre visite à leur patient chaque jour et être joignable de jour comme de nuit.

Le cas échéant, le patient est suivi par un travailleur social, éducateur spécialisé, infirmier psychiatrique du secteur et/ou de l'UFATT dans le cadre du réseau.

A son admission, le patient accepte le contrat de soin qui interdit les visites et le téléphone. S'il rompt ce contrat, l'hospitalisation cesse aussitôt.

L'hospitalisation sous X est possible et payée par la DDASS.

Un avenant à cette convention est signé en 1999 qui introduit le siège du réseau Toxicomanie Ville-Hôpital 54 au sein des locaux de l'hôpital local de Pompey qui prête gratuitement une salle de réunion et un bureau si besoin. L'établissement avance des frais tel qu'un téléphone propre à l'association, la télécopie de l'établissement, les fournitures de bureau, les photocopies, les frais de correspondance et le temps partiel d'une secrétaire (20 à 25 % de son temps de travail). L'association s'engage à rembourser ces frais facturés par trimestre ou semestre selon l'importance des montants.

Cette activité au sein de l'hôpital local est d'autant plus importante qu'il n'existe plus de service à Nancy où les cures de sevrage aux opiacés sont possibles (elles étaient auparavant réalisées au sein d'une annexe du service de réanimation médicale de l'Hôpital Central du CHU) et que le Centre Hospitalier le plus proche où sont encore organisées ces prises en charge est celui de Lunéville à 35 km de Nancy.

Actuellement, l'hôpital local de Pompey a permis de réaliser 125 cures au 31 décembre 2004 et participe ainsi à une médecine de Santé Publique.

Adhésion au réseau ONCOLOR

En 2000, l'hôpital local a manifesté son intention d'adhérer au réseau ONCOLOR en qualité de membre associé par l'intermédiaire de 5 médecins libéraux agréés par l'établissement.

Le réseau est basé sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints d'un cancer grâce à un partenariat entre sites volontaires : sites hautement spécialisés (réunissant les moyens techniques et humains nécessaires à la prise en charge des patients), des sites spécialisés et des membres associés (acteurs de santé appelés à prendre en charge les patients, le plus souvent en phase initiale ou en phase terminale de la maladie).

Ainsi, chaque praticien désigné exerçant à l'hôpital local peut collaborer avec tous les sites spécialisés ou hautement spécialisés. Il s'engage également à enregistrer tous les malades le consultant pour cancer, à respecter les référentiels de bonnes pratiques établis par les membres du réseau ou à présenter un dossier difficile en comité de concertation pluridisciplinaire, à suivre une formation continue en cancérologie, à participer à une réflexion régionale sur la définition de certains actes considérés comme très spécialisés et enfin à accepter le principe d'une évaluation régulière de ses dossiers médicaux par audits.

Adhésion au réseau ARAIRLOR

En décembre 2000, l'hôpital local rejoint le réseau ARAIRLOR en tant que membre associé par l'intermédiaire de 4 médecins libéraux agréés par l'établissement.

Ce réseau concerne la prévention et le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique au niveau régional (40 000 personnes à risque en Lorraine toutes pathologies confondues : BPCO, asthme, fibrose pulmonaire, mucoviscidose,... dont environ 3 000 en insuffisance respiratoire chronique grave). Il associe en partenariat, sur la base du volontariat, les établissements de santé identifiés pour leur activité pneumologique, les pneumologues libéraux et les membres associés pour une prise en charge graduée, coordonnée et complémentaire au plus proche de leur domicile dans le centre le mieux adapté à leur pathologie.

2.3.4.4 - Les consultations spécialisées

Les médecins généralistes autorisés et les praticiens exerçant à l'hôpital local peuvent, à titre exceptionnel, faire appel à des médecins spécialistes libéraux agréés. Les honoraires qui sont versés à ces derniers sont à la charge du budget hospitalier.

A Pompey, les médecins hospitaliers peuvent donc demander l'intervention des médecins spécialistes :

- de la ville de Pompey :
 - Mr le Dr SCHERRER Christian – Cardiologue
 - Mr le Dr ANCIAUX Pierre – Hépto-gastro-entérologue
 - Mme le Dr LIPP-JOANNY Joëlle – Gynécologue
 - Mr le Dr FRUCHTENREICH Michel – Ophtalmologiste
- de la ville de Champigneulle : Mr le Dr DELAUNAY – Ophtalmologiste.

Une étroite collaboration est également réalisée avec les orthophonistes libéraux locaux à qui les médecins de l'hôpital local peuvent faire appel pour des bilans orthophoniques, suivis si besoin de rééducation, dans les suites, par exemple, d'un accident vasculaire cérébral, lors de soins palliatifs ou de prise en charge de patients cancéreux nécessitant ces soins spécifiques. L'intervention d'un podologue ou d'un ergothérapeute est également possible.

2.3.4.5 - La pharmacie

A l'hôpital local de Pompey, la pharmacie est interne, de jour et gérée par un pharmacien à temps partiel (Mme GLATH Florence, pharmacien des hôpitaux) et un préparateur en pharmacie à temps complet. Son rôle touche à la fois le secteur sanitaire mais également les sections médicalisées des maisons de retraite.

Il existe une commission du médicament et la pharmacie est informatisée partiellement.

2.3.4.6 - Les bilans biologiques et radiologiques

D'après la convention de 1994 avec le CHU de Nancy, l'hôpital local a accès à son plateau technique pour la réalisation de radiographies, scanners et IRM (10).

Après appel aux candidatures, une convention supplémentaire a été signée avec le cabinet de radiologie des Docteurs VALENTIN et AMOR à Pompey en juin 2004 (officialisant les relations mises en place depuis près de 20 ans et précisant une remise de 10% sur les factures trimestrielles) et un contrat a été rédigé avec le laboratoire BIOANALYS de Frouard. Ce dernier doit assurer une garde permanente afin de réaliser des bilans le week-end, les jours fériés et également la nuit (un nouvel appel aux candidatures vient d'être lancé pour les bilans biologiques).

2.3.4.7 - Le transport des patients

Egalement après appel aux candidatures, un contrat est signé avec l'entreprise d'ambulance du bassin de Pompey la plus avantageuse pour l'hôpital local.

2.3.4.8 - La permanence de soins

Dans les services de médecine et de soins de suite, les gardes sont assurées par les médecins généralistes agréments et de garde ce jour-là en ville.

2.3.4.9 - Exemples de prises en charge dans le secteur sanitaire

Melle V., 37 ans

Cette patiente est infectée par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) au stade SIDA, découvert en juin 2001 suite à une rétinite et une encéphalite à CMV qui a provoqué d'importantes séquelles neurologiques et une impotence fonctionnelle complète (paraplégie, syndrome vestibulaire central, incontinence urinaire et fécale, détérioration intellectuelle).

Elle est hospitalisée au CHU de Nancy-Brabois en 2004 pour l'apparition de stéréotypies au niveau du langage portant essentiellement sur l'élimination fécale et pour un désintérêt de l'ensemble des activités réalisées jusque là habituellement. Le diagnostic est clair : troubles du comportement sur séquelles d'encéphalite à CMV.

Mais la patiente refuse de l'aide, est parfois agressive, s'oppose à tout entretien psychologique : un traitement d'épreuve par anti-dépresseur est instauré et il apparaît une amélioration de la vie relationnelle après 3 semaines de prise. L'infection VIH est contrôlée

sous trithérapie. Melle V. est alors adressée à l'hôpital local pour la poursuite de sa rééducation dans le centre spécialisé de réadaptation de Lay-St-Christophe tout en surveillant la bonne marche des actions et l'efficacité du traitement antiviral.

Au fil du temps, Melle V. sort petit à petit de son état grabataire, marche une dizaine de pas avec un déambulateur et progresse lentement avec les efforts de toute une équipe. Elle est moins prostrée, la communication peut s'établir...Evidemment, ce parcours est parsemé de difficultés et la patiente refuse parfois les soins et occasionne ainsi une régression tant au niveau de la marche que des actes de la vie quotidienne. Dans ce type de prise en charge, il y a, bien sûr, des hauts et des bas...mais je retiens essentiellement la sortie d'une grabatisation, d'une prostration complète grâce à un service de médecine et de soins de suite qui travaille en collaboration avec le service de maladies infectieuses du CHU de Nancy.

M. L., 49 ans

Ce patient, aux antécédents de psychose maniaco-dépressive sous neuroleptiques, d'hypertension artérielle modérée et d'hypercholestérolémie, a présenté, à partir de l'automne 2001, des troubles progressifs de la marche.

Un bilan est réalisé avec son médecin traitant, le service de neurologie du CHU de Nancy et le concours de neuro-radiologues de Bruxelles en Belgique qui pratiqueront la biopsie cérébrale : c'est un glioblastome bifocal, tumeur cérébrale infiltrante et plutôt expansive cortico-pariétale profonde. Après avis pluridisciplinaire au Centre Alexis Vautrin (centre anti-cancéreux de Nancy), un traitement par radio et chimiothérapie est engagé. Malheureusement, les troubles neurologiques s'aggravent et les déplacements pour les consultations, les cures, les examens complémentaires de contrôle sont de plus en plus difficiles.

M. L. déménage et bénéficie d'aides partielles à domicile mais les déplacements à l'extérieur et les effets secondaires de ses traitements et de sa maladie deviennent ingérables pour un homme seul. Des séjours à l'hôpital s'ensuivent obligatoirement pour une meilleure prise en charge et ils se font naturellement à l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe. Ils permettent le relais d'un anti-coagulant de la voie sous-cutanée à la voie orale (après transfert et à la demande du service de neuro-oncologie), la prise en charge de crises d'épilepsie de plus en plus graves et de plus en plus angoissantes pour le patient, la surveillance de la rééducation, la surveillance des effets secondaires de la chimiothérapie (après transfert du service de neuro-oncologie où les cures sont réalisées et parfois même, uniquement débutées et alors poursuivies à l'hôpital local), la gestion des déplacements vers les centres hospitaliers et la prise de rendez-vous...Jusqu'au jour où le maintien à domicile est trop délicat, où, un soir, M. L. rentre d'une hospitalisation au CHU et que ses aides à domicile n'ont pas été mises en place alors que son état de santé se détériore rapidement, l'hospitalisation immédiate à l'hôpital local (le jour même) est décidée et des soins palliatifs sont mis en route.

Je retiens donc de cette prise en charge récurrente l'utilité d'une structure pour une personne se grabatant rapidement, ayant besoin de points de repères fixes, stables dans toute cette organisation hospitalière hyperspécialisée, angoissante, ainsi que la promptitude de ce

service à accueillir M. L. à son retour d'hospitalisation. L'hôpital local a montré toute son efficacité en matière d'organisation de soins, de prise en charge rapide et adaptée malgré une pathologie peu courante, dans une structure intime, sécurisante pour ces patients si gravement malades.

Exemple d'une journée dans le secteur sanitaire

Le 10 septembre dernier, j'ai recueilli tous les motifs d'hospitalisation des patients présents ce jour-là. Voici donc une idée ponctuelle des prises en charge réalisées dans ce secteur :

- en médecine :

- * Cancer du sein avec métastases osseuses
- * Cancer pulmonaire avec envahissement médiastinal et métastases cérébrales, découvert suite à une chute due à un vertige et compliquée d'une fracture du coude et d'un hémithorax
- * Insuffisance respiratoire sévère (prochainement en soins palliatifs)
- * Désorientation et perte d'autonomie dans le cadre d'une démence (sera orientée vers l'unité de soins Alzheimer et maladies apparentées)

- en soins de suite :

- * Fécalome et faiblesse des membres inférieurs dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer
- * Démence vasculaire avec syndrome frontal (troubles des fonctions supérieures et du comportement, sera orientée vers l'unité de soins Alzheimer et maladies apparentées)
- * Soins de récupération d'autonomie dans le cadre d'une altération de l'état général et d'une confusion
- * Fracture bimalléolaire et plaie du cuir chevelu suite à une chute dans le cadre d'une démence
- * Fracture pertrochantérienne gauche suite à une chute dans le cadre d'une démence
- * Fracture pertrochantérienne gauche et fractures costales dans le cadre d'une exogénose
- * Fracture de la tête du péroné droit
- * Fracture trochantérienne droite
- * Fractures costales suite à un accident de la voie publique
- * Bilan de chutes à répétition
- * Chute dans le cadre d'une insuffisance cardiaque sévère avec altération de l'état général

- * Bilan d'altération de l'état général et de chutes itératives chez un insuffisant cardiaque, artéritique, atteint d'un cancer de la prostate
- * Perte d'autonomie dans le cadre d'une insuffisance cardiaque
- * Décompensation cardiaque globale suite à un accident vasculaire cérébral
- * Embolie pulmonaire bilatérale et œdème aigu du poumon avec troubles anxieux
- * Perte d'autonomie dans le cadre d'une cardiopathie ischémique, d'antécédent d'éthylotabagisme et d'une situation sociale précaire
- * Perte d'autonomie dans le cadre d'une arythmie avec pace-maker
- * Décompensation cardiaque sur flutter chez un diabétique
- * Encombrement bronchique dans le cadre d'un adénocarcinome oesophagien et d'un lymphome non-hodgkinien
- * Abscès de paroi dans le cadre d'un cancer colorectal ayant nécessité une opération de Hartmann et une anastomose colorectale

- en soins palliatifs :

- * Cancer colorectal avec carcinomatose péritonéale et métastases hépatiques.

Les 6 lits restants sont réservés pour des entrées programmées, la majorité étant des transferts du CHU dans la semaine et les autres arrivant du domicile.

2.3.5 - Le secteur médico-social (7)

2.3.5.1 - Les maisons de retraite

Les maisons de retraite accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans (sauf en unité de soins de longue durée ou dérogation).

Grâce aux 5 différents établissements acquis progressivement depuis plus de cent ans, la ville de Pompey peut poursuivre son activité sanitaire et sociale auprès de la population du bassin nécessitant des soins de longue durée, voire des soins palliatifs, concernant principalement les personnes âgées. Il existe 288 lits d'EHPAD dont 9.72 % en chambre double.

En 2003, le Groupe iso-ressource Moyen Pondéré (GMP) était d'environ 609.

Les données démographiques

Selon les données de l'INSEE, le dernier recensement de la population française en 1999 me permet de réaliser le tableau suivant (9) :

CANTONS	Population totale	60 / 74 ans	% des 60 / 74 ans par rapport à la population totale	75 ans et plus	% des 75 ans et plus par rapport à la population totale
Pompey	31 317	4 153	13.26	1 935	6.18
Nomeny	9 290	1 141	12.28	656	7.06
Dieulouard	19 872	2 816	14.17	1 103	5.55
Nancy	103 552	9 349	9.03	7 350	7.10
Pont A Mousson	19 894	2 449	12.31	1 301	6.54
TOTAL	183 925	19 908	10.82	12 345	6.71
M-ET-MOSELLE	712 127	86 588	12.15	48 576	6.82
LORRAINE	2 306 462	286 360	12.41	139 855	6.06

On s'aperçoit ainsi que les personnes de plus de 60 ans représentent 19.44 % de la population totale sur le canton de Pompey et que les personnes de plus de 75 ans représentent 6.18 %.

Une projection démographique à l'horizon 2006 montre une augmentation progressive et modérée de ces populations de, respectivement, 1 et 2 % dans le Val de Lorraine (11).

En 2001, le taux d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées peut se résumer comme suit (11) :

	France	Lorraine	Meurthe-et-Moselle	Val de Lorraine	Projection en 2006 Val de Lorraine
Nombre de places / 1000 personnes âgées de + de 75 ans	125.2	142.1	118.5	138.4	118

On se rend compte ainsi de la diminution du nombre de lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans à l'horizon 2006. Mais cette donnée a été complétée par une étude de la provenance des personnes résidant dans ces EHPAD et par une évaluation des entrées des personnes âgées de chaque secteur dans des établissements d'accueil situés en dehors du département.

Cette étude réalisée dans le cadre de l'élaboration du schéma gérontologique 2002-2006 montre qu'aucune place supplémentaire en EHPAD n'est à créer d'ici 2006.

Les maisons de retraite situées à l'hôpital local de Pompey

La première étant située sur le même site que l'hôpital local et la deuxième juste en face, de l'autre côté de la route, les maisons de retraite Collinet de La Salle et de l'Avant-Garde peuvent accueillir 188 personnes.

La maison de retraite Collinet de La Salle

Ouverte en novembre 1988, ce bâtiment peut accueillir 107 résidents : 9 en hébergement valide, 62 en section cure médicale et 36 en unités de soins de longue durée (certaines chambres sont même conçues pour héberger des couples en faisant communiquer la porte intérieure). En accord avec le décret en vigueur n° 92-1210 du 13 novembre 1992, l'hôpital local de Pompey dispense donc des soins de longue durée comportant un hébergement.

Dans ce service de 3 étages, des médecins hospitaliers (Mme le Dr KUTA pour la cure médicale aux 2^{ème} et 3^{ème} étage et Mr le Dr CRONEL pour l'USLD au 1^{er} étage), en plus du personnel soignant (Mme KOSTKA cadre de santé, infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier), sont salariés et travaillent en collaboration avec les services de médecine et de soins de suite, avec lesquels ils partagent le temps de travail du kinésithérapeute et du pharmacien. Un poste d'infirmière de nuit a été créé il y a 3 ans.

Les patients ne peuvent donc pas, dans ce service, choisir leur médecin.

L'admission du patient est prononcée par le directeur ou son représentant après examen du dossier administratif, après avis du médecin attaché à l'établissement qui décidera de l'orientation (hébergement, cure médicale ou unité de soins de longue durée) et après avis du cadre de santé de l'établissement.

Il existe deux types d'admission :

- en provenance d'un service de l'hôpital local : après un parcours au cours duquel sont résolus les problèmes aigus et est défini le projet thérapeutique du patient dans les services du secteur sanitaire, l'entrée de ce malade peut être programmée dans ce secteur.
- en provenance de son domicile : une entrée directe depuis le domicile est possible, surtout quand le patient est déjà pris en charge par un service de soins à domicile géré ou non par l'hôpital local. L'adaptation de la personne est toujours délicate mais facilitée quand les informations sur son mode de vie à domicile viennent enrichir son dossier.

A noter que le patient a la possibilité de quitter l'établissement pour prendre des vacances dans la limite de 5 semaines par an et qu'il peut sortir librement tous les jours (sauf contre-indication médicale).

L'activité soignante se concentre dans ces services sur (2) :

- les préventions d'escarres lors de chaque passage et selon le protocole du service : toilette, lever et coucher du patient, changement de protection, de position...en incluant le choix du matériel pour la literie ;

- l'habillage et le déshabillage, soins corporels, pédicurie, coiffure, maquillage ;
- la mobilisation des malades : au lit ou transfert lit-fauteuil, aide à la marche ;
- l'alimentation : aide-partielle ou totale, nutrition par sonde ;
- la surveillance des fumeurs et de la déambulation chez certains patients ;
- la gestion des troubles du sommeil, phases d'agitation, risques de chutes ;
- la surveillance des pathologies chroniques ;
- la prise en charge des problèmes aigus, souvent effectués sur place pour éviter, si possible, une perte des points de repère chez un patient ;
- la lutte contre la douleur ;
- les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie.

Le taux de mortalité y est naturellement élevé. Ces résidents ont besoin de soins quotidiens et d'une surveillance constante, dans un cadre de vie où l'accueil et le quotidien doivent garder la plus grande valeur humaine possible, jusqu'aux derniers instants.

Cet établissement, qui a donc le privilège de partager le même site que les services du secteur sanitaire, présente une activité en constante évolution avec adaptation des soins et humanisation de l'ensemble de la structure.

La maison de retraite de l'Avant-Garde

Ouverte en juillet 1975, rénovée en 1990 et 1991, sa capacité est de 80 lits pour résidents autonomes et 1 lit d'hébergement temporaire.

Les résidents retrouvent la possibilité de choix de leur médecin traitant libéral qui sera ou non agréé par l'hôpital local.

Le cadre de santé de cette maison de retraite est Mme CUNAT qui dirige une équipe d'aides-soignantes et d'agents de service hospitalier.

La Résidence Beau-Site (Liverdun)

Située à 4 km de Pompey, sur la commune de Liverdun, cette résidence peut accueillir 26 personnes autonomes en hébergement définitif et 4 personnes en hébergement temporaire.

Ouverte en décembre 1990, cette maison de retraite plaît aux résidents par son emplacement et son aménagement.

De plus, la personne instituée peut choisir son médecin traitant. Le cadre de santé est également Mme CUNAT.

La maison de retraite « Notre-Chaumière » (Pompey)

Ouverte en 1998, située à proximité du centre ville de Pompey, elle peut accueillir 31 résidents dont 13 en section de cure médicale (gérée par Mme le Dr BADET et une infirmière de jour à temps plein) et 1 résident en hébergement temporaire.

Le cadre de santé responsable de ce service est toujours Mme CUNAT.

La maison de retraite Baudinet de Courcelles (Lay-St-Christophe)

Un premier projet d'établissement s'étalant sur les années 1995 à 2000 a réuni l'hôpital local de Pompey et la maison de retraite Baudinet de Courcelles avec une direction commune et un plan d'actions transitoire en attendant une réflexion plus approfondie.

Après la signature de la convention de gestion commune en janvier 2002, la maison de retraite de Lay-St-Christophe, située à 8 km de Nancy est rattachée à l'hôpital local de Pompey et peut accueillir 33 résidents en hébergement et 47 en section de cure médicale gérée par Mme le Dr MOSSER. L'ensemble de la structure s'appelle désormais « Hôpital Intercommunal Local de Pompey- Lay-St-Christophe ».

Le cadre de santé est Mme MARTIN.

Les lieux de vie composés d'unités de soins de longue durée et d'établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes, représentent donc une autre part importante de l'activité des hôpitaux locaux. Le soin y est omniprésent et l'on a vu son importance croissante. Il est complété par un cadre de vie adapté qui replace la dimension intime, culturelle et sociale du malade au centre de nos préoccupations.

2.3.5.2 - Les autres activités médico-sociales

La Maison d'Orlan

Dans le cadre familial d'une maison d'antan, ce lieu de vie, situé au cœur de la ville de Pompey, accueille une dizaine de personnes pour une journée (avec repas de midi compris) ou une demi-journée du lundi au vendredi.

Outre les résidents des maisons de retraite de Pompey, les personnes habituellement à leur domicile, seules, nécessitant une présence, ou les personnes handicapées sont les bienvenues à la maison d'Orlan. L'énergie peut y être canalisée. La personne prend le temps de vivre à son rythme. Elle a la possibilité de refaire les gestes de la vie quotidienne (mettre le

couvert, éplucher les légumes, faire la vaisselle...), prend le temps de se restaurer, de redécouvrir les aliments et apprécie de prendre le repas dans le calme.

De nombreuses activités sont proposées :

- jeux
- anniversaires
- fêtes à thèmes
- activités de plein air...

A noter que la Maison d'Orlan accueille principalement des personnes, désorientées atteintes de la maladie d'Alzheimer, leur permettant ainsi de continuer à utiliser régulièrement leurs fonctions supérieures et retarder au maximum l'aggravation de la maladie.

L'hébergement temporaire

Parmi les 330 lits des maisons de retraite, on compte 6 lits d'hébergement temporaire. Ils permettent d'accueillir des patients nécessitant une aide constante à domicile qui sont :

- soit en attente d'une place en institution ;
- soit placés temporairement entre les mains des soignants pour permettre aux aidants à domicile (famille en général, voisins, ...) de s'absenter afin de prendre des vacances, de bénéficier eux-mêmes de soins médicaux nécessitant une hospitalisation, voire de se reposer tout simplement.

Le Service de Soins A Domicile (SSAD)

Sur le secteur de Pompey, toute personne âgée de 60 ans ou plus (moins de 60 ans à titre exceptionnel) qui souhaite demeurer dans son cadre de vie habituel peut faire appel au SSAD.

Ce service assure, depuis 1995, à toute personne en perte d'autonomie, grâce à des aides-soignantes qualifiées, les soins d'hygiène et de maternage tels que :

- aide au lever, au coucher, à la marche ;
- toilette complète ou partielle ;
- réfection et change du lit ;
- aide à l'habillage, au transfert lit-fauteuil...

Le SSAD s'occupe de 32 personnes dépendantes (soit 4.28 % de la capacité totale départementale) grâce au travail de 8 aides-soignantes dont une à temps complet, cinq à 75 % et deux à 50 %.

Le secteur concerne Pompey, Frouard, Belleville, Dieulouard, Liverdun, Marbach, Saizerais, Custines et Rosières-en-Haye.

Le fonctionnement est simple : le médecin de famille prescrit les soins, la caisse d'assurance-maladie assure la prise en charge, le cadre infirmier (Mme MASSON, également cadre de santé du secteur sanitaire) en collaboration avec l'infirmière coordinatrice (Mme LESOURD) gèrent l'organisation des soins et l'infirmière libérale (si elle est conventionnée) intervient pour les actes.

L'organisation des soins et des emplois du temps semble, par contre, plus compliquée face au manque de recrutement du personnel qualifié et à la demande croissante des patients d'une aide à domicile.

Le SSAD du secteur de Pompey travaille donc en étroite collaboration avec les médecins libéraux, les services hospitaliers, les centres communaux d'action sociale et les services sociaux, évitant certaines hospitalisations, facilitant le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation et prévenant ou retardant l'entrée en maison de retraite.

Cette action me semble indispensable dans un bassin où la population vieillit, nécessite de plus en plus d'aide et où les maisons de retraite ont de plus en plus de mal à accueillir ces personnes par manque de place principalement.

Les repas et le portage en maison de retraite

Les équipes des cuisines de Lay-St-Christophe et de Pompey confectionnent les repas des résidents de l'hôpital local et de ses maisons de retraite, avec le souci de conserver la qualité d'une cuisine traditionnelle tout en respectant les règles d'hygiène en vigueur.

Les menus proposés sont élaborés par une commission de menus à laquelle participent entre autres, des résidents des maisons de retraite et des cuisiniers disposant d'une formation en diététique. Ces repas sont adaptés à l'état de santé de chaque patient puisque des régimes spéciaux peuvent être servis sur prescription médicale (diabétique, hypocholestérolémique...).

L'hôpital local intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe propose donc de nombreuses activités médicales en son sein et s'ouvre vers l'extérieur grâce à ses diverses conventions, adhésions aux réseaux, service de soins à domicile...

Nous allons voir toutes les qualités qui en découlent pour la population du bassin de Pompey, pour les médecins généralistes qui y travaillent, pour le CHU de Nancy et ses professionnels, pour toute notre organisation sanitaire en se rendant compte des avantages de ce genre d'établissements, même à proximité d'un grand centre universitaire.

2.4 - APPORTS DE L'EXISTANT

2.4.1 - Capacité d'adaptation de l'établissement

L'un des caractères les plus notables de l'hôpital local est sa souplesse. Il sait en effet ajuster très rapidement sa réponse aux besoins de la population tout en l'articulant avec efficacité à celle des autres acteurs sanitaires et sociaux pour une qualité de prise en charge optimale.

2.4.1.1 - Les locaux

Rénovation et agrandissement perpétuels des établissements

Depuis 1973, et notamment ces quinze dernières années, les conditions d'hébergement de l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe ainsi que des maisons de retraite rattachées n'ont cessé d'être modernisées.

Les chambres deviennent individuelles, voire à 2 lits (« dans le pire des cas ») avec sanitaire indépendant, prises d'oxygène et aspiration, système d'appel, téléphone, télévision. Une nouvelle cuisine est aménagée, le système de circulation et de distribution du bâtiment hospitalier est modifié et est réalisée la mise en conformité des locaux en matière de sécurité.

Face aux demandes croissantes d'hébergement, l'extension de la capacité en lits des maisons de retraite n'a cessé d'évoluer. Initialement, l'établissement a été doté en 1973 d'une maison de retraite de 80 lits dénommée « Maison de Retraite de l'Avant-Garde ». Puis, en 1988, est construite et ouverte la « Maison de Retraite de la Salle » comportant 106 lits d'hébergement dont 40 lits de cure médicale (puis, plus tard, 36 lits de long séjour). En 1990, l'acquisition de la « Résidence Beau-Site » de LIVERDUN permet une augmentation de 30 lits dont 8 d'hébergement temporaire, puis est ouverte la maison de retraite « Notre Chaumière », et enfin est rattachée la maison de retraite « Baudinet de Courcelles » de Lay-St-Christophe.

Dans ces locaux acquis progressivement, des travaux ont été régulièrement effectués pour la mise aux normes dont réfection de toiture, rénovation de la chaufferie, détection incendie...

Création d'un Centre Médico-Psychologique de grande envergure

En 2002, la maison de l'ancien directeur de l'hôpital local, située en face de l'établissement, est cédée au Centre Psychothérapique de Nancy afin de créer un centre d'accueil local plus important.

En effet, depuis 1997, une petite annexe du CPN était située à la maison de retraite de l'Avant-Garde. Grâce à l'acquisition de ces nouveaux locaux, cette structure dépendante du CPN regroupe, non seulement le CMP, mais également un service d'accueil familial thérapeutique, un Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), une unité de

réinsertion pour un suivi quotidien de personnes en difficultés qui doivent apprendre à nouveau à gérer leur quotidien (budget, courses, intérieur de la maison) et gère un Atelier Thérapeutique Extra-Muros (ATEM) à Champigneulle.

Ces unités permettent des soins visant à maintenir à proximité de leur domicile les personnes suivies et interviennent dans les cantons de Pompey, Pont-A-Mousson, Dieulouard et Nomeny (actions au centre, à domicile, dans les Centres Médico-Sociaux de Frouard, Pompey, Dieulouard et Champigneulle et au Centre d'Accueil et de Demandeurs d'Asile).

Dans le cadre de la convention signée avec l'hôpital local en 1999, le personnel du CMP composé d'un psychiatre, d'une psychologue, d'une assistante sociale et de 5 infirmiers, peut être appelé à intervenir au sein de l'hôpital et de ses maisons de retraite. La collaboration entre les deux institutions s'avère intéressante à plus d'un titre car elle permet de répondre aux besoins de la population du secteur par des soins de proximité adaptés et associe les médecins généralistes intervenant à l'hôpital de Pompey et les psychiatres, la qualité des soins étant renforcée par une bonne coordination entre les équipes paramédicales des deux établissements.

2.4.1.2 - Le personnel

Créations et revalorisations de poste

Au fil des années et selon les besoins (extension des locaux, adhésion à une filière de soins gériatrique, informatisation...), des postes d'IDE, d'AS, d'ASH, de secrétaires... ont été créés à l'hôpital local, qui devient ainsi promoteur d'emplois dans un bassin en difficulté où le chômage croît face à la disparition des industries.

L'élaboration d'un protocole pour les recrutés facilite l'intégration de ce nouveau personnel avec visite de l'établissement, signature des contrats, fiches de profil de postes...

La revalorisation des filières prend également toute son importance avec la transformation de postes de surveillants en cadres ou cadres supérieurs de santé, de classe normale en classe supérieure (kinésithérapeute, infirmière, aide-soignante) ou de postes de 2^{ème} catégorie en 1^{ère} catégorie (agent de service hospitalier).

Actuellement et selon une enquête de l'ARH Lorraine sur les hôpitaux locaux et de proximité menée par Mme le Dr ROBINET-PONCELET, le nombre de postes budgétés en personnel soignant est suffisant à Pompey : en maison de retraite, par exemple, 1 IDE pour 25 résidents, 1 aide-soignante pour 5 à 7 résidents.

L'originalité d'avoir engagé des médecins hospitaliers pour la cure médicale et les soins de long séjour est propre à l'hôpital local de Pompey. Cette organisation libère du temps aux médecins libéraux dont l'emploi du temps est déjà bien surchargé et permet une prise en charge plus adéquate des patients les plus lourds avec un effort de la part de ces médecins salariés qui se spécialisent en gériatrie, soins palliatifs, prise en charge de la douleur.

Intégration de nouvelles compétences

Au fil du temps et avec l'évolution des pratiques médicales et paramédicales, de nouveaux métiers apparaissent dans ce tissu professionnel déjà multidisciplinaire :

- Le médecin-coordonnateur : à partir de 1992 suite au décret du 13 novembre (article R.711-6-18 du Code de la Santé Publique, Annexe 1) qui crée la fonction de coordination médicale, les médecins généralistes assument au sein du secteur sanitaire la fonction de médecin coordonnateur en proposant en CME un des leurs (actuellement Mr le Dr PRIQUELER Guy de Champigneulle). Il est alors responsable de l'organisation de la permanence et des activités médicales, de jour comme de nuit, et de la mise en œuvre de l'évaluation des soins. Il est désigné pour une durée de cinq ans, sur proposition du conseil d'administration et après avis de la CME. Il peut être président de la CME ou pas.

Pour son activité d'accueil de personnes ayant besoin d'un accompagnement et de soins (EHPAD), l'hôpital doit disposer également d'un médecin-coordonnateur conformément à l'arrêté du 26 avril 1999 (Mme le Dr DURANTAY, prochainement à 100%) (12).

Deux régimes de coordination cohabitent ainsi au sein de l'établissement, avec un médecin responsable de l'organisation des soins du secteur sanitaire et un médecin chargé de la coordination pour l'activité EHPAD.

Ce double régime doit être maintenu et préservé (4). En effet, les champs de compétences de chacun de ces médecins sont distincts :

- coordination des soins et des intervenants médicaux, et gestion de la permanence médicale d'une part ;
- coordination des équipes soignantes et responsabilité du projet de soins pour les activités médico-sociales développées par l'établissement d'autre part.

La présence d'un médecin coordonnateur favorise le bon fonctionnement médical et paramédical de l'établissement. Son existence répond à un objectif de santé publique et il est le garant d'une prise en charge gériatrique de qualité et d'une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Il facilite la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'institution, notamment les médecins libéraux. Son rôle d'« épidémiologiste » est également à prendre en compte car il permet une maîtrise du risque iatrogène, il harmonise les thérapeutiques, il travaille en étroite collaboration avec des instances telles que les CLIN pour les infections nosocomiales ou les CLAN pour la nutrition et est à même de déclencher des alertes sanitaires grâce à l'analyse de différents événements au sein des multiples services.

- La responsable assurance qualité (Mme JACQUEL) : elle permet le bon déroulement de la démarche qualité engagée dans le cadre de la convention tripartite signée avec la DDASS et le conseil général et a contribué à préparer l'établissement à l'accréditation en aidant les acteurs concernés à mettre en place les pré-requis à la procédure d'accréditation et à son suivi dans le secteur sanitaire et l'unité de soins de longue durée. Face aux difficultés de recrutement de ce nouveau métier, ce poste de responsable qualité a été sollicité en partenariat avec la Maison de retraite- Moyen séjour de Faulx située à environ 8 km de Pompey et a été pourvu le 2 mai 2002.

Sous la responsabilité du chef d'établissement, elle participe à de multiples actions :

- la conception et à la coordination des actions « qualité ». Elle conçoit et organise avec les différents acteurs les procédures et les méthodes de contrôle qualité. Elle assure ainsi le suivi des actions engagées dans le cadre de la mise en œuvre de la politique « qualité » et de la démarche d'accréditation ;
- la rédaction des protocoles de soins ;
- la recherche des indicateurs, la collection des données, l'élaboration et l'exploitation des tableaux de bord et la constitution d'un système documentaire ;
- le suivi des enquêtes « qualité » menées au sein de l'établissement.

Elle est en relation permanente avec l'ensemble des services et ses interlocuteurs sont aussi bien la directrice, les médecins, le personnel, les usagers, les instances extérieures.

- L'Aide Médico-Psychologique (AMP) (13) : c'est un emploi fonctionnel correspondant au grade d'aide-soignant. Elle participe à l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes au sein d'équipes pluri-professionnelles et leur apporte notamment l'assistance individualisée que nécessite leur état physique ou psychique. Actuellement, il n'existe qu'un seul poste à l'hôpital local.

- Le préparateur en pharmacie : ces dernières années, le champ d'action du pharmacien s'est étendu du fait de la création de lits médicalisés et de sa participation à la CME et au CLIN. Le recrutement d'un préparateur en pharmacie s'est donc révélé indispensable. Il assure, au sein des différents services de l'établissement, une présence plus importante que par le passé et permet ainsi, par cette continuité de service, de répondre favorablement et dans de meilleurs délais aux différentes demandes.

- L'équipe d'animation (2) : la dimension du soin est devenue prépondérante au sein de l'hôpital local. La dimension intellectuelle, affective et émotive des malades doit aussi être maintenant considérée avec beaucoup d'attention. La prise en compte de ces besoins est récente dans les hôpitaux et débouche sur un véritable projet culturel venant compléter les autres dimensions (architecture et soins) influant ensemble sur la qualité des soins. C'est en cela que l'ouverture sur la ville devient maintenant un élément du soin. Regarder la personne malade comme un être complet et complexe vient en contrepoint d'une technicisation toujours plus grande des actes médicaux et infirmiers.

Mobiliser la créativité, la sensibilité des patients et des soignants, c'est explorer les aptitudes de chacun, c'est permettre l'expression des ressentis émotionnels, c'est transformer l'hôpital local en un lieu qui restitue à chacun sa place au sein de la collectivité.

Placer le patient, notamment la personnes âgée, au cœur des actions, c'est lui permettre de garder ou de retrouver sa place dans la vie sociale en l'autorisant à avoir des demandes, à faire des choix, à éprouver du plaisir, à exprimer ses émotions, en un mot : à vivre.

A l'hôpital local de Pompey (7), les patients ont la possibilité de participer aux différentes activités proposées et d'utiliser les services qui sont mis à leur disposition : salon de coiffure et boutique gérés par l'association « Bien-Vivre », animations musicales, chorale, spectacles, groupes de conversation, billard, sorties, jeux, repas thérapeutiques, ateliers divers de peinture, décoration, cuisine... Ces activités peuvent varier à la demande des résidents, les intégrant ainsi dans une optique de décision et de gestion de leurs désirs tout en vivant en communauté.

A noter le passage de Visiteurs des Malades en Etablissement Hospitalier (VMEH) qui sont des bénévoles extérieurs rendant visite aux résidents chaque semaine et participant à certaines animations.

2.4.1.3 - L'administratif

Création du dossier de soins et du dossier médical

Dès 1991, un groupe de travail est formé (médecins, personnels soignant et administratif) afin de réaliser un projet médical / projet d'établissement.

Dès 1995, une dynamique qualité est initiée avec la mise en place d'un premier dossier du patient structuré regroupant dans divers documents les données du malade concernant son séjour, nécessaire pour une prise en charge des plus pertinentes possible avec une bonne communication entre les différents intervenants comme le médecin de garde ou le médecin remplaçant grâce à ce dossier médical qui n'existait pas auparavant.

De plus, un travail d'évaluation de la tenue du dossier a été conduit à 3 reprises en 1996, puis en 1997 et enfin en 1999, avec la collaboration de l'ANAES dans un souci d'amélioration continue de la qualité de prise en charge.

Informatisation

L'informatisation n'est pas encore généralisée dans les hôpitaux locaux et de proximité en Lorraine.

A Pompey, nous avons la chance de disposer d'un système informatique avec un accès à Internet. Ce service est devenu indispensable pour une communication optimale entre l'administration et les services de soins, entre les médecins et avec les autres établissements.

Amélioration de la qualité de l'accueil

La qualité de l'accueil prend également toute son importance au fil du temps avec la modification des jours et horaires du bureau d'accueil et la création de nouveaux livrets d'accueil très complets :

- le livret d'accueil de l'hôpital local avec la charte du patient hospitalisé et tous les renseignements nécessaires sur l'administration, l'organisation des soins, les services offerts, les frais, l'animation ;
- le livret d'accueil des maisons de retraite avec la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, les informations communes aux différentes structures puis la présentation de chaque établissement et ses particularités.

La réalisation de plusieurs documents (règlement intérieur relatant l'organisation globale de l'institution et les obligations du patient, contrat de séjour, questionnaire médical d'admission en hébergement, informations sur les biens déposés dans l'établissement et leur retrait) a permis une mise en confiance de chaque partie (patient / résident / famille d'un côté et établissement de l'autre).

Il est indispensable que les patients et résidents connaissent au mieux le rôle et les missions de « leur » hôpital local.

Se poursuit donc une meilleure prise en compte du patient ou du résident avec comme supports les chartes d'hospitalisation et de la personne âgée dépendante.

A noter la réalisation de questionnaires de sortie, mis en œuvre en 2002 et remplis par les patients du secteur sanitaire ou leur famille. Ce document est l'un des outils de mesure de la qualité et passe par l'étude de la satisfaction des usagers. En 2004, seulement 40 questionnaires ont été retournés à la direction mais cela représente déjà un aperçu du ressenti des patients avec un taux de satisfaction atteignant 90 % sur l'impression générale de leur séjour. Les autres items portant sur l'accueil, les soins, la chambre, les repas et le personnel obtiennent des taux de satisfaction entre 73 et 93 %. La qualité du personnel (attention, disponibilité, efficacité, délicatesse, discrétion, silence) obtient les meilleurs résultats autour de 95 % de satisfaction, jusqu'à 100 % en ce qui concerne la délicatesse.

2.4.2 - La formation du personnel

Les plans de formation découlent des projets médicaux et d'établissement, et doivent être orientés vers leur réalisation. Les formations continues s'inscrivent notamment dans la convention entre l'hôpital local et l'établissement de santé de référence. Ces formations doivent être pluridisciplinaires, et réalisées in situ, si possible, pour une meilleure adéquation aux besoins, aux contraintes spécifiques des hôpitaux locaux et à la réalité de leur fonctionnement. Que ce soit celles des médecins ou de l'équipe soignante, de réels efforts sont réalisés dans ce domaine.

2.4.2.1 - Formation initiale

L'hôpital local peut assurer une formation initiale de personnels externes ou internes (élèves AS, ASH, IDE, BEP sanitaire et social, élèves en restauration et résidents en médecine dans le cadre de leur stage chez le médecin généraliste obligatoire dans le cursus de médecine générale). Environ 120 formations sont réalisées par an, tous corps de métiers confondus.

L'hôpital local est un terrain de stage à encourager pour les résidents de médecine générale au cours de leur stage chez le praticien généraliste. Ce stage est réalisé sous la responsabilité du maître de stage exerçant dans cet établissement, après avis du médecin coordonnateur et accord du directeur de l'hôpital local. Il s'inscrit dans le cadre d'une convention agréée avec le CHU.

2.4.2.2 - Formation continue

L'hôpital local peut également assurer une formation continue.

En ce qui concerne les médecins généralistes libéraux, des réunions de Formation Médicale Continue (FMC) ont lieu, en général, le 3^{ème} jeudi de chaque mois dans une salle de réunion de l'hôpital local. Ils doivent avoir à cœur de maintenir leurs connaissances tout au long de leur carrière par l'intermédiaire de ces enseignements de thèmes divers tels que le calendrier vaccinal, l'obésité, l'ostéoporose, la prise en charge et l'observance de l'HTA, la dépression et risques suicidaires...

Il existe également, par l'intermédiaire de l'AGHL (Association des médecins Généralistes des Hôpitaux locaux), deux séminaires de formation par an sur des sujets comme « La nutrition de la personne âgée », « La rééducation-réadaptation fonctionnelle à l'hôpital local » ou encore « Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie dans et autour de l'hôpital local ».

Un groupe de pairs a été récemment créé à Pompey et réunit 8 médecins généralistes qui se concertent sur différents dossiers de leur cabinet. En général, est choisi l'avant-dernier cas traité en libéral, qu'il soit d'ordre diagnostique, préventif, administratif,... Cette formation est importante car c'est la traduction d'une volonté de complète information basée sur l'expérience de chacun avec une reconnaissance réciproque de l'un et de l'autre.

Un partenariat interactif est également induit par l'existence des conventions signées avec différents services du CHU de Nancy. Le 17 mai dernier, par exemple, une réunion d'intervention était organisée sur le thème des infections nosocomiales avec l'intervention de Monsieur le Professeur RABAUD du service de maladies infectieuses de la Tour Drouet du CHU.

En ce qui concerne le personnel soignant, dans le secteur sanitaire, des réunions de service sont organisées, conformément à la nouvelle législation, à raison de 3 par an minimum, avec la présence du médecin coordonnateur et de la surveillante. Ainsi toutes les questions de prise en charge de diverses pathologies peuvent être abordées par le personnel soignant très demandeur d'explications, de renseignements, de précisions sur d'éventuelles avancées dans des domaines précis tel que la maladie d'Alzheimer ou le VIH. Dans le cadre des conventions, des formations spécialisées doivent également être organisées pour ce personnel avec l'intervention des professionnels du CHU de Nancy (professeurs, médecins ou collègues).

La proximité du centre de référence, qui, dans notre cas, est un centre hospitalier universitaire avec tous les avantages qu'il apporte (présence de professeurs, connaissance des dernières innovations techniques ou médicamenteuses, des dernières avancées dans des domaines très divers,...), facilite les différentes formations éventuelles en son sein car les trajets sont plus courts, les personnes formées rentrent chez elles le soir, elles savent où elles vont... En effet, certaines formations ne peuvent pas être réalisées sur site (difficultés à déplacer les enseignants par manque de temps, de locaux ou de matériel sur place)... Ce petit plus est donc incontestable pour des mères et pères de famille alors moins contraints de revoir toute une organisation familiale.

Idem pour les médecins généralistes et hospitaliers qui désirent se spécialiser dans différents domaines en s'inscrivant à la Faculté de médecine à des formations universitaires telles que la capacité de gériatrie organisée par Mr le Pr BENETOS ou que le diplôme

d'université de psychiatrie pour médecins généralistes (les cours ayant lieu au sein même de la faculté ou au CHU de Nancy).

A l'inverse, les enseignants sont proches et peuvent se déplacer plus facilement à l'hôpital local pour des formations sur site, ce qui offre l'avantage d'accorder la théorie à la pratique, puisque la personne formatrice peut visiter les locaux et apprécier les choses réalisables ou non.

Malheureusement, la coopération entre les deux établissements en ce qui concerne la formation du personnel est encore difficile (manque de temps, de personnel de remplacement pendant que les autres sont en formation,...) et reste à développer.

Les médecins ont besoin d'être assurés d'un personnel compétent et, à l'inverse, l'équipe des soignants a besoin de se sentir en pleine confiance avec le médecin.

2.4.3 - La pertinence d'une prise en charge globale

2.4.3.1 - Un véritable travail d'équipe

L'activité médicale du secteur sanitaire à l'hôpital local repose sur le médecin généraliste, désireux de prolonger et compléter la prise en charge des malades au-delà du colloque singulier dans son cabinet et qui s'intègre alors au sein d'une équipe soignante qu'il anime.

Une telle démarche requiert de la part du médecin une prise de responsabilité supplémentaire pour étendre son champ d'activité à des situations complexes telles que les patients atteints de polyopathologies, d'alcoolisme, de troubles psycho-comportementaux, de troubles métaboliques, de pathologies conduisant à la perte d'autonomie du sujet âgé et l'accompagnement en fin de vie.

Le médecin généraliste rompt de fait les barrières structurelles entre la ville et l'hôpital. Comme médecin traitant, il décide de l'hospitalisation et de ses objectifs dans une structure dont il connaît les moyens et les limites. Comme hospitalier, il connaît le contexte médical, psychologique et environnemental de son patient qu'il partage avec l'équipe soignante. Au moment de la sortie, il redevient un acteur direct pour la mise en place des soins médicaux redéfinis pendant l'hospitalisation. Mais surtout il est un acteur, un partenaire et souvent un animateur de structures d'aide qui se mettent en place, si nécessaire, au retour des patients lors de leur sortie.

A noter que certains médecins libéraux sont joignables, de par leur volonté et leur dévouement, les week-end et jours fériés alors qu'ils ne sont pas de garde. Parfois, ils viennent même rendre visite à leurs patients sachant qu'ils sont encore instables sur le plan médical. Ils permettent ainsi une permanence des soins de qualité dans un contexte de bénévolat et de médecine familiale pure.

Le personnel soignant est, de son côté, confronté aux malades pendant des heures, chaque jour et devient ainsi indispensable pour témoigner du vécu du malade qui leur dit souvent mieux qu'au médecin ce qui leur est insupportable dans leur vie de malade. Cette prise en charge, notamment lorsqu'il s'agit de soins palliatifs, ne peut se faire qu'en équipe qui, pour être efficiente, se doit d'être soudée et de bénéficier d'une confiance réciproque.

Notons également toute l'importance des médecins spécialistes et auxiliaires médicaux libéraux ou hospitaliers : ce travail en commun permet alors de créer des liens confraternels ou professionnels autour d'un projet thérapeutique.

Tout le monde est sollicité et c'est bien la relation médecin-malade qui est préservée quand on maintient autour du patient les réseaux de confiance préexistants : confiance dans le médecin traitant, confiance dans la médecine de spécialité environnante, confiance dans les soignants de l'hôpital, le tout conforté par un projet d'établissement dont la construction est un travail d'équipe pluridisciplinaire. En effet, à partir de cette grande mise au point menée en temps et en heure, les « architectes » de l'hôpital local ont élaborés ce plan indispensable à toutes les actions futures : formation, aménagement des locaux, travail en réseau, organisation des soins (définitions et prise en charge). Ce n'est pas le travail d'un seul homme, médecin ou directeur, mais la seule initiative collective pour fédérer tous les acteurs.

L'organisation est identique dans le secteur médico-social géré par les médecins salariés et les équipes soignantes.

2.4.3.2 - Une meilleure connaissance de l'environnement, des patients, des familles

Un des mots qui revient le plus souvent quand on parle des hôpitaux locaux est la proximité. Chacun entend, bien sûr, que le patient est proche de la structure hospitalière capable de l'accueillir et que, en général, il connaît déjà son existence et sa localisation.

Dans l'autre sens, l'ensemble du personnel exerçant à, ou en relation avec, l'hôpital local habite, dans la plupart des cas, dans le même bassin de vie que les patients pris en charge. Ceci facilite évidemment la connaissance du terrain, voire des familles.

Si ce n'est pas le cas, les relations à établir sont plus aisées que si l'on travaillait dans une structure telle que le CHU où les patients viennent de bassins, voire de secteurs sanitaires différents, et parfois même d'autres régions.

La disponibilité de tout le personnel très à l'écoute des patients et des familles est un des points forts de ces services. Le soin apporté ne se limite pas à la technicité mais également à toute la dimension de relations humaines et d'organisation.

Les patients et leurs familles peuvent être connus du service de soins à domicile de l'hôpital de Pompey et des assistantes sociales de la mairie. Leurs difficultés relationnelles, familiales, géographiques, financières, matérielles,...sont alors déjà connues et ainsi plus faciles à gérer et à solutionner, surtout si ce n'est pas la première hospitalisation.

Si les personnes ne sont pas connues, le contact est plus simple dans cet établissement de petite taille où le personnel est certainement plus disponible, plus proche, voire plus facile à trouver pour le patient et surtout pour les familles de plus en plus demandeuses d'explications.

2.4.3.3 - Une prise en charge à géométrie variable

Diversité d'actions du secteur sanitaire

Grâce à l'analyse des chiffres PMSI 2004 de l'hôpital local de Pompey indiqués dans le deuxième chapitre, nous nous apercevons bien que l'entrée directe et le retour à domicile prédominent dans le service de court séjour de médecine avec une grande diversité de prises en charge et pas uniquement de l'urgence gériatrique. Du traitement d'une insuffisance cardiaque au bilan rapide de première intention d'une altération de l'état général d'une personne handicapée en passant par les transferts d'autres services de court séjour, l'hôpital local apporte tout son intérêt dans la prise en charge de l'aigu et prouve qu'il n'est pas seulement un établissement à vocation médico-sociale.

Dans le service de soins de suite ou de réadaptation, les chiffres montrent également que le retour à domicile est toujours majoritaire. Il peut assurer la poursuite de soins post-opératoires par exemple ou la poursuite d'une récupération après un épisode aigu, d'autant plus indispensable pour ces patients dont la moyenne d'âge est de 78 ans environ.

Diversité de modes de prises en charge

L'hôpital local de Pompey offre une multiplicité de prises en charge qui va du service de soins à domicile au long séjour, en passant par les consultations spécialisées, l'hébergement temporaire et l'hospitalisation complète.

Citons, par exemple, l'intérêt du SSAD de l'hôpital local de Pompey : une personne dépendante isolée, ainsi prise en charge par ce service sur le plan médico-social, retrouve des repères humains, une compagnie non-négligeable (même si les soins ne peuvent durer qu'une demi-heure), des soins adaptés et surtout une surveillance quotidienne permettant de déclencher des soins plus urgents si nécessaire. Si le médecin, alors prévenu, préconise une hospitalisation ne nécessitant pas un plateau technique majeur, un accueil à l'hôpital local avec accord du patient et du cadre infirmier, peut alors être envisagé en priorité si un lit est disponible. A noter qu'une enquête de l'ARH sur 9 services de SSIAD de la région a montrer une augmentation du nombre de places de 43.58 % !

Diversité de pathologies prises en charge

La richesse des actions entreprises englobe, non seulement, le mode de prise en charge, mais également les différents types de pathologies. En effet, grâce notamment aux conventions signées avec les pôles hospitaliers de référence (CHU de Brabois, Centre Alexis Vautrin, Centre Psychothérapique de Nancy) et les spécialistes libéraux, les réseaux de santé (réseau TOX 54, ANTIBIOLOR, ONCOLOR...), de multiples maladies peuvent être prises

en charge à l'hôpital local des soins palliatifs à la décompensation cardiaque aiguë, en passant par la cure de désintoxication aux opiacés et la prise en charge de patients atteints du SIDA. La proximité du centre référentiel est rassurant pour la prise en charge de ces patients, parfois très lourds, puisqu'un transfert du malade est alors rapidement possible vers cette structure à l'environnement médico-chirurgical hautement technique en cas d'aggravation et de nécessité de soins plus spécialisés.

Par ailleurs, la multiplication de la précarité économique fragilise de nombreuses personnes et entraîne un regain d'intérêt pour l'hôpital de proximité. Que ce soit envers les populations jeunes en proie à des conduites de crise existentielle, ou des populations adultes marginalisées économiquement (il y a beaucoup de travailleurs immigrés dans notre région avec un problème de barrière linguistique et culturelle), ou des populations âgées en phase de chronicisation d'un état de dépendance, l'hôpital local est un lieu irremplaçable de solution de ces problèmes qui ne devraient pas être gérés dans un établissement tel que le CHU où les lits libres devraient être réservés pour des cas urgents, difficiles, non gérables ailleurs.

L'intérêt des réseaux pour un médecin généraliste

Les médecins généralistes se sentent de plus en plus impliqués dans les réseaux car ces pratiques sont de nature à faciliter l'activité professionnelle des médecins : connaître une assistante sociale, son mode de fonctionnement, ses possibilités, permet un gain de temps et d'efficacité.

Dans les difficultés que connaît aujourd'hui la médecine générale, la surcharge de travail, la difficulté de l'exercice, le sentiment de non-reconnaissance, les réseaux sont un moyen de mieux faire reconnaître la qualité de la médecine générale.

A chaque étape du parcours d'un patient hospitalisé, le médecin traitant est un interlocuteur privilégié. L'expérience nous montre que la qualité d'un retour à domicile requiert :

- la coopération d'une équipe pluridisciplinaire connaissant la réalité du terrain ;
- qui se donne les moyens de communiquer régulièrement afin de confronter la théorie des plans de prise en charge avec la réalité quotidienne ;
- la coopération des acteurs pour la mise en place d'actions de prévention qui naissent de l'évaluation permanente faite à domicile par les différents intervenants.

L'hospitalisation en court séjour de médecine entraîne un retour à domicile dans 75 % des cas. Un peu plus d'une fois sur deux, le patient venait de son domicile. On comprend donc pourquoi de nombreuses coordinations gériatriques sont nées dans les hôpitaux locaux et qu'ils soient des outils performants pour aider au maintien à domicile des personnes âgées.

En outre, le travail en synergie, en complémentarité, en réseau, est une issue à la raréfaction des professionnels de santé et à l'épuisement de ces derniers.

L'exercice professionnel ne se fait alors plus dans la concurrence mais dans le partage des compétences. Cela oblige à faire le bilan de celles-ci, cela permet de découvrir et mieux utiliser les compétences de l'autre.

L'exercice professionnel n'est plus solitaire, ce qui ne veut pas dire qu'il n'est plus individuel. Mais il se décline comme une coopération non hiérarchique avec les autres professionnels des champs médical, social, psychologique.

Le professionnel diversifie son exercice en associant les conditions minimales à l'approche globale de l'accompagnement : coordination au lit du malade, coordination médico-sociale, coordination entre la ville et l'hôpital, diagnostic communautaire face à une problématique de santé... Il ne faut pas croire que tout ceci est « chronophage » : c'est le réseau qui organise (quand il en a les moyens !), c'est au réseau de simplifier l'exercice professionnel.

Le réseau, c'est donc avant tout une nouvelle manière de concevoir les pratiques sanitaires et sociales dans un processus d'organisation léger au service des professionnels. Ce n'est pas une nouvelle structure hiérarchisée.

C'est également la possibilité de faire de la prévention, de la promotion de la santé par l'éducation et donc de sortir du tout curatif pour passer à l'action de santé. C'est ainsi être plus en adéquation avec les besoins exprimés par les personnes et leur entourage.

2.5 - DANS L'AVENIR

2.5.1 - Une recherche permanente d'amélioration de la qualité

Le concept de qualité est une exigence pour les établissements de soins et d'hébergement. La qualité peut être définie comme l'aptitude de la structure à satisfaire les besoins exprimés et implicites. A ce titre, elle suppose de la part de l'établissement et de ses agents une action continue d'amélioration du service rendu à l'utilisateur.

Cette action doit s'exercer dans tous les domaines d'activité de l'établissement (soins, hôtellerie, accueil, administration).

La démarche d'évaluation de la qualité, introduite par la réforme de la tarification des établissements mise en œuvre par la réglementation du 26 avril 1999, concerne donc l'ensemble des services. Ceux-ci relevant à la fois des secteurs sanitaire et social, l'approche sera différente selon les cas.

Pour le secteur sanitaire et l'unité de soins de longue durée, la démarche qualité est définie dans la procédure d'accréditation alors que le secteur médico-social doit s'engager dans une convention tripartite.

L'ensemble de ces actions nécessite l'intervention de tous les acteurs et notamment la qualitiennne.

2.5.1.1 - La procédure d'accréditation

A l'hôpital local de Pompey – Lay-St-Christophe, l'accréditation concerne le secteur sanitaire et l'unité de soins de longue durée. L'établissement s'est engagé dans ce processus le 23 juillet 2003.

C'est une procédure d'évaluation externe, effectuée par des professionnels (experts-visiteurs), indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, visant à apporter une appréciation sur l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de cette institution (elle ne porte surtout pas sur l'évaluation des compétences professionnelles individuelles). Elle est conduite par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) devenue récemment l'HAS (Haute Autorité de Santé).

Elle s'est déroulée en plusieurs temps. Elle a débuté par une évaluation réalisée par les professionnels de l'établissement (auto-évaluation) à l'aide d'un manuel d'accréditation « ANGELIQUE » (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisé Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements) qui comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels. L'équipe formée doit s'attacher à rechercher les indicateurs pertinents qui permettront d'effectuer des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

Après cette auto-évaluation, l'ANAES a organisé la visite d'accréditation du 3 au 6 février 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 3 experts-visiteurs. Elle a permis d'observer l'organisation et de discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Elle a donné lieu à un rapport communiqué au Collège de l'accréditation qui émet alors ses appréciations formulées sous forme graduée : sans recommandation, avec recommandations, avec réserves, avec réserves majeures.

A Pompey, les recommandations émises concernent la traçabilité du recueil du consentement éclairé et de la réflexion bénéfice-risque, le dossier-patient et son archivage, le fonctionnement de la pharmacie et des prescriptions, la généralisation des fiches de fonction et profils de poste ainsi que l'aboutissement de la mise sous assurance qualité de la restauration. Une réserve, qui n'est pas majeure, a été formulée et concerne la politique qualité et de prévention des risques, des vigilances et de maîtrise du risque infectieux. Des actions étaient déjà engagées pour y remédier et évoluent depuis avec la création et les réunions du CLIN ainsi que l'investissement des médecins et du personnel en ce sens.

Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, cette procédure permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir les actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler ;

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;

- améliorer la qualité et la sécurité des soins et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

2.5.1.2 - Les conventions tripartites

Définition de la convention tripartite pluriannuelle

L'article 312-8 du code des familles et de l'action sociale prévoit que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes doivent passer une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, en l'occurrence l'ARH.

La dite convention doit notamment :

- définir les conditions de fonctionnement tant sur le plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel
- préciser les objectifs et les modalités d'évaluation de l'établissement.

La qualité n'est certes pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels du secteur médico-social, mais la réforme a introduit un élément nouveau : la formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, qui est un des enjeux majeurs de la réforme de la tarification des EHPAD.

La signature de la convention tripartite est la première étape de ce processus d'amélioration de la qualité de vie des résidents, où les attentes et satisfactions des résidents sont prises en compte au même titre que la réponse à leurs besoins. A ce titre, il convient de souligner que l'objectif essentiel de la réforme de la tarification est d'apporter les moyens adaptés aux personnes âgées et à leurs besoins de médicalisation.

Organisation générale à Pompey - Lay-St-Christophe(14)

Avec l'accord des autorités de tutelle, l'établissement a fait le choix de passer deux conventions tripartites distinctes pour le secteur de soins de longue durée (36 lits) et pour les lits d'hébergement (288 lits auxquels s'ajoutent 9 lits d'hébergement temporaire).

L'évaluation des points forts et des points faibles de l'établissement a été réalisée en juin 2001 selon les mêmes critères que l'accréditation, c'est-à-dire en suivant le guide d'évaluation ANGELIQUE.

Objectifs de qualité de la prise en charge des personnes âgées

Les objectifs suivants devront être recherchés :

- qualité de la vie en établissement : hôtellerie, coordination médicale, individualisation de la prise en charge et maintien de l'autonomie, animation, projet de vie individuel dans le cadre d'un projet institutionnel ;
- qualité des relations avec les familles : conseils de la vie sociale, autres formes de consultations ;
- qualité des personnels : meilleure qualification, soutien psychologique au personnel ;
- participation active au fonctionnement des réseaux et particulièrement inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.

A noter qu'en EHPAD, le projet de soins doit prendre en compte non seulement les exigences du cahier des charges de la convention mais doit également s'appuyer sur celles de la charte des personnes âgées dépendantes qui décrit les libertés dont cette personne doit pouvoir continuer à bénéficier, des droits dont elle peut se prévaloir et certaines obligations qui incombent, à ce titre, à l'entourage et aux professionnels (droits aux soins, vie sociale et affective, habitat et environnement, droits civiques et protection légale).

Cette charte peut et doit donc être utilisée comme instrument d'amélioration de la qualité des prestations offertes dans le cadre d'un réseau ou comme guide éthique dans l'élaboration des projets institutionnels.

Réponses apportées dans les projets de conventions

Pour la qualité de vie et le maintien de l'autonomie des résidents et des patients :

- améliorer les repères dans l'espace et le temps pour éviter au maximum les désorientations (adaptation de la signalétique, horloges...), aménagement d'un espace vert de déambulation à la maison de retraite de La Salle, création d'un restaurant pour les résidents, acquisition de lits à hauteur variable ;
- développer l'animation : créations de 4 postes d'animateurs, pérennisation des emplois jeunes, augmentation du temps de travail de la coiffeuse ;
- développer la kinésithérapie en augmentant le temps de présence ;
- réaliser un bilan uro-dynamique systématique pour les problèmes de continence ;
- prendre en charge la nutrition et ses problèmes : créer un Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), maintenir la commissions des menus, créer un poste de diététicienne.
- créer une cuisine centrale plus grande, conforme aux nouvelles normes, permettant le choix des menus et une qualité nutritionnelle grâce à la liaison froide compatible avec un portage aux maisons de retraite de Lay-St-Christophe (cuisine actuelle non conforme) et de Liverdun ainsi qu'à domicile sans nécessiter de personnel supplémentaire.
- créer une unité d'accueil pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (projet élaboré dans le cadre de la filière de soins gériatriques citée plus bas) en

transformant la maison de retraite Notre Chaumière de Pompey et en augmentant le nombre de postes d'aides-soignantes ; créer des postes d'aides médico-psychologiques.

- créer deux structures d'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : une au sein de l'unité Alzheimer pré-citée et une au sein de la maison de retraite de Lay-St-Christophe permettant de répondre aux besoins des personnes résidant dans ce secteur (8 places d'accueil, ouverte depuis le 18 avril 2005) ; orienter la structure existante de la maison d'Orlan vers la prise en charge des autres démences séniles qui obéit à des modalités différentes.

Pour la qualité des relations avec les familles :

- améliorer la qualité de l'accueil du résident et de sa famille : visite avant l'admission, personnalisation de la chambre ;
- faire participer la famille au maximum : repas avec leur parent institutionnalisé, invitation aux animations et fêtes, participation au conseil d'établissement, à la commission des menus et à la commission d'animation ;
- aménager des lieux de rencontre conviviaux ;
- les informer par tous les moyens possibles : panneaux d'affichage, journal interne ;
- élaborer un projet d'accompagnement de fin de vie dont une partie serait consacrée à la prise en charge de l'entourage.

Pour la qualité du personnel exerçant dans l'établissement :

- valoriser les compétences professionnelles en développant les promotions professionnelles pour atteindre les objectifs de recrutement de personnel qualifié
- augmenter le temps de travail du pharmacien, les effectifs de nuit, créer un poste de médecin à Lay-St-Christophe, un poste d'infirmière hygiéniste ;
- améliorer la qualité de vie au travail : acquisition de matériels ergonomiques et de lits à hauteur variable, organisation de rondes de nuit par une société de surveillance, informatisation, soutien psychologique au personnel (par un avenant de la convention passée avec le CPN), réunions de synthèse, création d'un self pour le personnel ;
- élaborer un projet d'accompagnement de fin de vie pour les soins palliatifs : procédure écrite sur la conduite à tenir en cas de fin de vie et en cas de décès, échelle d'évaluation de la douleur, dossier spécifique « soins palliatifs », groupe de discussion avec des personnes spécialisées en psychologie, collaboration avec des bénévoles.

Pour la participation active aux réseaux, l'établissement fait partie du réseau gérontologique de Lorraine et propose un projet de filière de soins gériatrique (détaillé dans le prochain chapitre). De plus, l'hôpital local s'engage à développer toute forme de coopération qui lui permette de remplir sa mission.

2.5.1.3 - Les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM)(14)

L'article L 6114-1 du Code de la Santé Publique prévoit la conclusion de Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens entre les établissements de santé et l'ARH.

Ce mode de relation contractuelle constitue la base de dialogue entre les deux institutions et permet d'articuler la démarche de l'établissement dans le cadre de la démarche régionale d'organisation des soins (SROS et orientations de l'ARH).

La loi a prévu que seuls les établissements dont le projet d'établissement aura été approuvé, pourront s'engager dans cette démarche de contractualisation.

Les COM qui seront signés par l'Hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe n'auront pas vocation à reprendre l'ensemble des orientations du projet d'établissement. Il s'agira pour les deux parties signataires de :

- déterminer les orientations stratégiques de l'établissement et les conditions de leur mise en œuvre, en déclinant les évolutions à faire et les incidences que cela peut avoir en terme de transformations dans les installations, les équipements, les activités, l'organisation, la gestion et les modes de coopération ;
- définir des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins (démarche d'accréditation, d'évaluation des pratiques professionnelles, charge globale du malade) ;
- de conforter les partenaires existants (réseaux de soins et actions de coopération) et d'envisager de nouvelles participations (communauté d'établissements) ;
- de valider les dispositions relatives au volet social du projet d'établissement et d'ajuster les ressources humaines à la réalisation des objectifs validés ;
- de rechercher l'amélioration de la gestion de l'établissement par la mise en œuvre de modalités de contractualisation interne ;
- de négocier les éléments financiers nécessaires à la mise en œuvre du COM.

Les COM seront à conclure pour une durée qui ne saurait excéder 5 années. Ils intégreront un calendrier de mise en œuvre de chacune des actions inscrites et envisageront les possibilités d'avenants sur des thématiques particulières de ceux-ci afin de tenir compte de leurs évolutions.

Tous ces objectifs d'accréditation, de conventions tripartites et de COM tendent vers un même but : améliorer la qualité des prestations en continuant l'effort d'humanisation.

2.5.2 - Appartenance au réseau gérontologique du Val de Lorraine(14)

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge, avec une large part de polypathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. De plus, on constate que les décisions concernant les personnes âgées se prennent souvent dans l'urgence.

Aussi a-t-il paru nécessaire de coordonner les actions des différents intervenants pour améliorer la prise en charge de cette population tant à domicile qu'en institution et améliorer les prestations existantes. Il semble également important que ces acteurs se rencontrent afin d'échanger informations et pratiques professionnelles.

La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment les plus fragiles, s'inscrit ainsi logiquement dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins.

C'est donc dans cette optique que les établissements de Faulx (Centre de Moyen séjour et Maison de Retraite), de Pompey- Lay-St-Christophe (Hôpital Intercommunal), de Pont à Mousson (Centre Hospitalier et Maison de Retraite Saint-François d'Assise) et de Thiaucourt (Maison de Retraite Sainte Sophie) ont élaboré un projet de filière de soins gériatrique dans le cadre du réseau gérontologique du Val de Lorraine.

Elle permettrait de mettre à disposition des personnes âgées :

- des consultations gériatriques ;
- un pôle d'évaluation ;
- des structures d'accueil pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées (déjà mentionnées dans les projets de conventions tripartites) ;
- une équipe mobile de soins palliatifs.

Dans cet objectif, le besoin en moyens humains nécessiterait le recrutement de plusieurs corps de métier : médecin gériatre, médecin pour l'équipe mobile, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, orthophoniste, diététicien, assistante sociale, secrétaire médicale. Cette organisation de plusieurs temps partiels sur plusieurs établissements permettrait également de pallier au problème de création de postes dans les petits établissements et à la difficulté de recruter des personnes spécialisées sur des temps de 25 %.

Le poste de médecin coordonnateur est déjà pourvu et il faudrait recruter par convention un neurologue et un psychiatre.

Il y aura également la création de 2 places d'hospitalisation de jour : une à Pompey et une à Pont à Mousson.

En effet, dans cette dynamique de prise en charge spécifique de la part des établissements et du réseau, la création de places d'hospitalisation de jour et d'hospitalisation à domicile prend toute sa place puisque l'hospitalisation de jour est un moyen (aussi bien en amont qu'en aval d'une hospitalisation) de prévenir les complications sources d'allongement de la durée de séjour et que l'hospitalisation à domicile permet une meilleure qualité de vie des patients âgés nécessitant davantage de soins d'hygiène que de soins de haute technicité.

N'oublions pas que l'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu mener une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social, et risque d'entraîner des pertes de chance, un allongement injustifié des séjours et des hospitalisations à répétition. De plus, ces difficultés peuvent se trouver majorées par des ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville et les équipes hospitalières.

Le patient âgé est également très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel, source de décompensation, tant sur le plan physique que psychique. Il convient donc, chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité grâce au premier interlocuteur : le médecin généraliste. Il joue un rôle essentiel, sécurisant pour le patient et peut alors s'appuyer sur la structure de proximité que constitue l'hôpital local pour réaliser une évaluation gériatrique.

Dans l'éventualité d'une hospitalisation nécessaire au CHU, les admissions pourront être plus largement négociées par les médecins de ville, évitant aux personnes âgées un passage par le service des urgences surchargé occasionnant alors des effets délétères, la complémentarité entre médecine ambulatoire et hospitalière devenant beaucoup plus complexe lorsque se mêlent la polypathologie, le psychologique et le social.

Il est également nécessaire de structurer l'information en direction des personnes âgées et de leur famille, d'où la mise en place du dispositif PAIS (Point Accueil Information Service au nombre de 7 en Meurthe-et-Moselle, Annexe 9) par le Conseil Général dans le cadre du réseau et à intégrer dans les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) dont l'expérimentation est en cours dans notre département. L'hôpital intercommunal de Pompey- Lay-St-Christophe est en relation avec ce « réseau CLIC ».

A noter que, grâce à ce réseau et à toutes ses prestations, le maintien à domicile sera facilité. C'est souvent un désir profond de la personne âgée : « Bien vieillir, c'est pouvoir avoir le choix de décider où l'on veut finir sa vie, c'est aussi cela l'autonomie et tout doit être mis en œuvre pour aider le patient âgé à pouvoir opérer ce choix » (11).

2.5.3 - Le rôle de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et du SROS de 3^{ème} génération

Hérité des années 1970, le dispositif de planification sanitaire repose aujourd'hui sur la combinaison de trois instruments principaux : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations, qui rendent la planification de l'offre hospitalière complexe et peu lisible.

Les conséquences dommageables de ce dispositif compliqué, rigide et insuffisamment efficace ont souvent été dénoncées. Le retard encore important de la France en matière d'équipements d'imagerie médicale en est un exemple frappant.

Dans le plan « Hôpital 2007 » (15), est prévue une ordonnance de simplification qui permettra la suppression de toute référence à la carte sanitaire, l'obligation de convertir des moyens d'hospitalisation traditionnelle pour créer des places d'alternatives à l'hospitalisation (en supprimant les notions d'indices de lits et d'équipement) et la simplification des autorisations qui dépendront alors uniquement de l'ARH (en déconcentrant régionalement les autorisations résiduelles de niveau national).

Le SROS, renforcé et rénové, devient alors l'outil central de la régulation de l'offre de soins. C'est dans l'annexe du SROS que figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par territoire de santé selon l'appréciation géographique des besoins en activité de soins par bassin de vie. Cette répartition est arrêtée par l'ARH régionale indépendamment d'un encadrement national.

Le développement des structures à temps partiel de jour ou de semaine telles que les deux accueils de jour prévus dans les conventions tripartites de l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe, et des structures d'Hospitalisation A Domicile (HAD) facilitera la continuité de prise en charge des patients et leur retour à domicile. L'hôpital local peut effectivement servir

de point de chute pour ce type d'organisation qui peut en être totalement indépendante comme le prouve l'HADAN (HAD de Nancy) qui est une association loi 1901 à caractère libéral tripartite entre le CHU, le Centre Alexis Vautrin et la Clinique de Gentilly.

L'ordonnance de simplification du plan « Hôpital 2007 » prévoit également de faciliter le rapprochement des structures publiques et privées grâce à la simplification et à l'assouplissement du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui remplacerait à terme les autres modalités de coopérations. Dans ce dispositif de modernisation envisagé, le GCS pourrait désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé mais également des professionnels libéraux afin d'assurer une prise en charge optimale des patients au sein d'un territoire de santé, l'ensemble étant inscrit dans un projet de territoire. Effectivement, notre système de santé est devenu transversal entre la ville et l'hôpital aussi bien qu'entre le sanitaire et le médico-social : il est impératif d'en tenir compte pour l'avenir.

Trois objectifs sont donc énoncés par le SROS :

- une meilleure lisibilité des structures de soins de suite et de réadaptation : la multiplicité des établissements existants doit s'insérer dans un réseau régional de collaboration dans le but d'une prise en charge globale du patient ;
- une adaptation des structures aux besoins de la population : elle passe par une meilleure répartition géographique, un développement des alternatives à l'hospitalisation et une meilleure réponse à la prise en charge des patients âgés dépendants (tout patient doit pouvoir trouver à une distance raisonnable de son domicile, soit 30-40 kilomètres, une structure de soins gériatriques, ceci afin de conserver la proximité de l'entourage et éviter toute rupture prolongée avec le milieu de vie) ;
- un développement des complémentarités pour une prise en charge globale des patients : elles concernent les services de court séjour, de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation...avec un pôle de référence : le CHU.

A noter que l'ARH de Lorraine a souhaité, dans le cadre de l'élaboration du SROS de 3^{ème} génération, une étude sur les hôpitaux locaux et de proximité qui est actuellement réalisée sous la responsabilité de Mesdames le Dr ROBINET-PONCELET (médecin-conseil à Epinal) et Dr PILON (DDASS 88).

Trois enquêtes sont en cours :

- une sur l'organisation et le fonctionnement des établissements avec bilan de l'existant grâce à deux questionnaires complétés par la direction des hôpitaux ou centres de moyen séjour de la région ;
- une sur l'adéquation des patients dans les services : description des types de malades pris en charge dans ces structures et leur parcours de soins ;
- une sur le fonctionnement des pharmacies.

Cette étude tentera de faire des propositions en vue de répondre aux préconisations de la circulaire n° 203/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, d'optimiser le service attendu et rendu par les hôpitaux locaux en Lorraine et d'apporter des réponses aux différentes difficultés rencontrées, notamment en se basant sur l'expérience des autres établissements de la région.

Cela tend à prouver l'importance de ces établissements que l'on commence à redécouvrir au sein d'une organisation sanitaire qui comprend actuellement les enjeux et les intérêts de ces structures de proximité.

CHAPITRE 3

DISCUSSION

3.1 - L'HÔPITAL DE POMPEY EN QUESTION

3.1.1 - Hôpital de premiers recours et de collaboration utile avec les centres hospitaliers

Grâce à ses 10 lits de médecine, l'hôpital local de Pompey permet, dans son contexte de rénovation permanente et de proximité, d'hospitaliser dans des conditions optimales de sécurité et de confort des patients ne nécessitant pas d'un plateau technique conséquent mais de soins de première intention, qu'ils soient d'ordre médicaux (décompensation respiratoire nécessitant de l'oxygène, décompensation cardiaque nécessitant l'administration de produit intra-veineux suivie d'une surveillance accrue,...) ou psychiatriques (dépression avec idées suicidaires, par exemple) grâce au renforcement des liens existants avec le CMP depuis son implantation dans ses nouveaux locaux.

L'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe est peut-être à 10 kilomètres du CHU de Nancy, mais il n'en reste pas moins l'acteur d'un bassin de vie et de santé comme un hôpital local rural et isolé. Les médecins généralistes du secteur ont besoin d'hospitaliser leurs patients en court séjour, parfois rapidement et sous réserve de lits libres, au même titre qu'un hôpital rural, mais il n'y a souvent pas de place dans les grands centres hospitaliers. L'attraction réelle s'étend principalement sur 4 communes : Pompey, Frouard, Champigneulle et Liverdun (population totale de 25 790 habitants) ; plus de 40 % des hospitalisés proviennent de la seule commune de Pompey et plus de 75 % du bassin de Pompey (selon la dernière étude en février 2004 pour la visite d'accréditation). Or, tous ces patients iraient au CHU ou à l'hôpital de Pont-A-Mousson si l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe n'existait pas.

L'analyse de l'activité du service de médecine et de soins de suite et de réadaptation de l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe montre donc qu'il n'y a pas d'inadéquation entre les raisons de l'hospitalisation et les besoins de santé de la population locale et que la pathologie identifiée est de la compétence du médecin généraliste, qui, grâce aux conventions et réseaux, peut recourir à ses confrères spécialistes en cas de nécessité ; par conséquent, il faut maintenir la capacité de ces lits à l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe et permettre aux autres hôpitaux locaux de France d'en bénéficier également.

Problème des urgences surchargées

Dans notre pays, les services d'urgences sont de plus en plus sollicités par la population et, malheureusement, ils se retrouvent rapidement surchargés malgré tous les efforts du personnel. De plus, les capacités d'accueil et de « lits-porte » sont restreintes (8 lits au Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central de Nancy, fermeture en 2003 du service des urgences de Brabois à Vandœuvre-Les-Nancy). La conséquence est immédiate : une attente de plus en plus longue et le risque de complications médicales dues à un retard de prise en charge.

En 2003, on dénombrait 62 781 passages aux urgences du CHU de Nancy, soit une moyenne de 172 passages par jour (16) : activité intensive, fatigante pour le personnel qui s'épuise, lassante pour les patients qui attendent de plus en plus longtemps et surtout souvent en inadéquation avec la définition d'« urgences ».

Grâce à l'existence de l'hôpital local, nous évitons, bien des fois, des passages injustifiés aux urgences pour les patients du bassin de Pompey. Ne serait-il pas, alors, encore plus pertinent de créer une **maison de garde**, voire régulation du centre 15 local (au même titre que MEDIGARDE géré par les médecins libéraux et basé à Nancy ; n'oublions pas que le bassin de Pompey atteint bientôt 37 000 habitants), au sein de cet hôpital pour permettre une meilleure prise en charge de la « petite urgence » (traumatisme léger, pathologie ORL,...) ou une préparation dans l'attente d'une intervention du SMUR et du transport du patient vers une structure de soins adaptée ?

L'expérience de maison de garde est déjà exploitée à Nancy avec l'existence de la permanence médicale aux « Bains-Douches » où des médecins généralistes libéraux assurent des soins équivalents à ceux de leur cabinet de 18h à minuit ainsi que le week-end. Au sein de l'hôpital local, il pourrait exister ce même type d'organisation qui serait continu jusque 8h du matin et où la présence d'un ou d'une infirmière pourrait être envisagée.

L'hôpital local apporterait ainsi son concours à la permanence de soins.

Problème de l'« hyperspécialisation » du CHU

Ces dernières années, nous avons assisté à une modification des activités du CHU de Nancy. Effectivement, il existe une diminution du nombre de lits et de l'effectif du personnel médical et soignant. Les décideurs préfèrent garder des services rentables de spécialités techniques (cardiologie, hépato-gastro-entérologie, pneumologie, chirurgie...) au dépend de services de médecine interne occasionnant plus de consultations externes au sein même du CHU. Ce dernier doit être de, par sa définition, plus tourné vers la recherche et la formation. Ce ne sont donc pas forcément les mêmes prises en charge.

En tous les cas, les centres hospitaliers universitaires devraient plus s'ouvrir sur l'extérieur et créer des passerelles avec la médecine libérale et les autres centres hospitaliers qui vont gérer ces pathologies dans leurs locaux, mais nécessitant souvent, tout de même, des avis spécialisés face à notre médecine de plus en plus technique.

Il serait donc intéressant de donner des possibilités aux hôpitaux de proximité en redéployant des moyens humains, des « spécialistes volants », qui assureraient des **consultations avancées** ou qui seraient partagés entre plusieurs établissements pour une complémentarité avec les médecins généralistes de l'hôpital local (à noter que ce dernier peut bénéficier des évolutions du statut d'attachés hospitaliers ce qui constitue un élément d'attractivité des médecins spécialistes). Ces consultations peuvent concerner autant le domaine curatif que le domaine préventif s'inscrivant ainsi dans une logique de santé publique, puisqu'il n'existe pas encore à Pompey d'**activité dédiée à l'éducation et prévention** à la santé en dehors de celle du réseau « Toxicomanie Ville-Hôpital 54 ».

L'existence des réseaux communs entre le CHU et l'hôpital de Pompey-Lay-St-Christophe (ARAILOR, ONCOLOR) et des conventions (maladies infectieuses, chirurgie) permettraient de bien gérer ces aides spécialisées, ainsi que les personnels qualifiés (orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues) qui, compte tenu de leur faible nombre, voient leur temps mutualisé et partagé entre plusieurs établissements (avec isolement et répartition des charges pour chaque établissement concerné).

Il s'agit alors de « faire venir l'offre » vers le patient en constituant une équipe pluridisciplinaire au sein de l'hôpital local et en renforçant le temps médical et paramédical.

Cela permettrait d'éviter les recours injustifiés à des structures spécialisées et également à des séjours prolongés dans des services où le prix de journée est beaucoup plus élevé. Dans ces conditions, les 21 lits de soins de suite et de réadaptation prennent toute leur importance. Ces consultations seraient ouvertes également à des patients non hospitalisés.

De plus, comme le précise Mr Patrick LORSON, directeur d'hôpitaux locaux et président de l'ANHL au Forum National de l'Hôpital Local en novembre 2004 (17), « le financement par la tarification à l'activité des hôpitaux aura pour conséquence de réduire les Durées Moyennes de séjour (DMS) dans les services dits actifs...et que nous serons obligés de développer des lits d'aval pour la prise en charge de la personne avant son retour à domicile ».

L'hôpital local doit donc être le pôle avancé d'une hospitalisation plus spécialisée disposant de moyens adéquats pour faire face aux cas les plus difficiles. Dans ce sens, l'hôpital de proximité tant en amont (réception et tri des urgences, soins de base aux malades adressés) qu'en aval (prise en charge des post-cures chimiothérapiques, kinésithérapiques et autres) évite l'encombrement des centres hospitaliers régionaux universitaires qui souffrent d'une confusion de missions entre les soins de première ligne et les soins d'appel.

Comme l'évoque Mr le Dr Jacques CHRETIEN, médecin généraliste à l'hôpital local du Croisic en Loire-Atlantique, lors du Colloque National du Ministère de l'emploi et de la solidarité du 14 janvier 2002 sur « L'hôpital local, espace sanitaire et social » (18), « un hôpital local serait utile à l'entrée de tous les CHU » mais « à condition de ne pas chercher à transformer l'hôpital local en CHU » lui répond Mr le Dr Jean-Yves CRESBON, médecin généraliste présent au débat.

3.1.2 - La recherche de la qualité de l'établissement

Grâce à des postes budgétés suffisants (de plus en plus difficile dans notre pays actuellement), grâce à l'organisation médicale inédite (collaboration médecins salariés - médecins libéraux), grâce à l'apparition de nouveaux métiers (qualificatrice, médecin coordonnateur,...) dont nous pouvons disposer à l'hôpital local de Pompey, cet établissement propose une qualité de prise en charge sans précédent et qui ne cesse de s'améliorer en s'adaptant rapidement aux besoins de la population et aux nouvelles réglementations.

Les avancées administratives complètent l'ensemble : la transmission d'information au niveau médical et paramédical est améliorée, plus sûre et évaluable pour une constante recherche de perfectionnement de la prise en charge.

Suite au compte-rendu de l'accréditation, l'ensemble du personnel s'est mis au travail d'« arrache-pied » et les brèches semblent avoir été comblées. Une **visite ciblée du Collège de l'accréditation** 18 mois après le rapport, soit courant 2006, aura lieu sur les sujets concernés.

La qualité concerne également la formation du personnel travaillant au sein de la structure. L'hôpital local est un véritable terrain de formation initiale et continue puisque, étant situé à proximité des écoles de soignants, de la faculté de médecine de Nancy-Brabois et du CHU, il facilite les enseignements et les réunions avec des professeurs référents dans leur domaine. Il faudrait d'ailleurs développer ces coopérations avec **plus de formations sur place** de la part des universitaires, surtout sur des sujets concernant les conventions signées

avec le CHU (Gériatrie et soins palliatifs, maladies infectieuses et SIDA,...), voire des **échanges de personnel**.

La « spécialisation » de médecins libéraux par le biais de Capacités, de Diplômes Universitaires ou Inter-Universitaires sur des sujets qui leur tiennent à cœur permet une diversité de cultures et d'intérêts et la prise en charge de multiples pathologies.

En ce qui concerne la formation initiale, l'hôpital local est un terrain de **stage** à privilégier **pour les internes de médecine générale** dans le cadre de leur stage chez le praticien, voire en tant que stage hospitalier, mais également **pour les internes de spécialités** qui pourraient s'investir dans des consultations avancées, des consultations post-opératoires, des suivis de maladies chroniques, des vacations hebdomadaires, des formations spécifiques des équipes soignantes de l'hôpital sur des sujets proposés par ces dernières, le tout sous réserve de postes budgétés par l'établissement.

Y ayant moi-même réalisé mon stage de médecine générale sous la responsabilité de Mr le Docteur Richard MATHIEU, j'ai découvert l'existence et les avantages de cette structure que je ne connaissais pas. Ces établissements font pourtant partie de l'environnement médical à part entière et ne sont pas connus des étudiants puisque jamais abordés lors de nos études. Or, nombreux sont ces carabins qui hésitent entre une carrière hospitalière et une pratique libérale : c'est alors l'occasion de leur faire découvrir la possibilité d'allier les deux.

Il serait intéressant, voire indispensable, de proposer lors des études de médecine une **formation médico-psycho-sociale** qui manque cruellement actuellement...

3.1.3 - Une proximité réconfortante

Grâce à ses 330 lits à vocation médico-sociale (288 lits d'EHPAD, 36 lits de soins de longue durée et 6 lits d'hébergement temporaire), les médecins généralistes peuvent plus aisément institutionnaliser leurs patients les plus âgés et les plus dépendants sans rupture de prise en charge. En effet, si une personne âgée nécessite une hospitalisation pour un problème aigu gérable à l'hôpital local suivie d'un hébergement définitif décidé au début de l'hospitalisation, tout est organisé au sein de l'établissement. L'acceptation de cette nouvelle vie est souvent plus facile pour le patient qui est moins perturbé, moins désorienté que s'il avait été soigné au CHU puis transféré dans un centre de soins de suite en attente d'un hébergement puis, enfin, institutionnalisé dans une maison de retraite : un parcours lourd pour les familles et les soignants, fatigant et déroutant pour le patient... Et inversement, si la personne âgée réside dans une des maisons de retraite de l'hôpital local et qu'elle doit être hospitalisée pour un problème aigu, la rupture avec le lieu de vie est moins franche, moins brutale, si elle est hospitalisée dans le service de médecine de l'établissement.

Une hospitalisation à l'hôpital local proche de chez soi est plus facilement acceptée par le patient puisqu'elle préserve ses liens familiaux et sociaux, notamment pour les personnes âgées qui peuvent plus facilement recevoir des visiteurs (souvent, ce sont des amis du même âge) qui n'ont pas toujours la possibilité de se déplacer jusqu'au CHU si le patient y était hospitalisé.

En matière de soins de réadaptation particulièrement, la proximité du domicile du patient est capitale pour favoriser sa réinsertion et le développement de liens étroits et coordonnés entre les acteurs de terrain.

La relation patient - soignant - famille (et j'y inclus, bien sûr, le médecin) est optimisée. C'est le partage et la mise à disposition des compétences de chacun, dans une véritable communauté de soins qui connaît l'environnement, le terrain, les familles, qui élèvent l'ensemble du niveau de qualité de prise en charge de toute l'équipe soignante.

Même si dans certains cas, il semble bien délicat pour le médecin traitant de déterminer le futur de son patient dans les jours qui suivent son admission, il est avéré qu'une réflexion pluridisciplinaire très en amont est de nature à faciliter le retour à domicile ou l'orientation vers une institution sociale ou médico-sociale. Ainsi, je remarque qu'il manque cruellement d'**assistantes sociales** recrutées par l'établissement qui ont dans ces structures un rôle primordial. Un poste est prévu dans le cadre de la filière de soins gériatrique.

Dans ce cadre, on peut également envisager la création d'une **maison médicale** au sein de l'établissement. Elle regrouperait les cabinets de plusieurs médecins libéraux dont l'exercice professionnel serait facilité (horaires plus souples, plus de liberté pour prendre des vacances, relations humaines et professionnelles simplifiées...). De plus, ce type de structures pourrait fort bien attirer, dans les zones rurales, de jeunes médecins généralistes qui cherchent à s'installer puisque les locaux seraient déjà présents ainsi que l'organisation médicale.

3.1.4 - Un hôpital « plate-forme »

L'hôpital de proximité est l'interface entre le médical et le social : à l'heure où les pouvoirs publics cherchent le lien entre les deux aspects d'un même problème (la fragilisation entraîne l'émergence de maladies et inversement), l'hôpital local est une réponse à la prise en charge des personnes confrontées à ces difficultés.

Pour un objectif de maintien à domicile, il faut s'appuyer sur les SSIAD, le portage de repas (existants déjà à Pompey) et les équipes mobiles de soins palliatifs en projet à Pompey et à développer partout en France au sein des hôpitaux locaux. En effet, pour répondre aux conséquences du manque de place dans les centres hospitaliers et les maisons de retraite, du vieillissement de la population et du désir grandissant des patients d'un maintien à domicile, le savoir-faire des équipes doit se transporter utilement auprès des malades, dans le monde rural ou citadin des alentours.

Parmi les autres solutions préconisées, le développement des places d'accueil de jour et l'hébergement temporaire constituent des réponses à privilégier et existent déjà à Pompey.

Les services de court séjour interviennent également en soutien offrant des lits de répit ou de repli, quand l'évolution rend difficile, temporairement ou définitivement, l'accompagnement à domicile.

Cette place privilégiée de l'hôpital local et ses différents modes et types de prises en charge qu'il offre à la population lui donnent des atouts pour être un élément déterminant des politiques médico-sociales mises en œuvre, notamment les réseaux de santé qui se multiplient actuellement, le tout favorisant le continuum de la prise en charge des patients et leur retour à domicile. Nous devinons bien que l'hôpital local de part sa proximité et d'autre part sa souplesse et sa capacité d'adaptation, est un lieu idéal, quelque soit le réseau, pour regrouper tous ces professionnels de santé afin de travailler ensemble, sans hiérarchie, et en plaçant le patient au cœur de l'action. L'hôpital de Pompey est donc un moyen dans le réseau, une opportunité stratégique, parfois une interface de coordination. L'intégration dans ces réseaux lui donne une autre dimension : la possibilité de s'intégrer dans le milieu « extra-muros ».

C'est par l'ensemble des réseaux tissés autour du malade et de sa maladie que l'hôpital local concrétise et conforte sa place dans le paysage hospitalier français et plus particulièrement dans la filière gériatrique.

Il doit donc être un carrefour pour ces réseaux puisqu'il est naturellement tourné vers l'extérieur et se trouve à l'intersection entre ville et hôpital. Il peut être un lieu de rencontre idéal, proche du CHU, entre Metz et Nancy et proposer des **réunions entre différents réseaux** qui, finalement, se rejoignent par leurs missions comme les réseaux Toxicomanie, VIH et hépatite C.

Cette organisation permet ainsi une **optimisation des soins** (amélioration de la qualité et de l'adéquation des soins avec, par exemple, la formation des intervenants et l'utilisation de protocoles référentiels), une **coopération entre les centres** (transmissions des informations médicales et des images, dossier médical minimum commun, élaboration de pratiques communes) et une **maîtrise du coût** (orientation optimale des patients, éviter les examens complémentaires redondants).

En tant qu'établissement de proximité et par sa position dans l'échelle hiérarchique, l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe, avec toutes ses spécificités décrites dans cette thèse, a déjà bien avancé dans les missions décrites dans la circulaire du 28 mai 2003 et concrétisé la volonté inscrite dans les SROS de « mieux articuler médecine hospitalière et médecine de ville » : hospitalisation de type « relais » pour des patients nécessitant des soins spécifiques faisant appel à un plateau technique sophistiqué existant au CHU mais pouvant être pris en charge à Pompey par l'équipe médicale et soignante sur le site, hospitalisation dite de proximité (cabinet médical => hôpital local => domicile) et hospitalisation entrant dans le cadre d'un travail en réseaux (ville-hôpital SIDA, Toxicomanie, ONCOLOR, ARAILOR, future filière gériatrique...).

Evidemment, il reste encore du chemin à faire mais tout ne peut pas être réalisé en même temps, surtout à un tel niveau d'organisation avec sa complexité, son évolution permanente et ses difficultés générées d'une part par les problèmes vécus par les libéraux et d'autre part les problèmes généralisés à l'ensemble des structures de soins.

3.2 - D'AUTRES EXPERIENCES

3.2.1 - Au niveau national et régional

Après toutes mes lectures, je me rends compte que les professionnels de l'hôpital local manquent encore de beaucoup de moyens humains et matériels. Ils ne cessent lors de colloques, d'assises, de formations, de séminaires, de réunions, de demander de l'aide auprès des tutelles.

Il semble que ces requêtes soient récurrentes dans la plupart de ces structures sur l'ensemble du territoire avec, comme le précisait Mr le Dr Dominique HERAULT lors du Colloque National du Ministère de l'emploi et de la solidarité en janvier 2002 (18), des points bien précis :

- assurer la cohérence des hôpitaux locaux, dans les SROS de troisième génération, en affirmant la nécessité d'une augmentation du nombre de lits de court séjour en fonction de la population, et le renforcement de l'activité de rééducation et de réadaptation pour les lits de soins de suite ;
- aborder le problème de la démographie médicale en mesurant la désertification sanitaire en cours ;
- permettre une présence de personnels soignants bien formés et en nombre suffisant ;
- enrichir l'activité de l'hôpital local par la présence de professionnels d'une prise en charge également sociale : psychologue, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, ergothérapeute et assistante sociale sont nécessaires partout ;
- encourager la participation des médecins généralistes par une rémunération attractive et adaptée à l'ensemble des missions qui lui sont confiées...

En ce qui concerne des lits de court séjour, Monsieur Philippe DOUSTE-BLAZY a annoncé lors de son discours au Forum National de l'Hôpital Local en novembre 2004 (19) que, dans le cadre du plan pluriannuel doté de 88 millions d'euros jusqu'en 2007, 27 millions d'euros seront consacrés en 2005 au financement de 405 lits de médecine dans la centaine d'établissements qui n'en comptent aucun et à la création de 82 Equivalents Temps Plein (ETP) infirmiers. A suivre...

Il a également précisé que les hôpitaux locaux ne sont, actuellement, pas concernés par la réforme de la tarification à l'activité (T2A) qui touche les Centres Hospitaliers mais qu'il fallait ouvrir une réflexion sur l'adaptation de celle-ci aux spécificités de ces établissements.

Pour le renforcement du lien avec la médecine libérale, dans la continuité de l'indemnité, mise en place en 2002, compensant la perte de revenus pour un médecin de ville qui s'engage dans la vie institutionnelle, plusieurs mesures ont été évoquées lors de ce même discours : une aide à l'installation des médecins dans les zones déficitaires, une ouverture légale et réglementaire de cabinets secondaires et une mixité des statuts à l'hôpital local avec des médecins salariés comme à Pompey.

Pour la première fois, la formation des professionnels de l'hôpital local a été reconnue comme action prioritaire nationale en 2005 et des formations sous l'égide de l'Association Nationale Formation Hospitalière (ANFH) devraient se mettre en place.

Les problèmes rencontrés à l'hôpital local de Pompey pour bénéficier, par exemple, d'un poste de diététicien ou d'assistante sociale, se retrouvent dans de nombreuses structures, surtout les plus isolées comme celle de la ville de LAMARCHE, perdue au fin fond du département des Vosges et dont les problèmes de recrutement, même de médecins généralistes, ont été abordés au cours de la réunion de l'ARH Lorraine du 12 janvier 2005 sur l'étude des hôpitaux locaux et de proximité dans le cadre du SROS III. Même en demandant des postes mutualisés avec l'hôpital de Vittel (requête récente pour une diététicienne une fois par mois), il semble que cela ne puisse pas être réalisé. Il existe également des établissements sans direction (2 postes vacants sur neuf, par exemple, en Basse-Normandie).

Par le biais des travaux sur le SROS III des différentes régions à l'instar de celui réalisé en Lorraine et cité dans le 2^{ème} chapitre, de grands espoirs sont fondés sur la réorganisation territoriale des moyens matériels et humains.

3.2.2 - Des expériences locales positives

- **Sur le territoire de la Déodatie dans les Vosges** (12 hôpitaux locaux dans ce département), les établissements de santé se sont regroupés en communauté de communes : le CHG de St-Dié et les hôpitaux locaux de Senones, Fraize et Raon-l'Etape. Des groupes de travail commun ont été constitués afin que les personnels se rencontrent, se découvrent et bénéficient d'une formation commune. Leurs travaux ont aboutis à une « charte de bonne conduite » concernant les transferts de patients d'une structure à l'autre, la couverture de personnel infirmier la semaine, le week-end et les vacances, l'échange quotidien sur les lits disponibles dans tous les services afin de fluidifier la répartition des patients (propos recueillis lors de la réunion de l'ARH Lorraine du 12 janvier 2005).
Un exemple à suivre pour toutes les structures d'un même bassin de vie...
- **Dans la thèse de Marie-Line DESROCHES épouse PERIER CAMBY sur l'hôpital local de Tournus en Saône-et-Loire (19)**, l'expérience porte sur la démarche de prise en charge des soins palliatifs, depuis 1996, suite à un audit de fonctionnement qui pointait les manques dans ce domaine. L'établissement s'est donc engagé vers cette politique d'accompagnement de fin de vie avec une amélioration des locaux et des formations spécifiques, tant médicales que paramédicales. L'analyse des réponses à un questionnaire élaboré par les équipes de l'hôpital et destiné aux familles des personnes décédées montre une grande majorité de satisfaction, en particulier sur le plan relationnel et sur le plan des soins. La structure désire à présent recueillir le ressenti et le vécu de la personne en fin de vie (bien-être matériel, relation avec les soignants et les proches, douleur, accompagnement spirituel...) ce qui apporterait sa contribution à un des fondements de la médecine : améliorer la qualité de la vie jusqu'à l'heure de la mort.
- **A l'hôpital local de Limoux-Quillan en Languedoc-Rousillon (17)**, l'évolution a privilégié la transversalité et a impulsé, par son travail d'ouverture, réactivité et dynamisme en créant un réseau gérontologique qui relie 19 sites d'action expérimentale proposés par la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) en association avec les caisses d'assurance-maladie. La gestion du réseau sur chacun des sites est assuré par une association loi 1901. Sont proposés des bilans gériatriques initiaux, des plans de soins avec l'articulation du sanitaire et du social, une véritable coopération ville-hôpital et un nouveau mode de financement pour les professionnels de santé (forfaits intéressants pour les infirmières, les kinésithérapeutes et les médecins généralistes pour les bilans, les réunions, l'élaboration des plans de soins médicaux,...). Le CLIC est basé à l'hôpital local et la formation des médecins a bénéficié de financements de laboratoires.
- **A l'hôpital local du Vigan (20)**, une permanence d'accès aux soins de santé a été créée dans le contexte d'une zone rurale isolée et d'une population marginalisée par une équipe de médecins généralistes très attentifs au développement de l'épidémie du SIDA. Il est apparu très rapidement que la problématique des addictions constituait l'élément majeur de morbidité de ces patients et que la mise en commun des moyens était incontournable. Grâce au partenariat de plusieurs structures et à la mutualisation de plusieurs financements, le pays viganais dispose aujourd'hui et depuis 4 ans d'un dispositif de prévention et de lutte contre les conduites addictives avec une permanence d'accueil sans rendez-vous, un programme de

réduction des risques (préservatifs, échanges de seringues), une prise en charge psychologique et psychothérapique, une orientation et un accompagnement vers les dispositifs de soins spécialisés, une unité méthadone et des consultations d'alcoologie et de tabacologie. L'organisation dépasse largement les objectifs initiaux et continue dans cette voie puisqu'elle est sollicitée par la CLIC locale pour les problèmes de consommation excessive de médicaments et/ou d'alcool entraînant des risques de chute chez les personnes âgées seules et isolées, par un Centre d'Aide par le Travail et certains professionnels libéraux pour les problèmes d'alcoolisme constatés auprès de travailleurs handicapés, par l'Education Nationale pour des campagnes de prévention des conduites addictives et également par le Service de Probation pour des programmes d'accompagnement de conducteurs alcoolisés et sans remords en relation avec la Gendarmerie Nationale grâce à une fiche navette.

- *A l'hôpital local de Houdan dans les Yvelines (17)*, l'intervention du service social se fait à 3 niveaux : dans le centre de santé où les malades reçus en consultation par les médecins généralistes et spécialistes peuvent avoir besoins d'être orientés, dans le réseau gérontologique et pour les personnes hospitalisées et hébergées. Dans le cadre du réseau, les assistantes sociales de l'hôpital local, de la MSA et de la sécurité sociale ont organisé un groupe de rencontre des conjoints de patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans les locaux de l'hôpital. Ils y trouvent un grand soulagement toutes les trois semaines avec l'encadrement rassurant du personnel. Cela « n'aurait pas été possible hors de ce cadre », précise Mme Françoise AUGER, assistante sociale de l'établissement.
- *A l'hôpital local de Grandris dans le Rhône (17)*, grâce à une convention signée avec le Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, il existe des vacations à raison de deux demi-journées par mois d'un médecin psychiatre et de quatre demi-journées d'une infirmière psychiatrique, la mise en place d'un CMP et d'un CATTP, l'ensemble permettant des avis spécialisés au lit du patient ou au CMP et un suivi infirmier hebdomadaire, comme à l'hôpital de Pompey. Cette organisation s'occupe également des familles et de la gestion du stress du personnel. Mais sa mission ne s'arrête pas là : elle propose un travail sur la violence (du patient et institutionnelle), des formations sur la pathologie mentale et un projet commun d'écritures de protocoles sur une admission qui respecte au maximum l'intégrité physique et psychique de l'individu et les nécessités administratives.
- *A l'hôpital local d'Uzès dans le Gard (17)*, neuf emplois-jeunes sont en place et offrent des opportunités diverses et variées : trois aident des personnes âgées dans le cadre du portage des repas à domicile (ce qui permet d'aller au-delà d'une simple livraison en apportant de l'attention et du relationnel), un assistant qualité accompagne les services dans la mise en forme des documents (protocoles, procédures), un assistant de coordination gérontologique travaille sous la direction de l'assistante sociale, un médiateur du livre et de l'information assure des ateliers lecture et fait le lien avec la médiathèque, un assistant et accompagnateur des personnes âgées et de leurs familles suit les personnes pendant quelques jours à leur arrivée et deux animateurs médiateurs.

Je remarque donc que chaque expérience est unique (et cette liste n'est pas exhaustive), s'adaptant à sa population, comme l'a fait l'hôpital local de Pompey – Lay-St-Christophe, et que de nombreux projets sont réalisables grâce à l'investissement d'acteurs volontaires et persuasifs.

Chaque hôpital local tente ainsi de s'adapter à ses nouvelles missions et de conserver sa double vocation sanitaire et sociale sans chercher à créer de modèle unique. En effet, après 10 ans d'évolutions majeures avec des projets médicaux structurés, une place de plus en plus reconnue malgré la pression des tutelles de plus en plus forte, l'hôpital local s'ouvre facilement et avec une grande envergure vers l'extérieur se traduisant par des partenariats, par l'évolution des prises en charge avec, comme objectifs principaux, la qualité des soins et une meilleure prise en compte du patient ou du résident dans la continuité et la transversalité.

Tous les acteurs de santé (libéraux, hospitaliers, médecins, para-médicaux, administratifs,...) de chaque établissement participant à cette organisation « en réseau » autour du patient peuvent en tirer profit pour un bénéfice maximal pour ce patient. Ils peuvent également prendre exemple les uns sur les autres : une bonne idée efficace ne devrait pas être exploitée uniquement dans son hôpital local mais systématiquement diffusée aux autres structures pour en prendre connaissance et pourquoi pas, tenter de l'appliquer si elle est intéressante pour sa population.

3.2.3 - Revalorisation nécessaire du statut des médecins généralistes libéraux en tant qu'acteur de Santé Publique

L'absence de reconnaissance de l'ensemble du travail des médecins généralistes nécessite une revalorisation de leur statut en tant qu'acteur de Santé Publique.

Nous avons vu que le secteur sanitaire de l'hôpital local repose sur les médecins généralistes libéraux et que la poursuite des liens avec le patient et ses proches par le biais de ce médecin de famille dont l'activité se prolonge en établissement est l'élément-clé de toute cette organisation pour une prise en charge optimale du patient.

Malheureusement, une partie de leur fonction est accomplie à titre bénévole et depuis longtemps, ces médecins exerçant à l'hôpital local demandent une meilleure reconnaissance de leur travail. Pour ces praticiens, payés à l'acte, tout un pan d'exercice, notamment les activités non cliniques, échappe à quelque rémunération que ce soit :

- matéiovigilance, hémovigilance (toutes les vigilances doivent être assurées dans les petits hôpitaux au même titre que les Centres Hospitaliers Généraux même si, par exemple, on ne transfuse pas);
- participation à la qualité des soins ;
- impératifs du fonctionnement de l'hôpital local avec ses multiples commissions (CME : Comité Médicale d'Etablissement, CTE : Comité Technique d'Etablissement, CLIC pour les personnes âgées, CLIN pour la lutte contre les infections nosocomiales, CLUD pour la douleur, CLAN pour la nutrition...), chronophages car elles reposent souvent sur les mêmes personnes vu le petit nombre de volontaires ;
- investissement dans les projets d'avenir ;
- harmonisation des pratiques de formation ;
- travail en réseau...

Il faut revaloriser ces médecins qui s'essouffent, même à proximité d'un CHU, puisqu'ils sont de véritables acteurs de Santé Publique, indispensables à cette coopération formidable entre le libéral et l'hospitalier et puisque ce sont souvent les mêmes personnes qui s'impliquent dans ces différentes tâches. Ils participent :

- à une médecine de proximité qui rejoint parfois le social, surtout dans notre région où la population vieillit dont beaucoup de travailleurs immigrés dont l'accès aux soins n'est pas toujours facile et pour qui l'hôpital de proximité est de plus en plus le premier recours de ces populations en voie de paupérisation ;
- aux soins palliatifs, de plus en plus présents dans notre activité médicale et qui nécessitent une très bonne prise en charge avec des moyens humains exceptionnels ;
- à une médecine hospitalière avec toute l'organisation que cela nécessite ;
- et enfin à un travail en réseau qui permet de récupérer des données, de réaliser des enquêtes, des statistiques, de faire de la prévention...

Le rôle des professionnels n'y est plus, dès lors, limité à leur intervention dans l'établissement mais devient désormais celui d'animateur du projet de vie du bassin. Au Forum National de l'Hôpital Local, Mr Philippe DOUSTE-BLAZY disait : « J'ai regardé la carte de la répartition sur le territoire des hôpitaux locaux, avec ou sans médecine, et je l'ai superposé à celle des densités des médecins généralistes ; Cela ne me paraît pas excessif de dire qu'il existe un lien, une corrélation entre la présence d'un hôpital local avec médecine et une densité de médecins généralistes plus élevée ».

Organiser et revaloriser la fonction médicale au sein de l'hôpital local est une problématique à revoir rapidement pour la pérennité de toute cette structure si importante. Actuellement, à la faculté de médecine de Nancy, il n'y a aucune formation, aucun cours pour aborder ce métier d'« acteur de santé publique de proximité ». Le récent allongement du cursus universitaire n'a d'ailleurs pas intégré cette vision de l'hôpital local comme lieu de stage et de formation qui permet pourtant aux médecins généralistes d'être acteurs de santé publique et de participer au maillage des soins. Un médecin est formé pour travailler en colloque singulier avec le patient, mais il n'a pas une approche globale des soins ni du système de soins. Commençons par là !

Lors de son discours, Monsieur le Ministre se disait favorable à une mixité des statuts médicaux (libéraux et salariés) à l'hôpital local (comme c'est déjà le cas à Pompey pour l'USLD et la cure médicale) et a demandé qu'un groupe de travail soit mis en place pour réfléchir à de nouveaux mécanismes de régulation de l'activité médicale au sein de l'établissement.

L'hôpital local a permis également de resserrer les liens entre les médecins généralistes par l'intermédiaire des FMC libérales (Formation Médicale Continue) dont il est le support. L'idée serait d'intégrer la FMC hospitalière pour permettre de rapprocher les cultures médicales et les hommes, ce qui faciliterait ensuite les liaisons entre les établissements (transferts d'informations, de patients...) et permettrait de trouver des solutions ensemble, d'ouvrir d'autres portes...à découvrir ! On imagine que la continuité des soins entre les deux systèmes en tirerait profit, ce qui n'est pas anodin pour une profession dont l'exercice est isolé et que cette fluidité n'est possible que si les grosses structures sont sensibles.

Toutes les conventions, les contrats, les réseaux constituent un dispositif-clé du fonctionnement médical de l'hôpital local, mais doivent être envisagés et élaborés de façon bilatérale et rééquilibrée. Des centres hospitaliers de référence jusqu'aux médecins libéraux, tout le monde doit s'investir pour évoluer vers des soins de qualité pour toute la population.

Les hôpitaux locaux (ou les CH sans maternité ni chirurgie) doivent également développer des coopérations dans le but de mutualiser leurs compétences et optimiser les moyens administratifs souvent réduits, en constituant notamment une équipe de direction plus importante, une équipe logistique commune...Les difficultés structurelles peuvent être résolues par la mise en place d'un cadre juridique facilitateur à l'exemple du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) évoqué à la fin du chapitre précédent.

Cet échange d'expertises et de compétences est une condition indispensable à un partenariat réussi et à une reconnaissance de chacun.

CONCLUSION

L'hôpital local est donc un maillon essentiel du paysage sanitaire français. Le soin y est omniprésent dans une structure hospitalière où les prises en charge s'adaptent au mieux à l'état du patient. Ainsi est constituée une offre de soins de premier niveau dans une offre de soins graduée et adaptée.

A l'heure où chacun s'entend sur la nécessité de mieux suivre le parcours du patient et de renforcer la complémentarité entre les établissements de soins et la médecine de ville, l'hôpital local se présente comme une composante particulièrement bien adaptée pour répondre à ces critères de cohérence entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social, entre le curatif et le préventif.

Il assure une rapidité et une qualité de prise en charge dans un environnement rassurant. Grâce au suivi par le médecin traitant, il garantit une continuité avec les soins à domicile. Les liens étroits créés avec les autres professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers, grâce aux conventions et réseaux, génèrent cultures et protocoles communs. Les lits de médecine en hôpital local offrent, pour certains, une médecine dite gériatrique, mais pour d'autres, et de façon fort méconnue, une médecine active de court séjour évitant le recours à une structure telle que le CHU.

L'hôpital local réalise alors un continuum entre le domicile et l'hôpital, jouant son rôle dans une approche rationnelle au plan médical mais aussi économique de l'offre de soins, répondant parfaitement au besoin de proximité.

L'hôpital local intercommunal de Pompey-Lay-St-Christophe est un établissement qui a évolué très rapidement au cours de ces dernières années. Cette évolution est conforme, voire même anticipatrice, aux orientations nationales ou régionales.

La vocation de l'hôpital local trouve à Pompey sa juste traduction. Le dynamisme et la motivation animent les médecins et le personnel soignant qui défendent le maintien des lits de court séjour et de soins de suite parce qu'ils y sont compétents pour soigner leurs patients, qui refusent que l'hôpital local soit cantonné à la seule spécialité de gériatrie car les médecins libéraux exercent une médecine polyvalente qui ne doit, en aucun cas, être morcelée, qui s'investissent au sein des différents réseaux, qui assurent une permanence de soins dans l'établissement, qui évaluent leurs pratiques professionnelles et qui développent une formation permanente continue.

Jusqu'à présent, l'hôpital local apparaissait avec une connotation quasi-exclusivement rurale. Mais, face à une augmentation de la population âgée, face à la demande d'évolution très forte des patients de pouvoir rester le plus souvent dans leur lieu de vie, tant à la ville qu'à la campagne, face à l'encombrement des grands centres hospitaliers qui sont de plus en plus spécialisés et grâce aux développements sécurisants de coopérations (conventions, réseaux), grâce à l'adaptation rapide et à la souplesse de ces établissements de proximité et, enfin, grâce à la volonté de chaque acteur, l'hôpital local pourrait être amené à sortir du cadre rural et semi-rural pour s'implanter dans les zones urbaines et apporter une réponse spécifique aux besoins de la population, même à proximité d'un grand centre hospitalier.

Ces établissements, à l'exemple de l'hôpital local intercommunal de Pompey-Lay-St-Christophe, ont donc le mérite du bon sens, de l'originalité et de l'efficacité dans une approche transversale et graduée de l'offre de soins pour leur population respective. Ils continuent néanmoins à évoluer en appliquant le plus rapidement possible les demandes des tutelles mais le SROS de 3^{ème} génération semble indispensable pour redistribuer les aides vers ces hôpitaux de proximité qui manquent cruellement de moyens.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Auteur anonyme « Service de Médecine Physique et de Réadaptation », disponible sur : <http://www.cpod.com>, consulté le 14-05-2003.
- 2 - HÉRAULT Dominique, président de l'AGHL, contribution pour « Le livre blanc de la Gériatrie », chapitre 2.3.3 : L'exercice de la gériatrie en France dans les hôpitaux locaux, avril 2003.
- 3 - ARH des Pays de la Loire, communiqué « L'hôpital local, espace sanitaire et social », disponible sur : <http://www.sante-pays-de-la-loire.com>, consulté le 14-05-2003.
- 4 - Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- 5 - AUBERT Jean-Pierre « A quoi servent les réseaux ? A qui servent-ils ? », La Revue du Praticien- Médecine Générale, 1997 ; 11 (401) : 23 - 26.
- 6 - DRAHI Eric « Réseaux, travailler mieux ensemble », TLM, 2002, n° 47 : 7- 21.
- 7 - Livrets d'accueils de l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe.
- 8 - Monsieur GEINDRE « Pompey à l'Avant-Garde », extrait du livre de l'historique local, page 188 à 198.
- 9 - Projet d'établissement du Centre de Moyen Séjour et maison de retraite de Faulx 2002-2006.
- 10 - Conventions de l'hôpital local de Pompey avec le CHU de Nancy, le Centre Alexis Vautrin, le Centre Psychothérapeutique de Nancy, le réseau « Toxicomanie Ville-Hôpital 54 », le cabinet de radiologie des Drs VALENTIN et AMOR et les réseaux ONCOLOR et ARAIRLOR.
- 11 - Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, 4^{ème} schéma gérontologique 2002-2006 « Bien vivre son âge en Meurthe-et-Moselle ».
- 12 - Ministère de l'emploi et de la solidarité, arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle, Journal Officiel n° 98.

- 13 - Fichier permanent des corps et grades des établissements publics sanitaires et sociaux, Editions ENSP, 2003.
- 14 - Projets de conventions tripartites, de Contrats d'Objectifs et de Moyens et de convention de la filière de soins gériatriques de l'hôpital local de Pompey- Lay-St-Christophe, 2004.
- 15 - Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées « Hôpital 2007 », dossier de presse, novembre 2002, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>, consulté le 05-04-2005.
- 16 - Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, chiffres disponibles sur le site du CHU : <http://www.chu-nancy.fr>, consulté le 21-03-2005.
- 17 - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : Bulletin officiel n° 2003/3 bis, fascicule spécial, 2003.
- 18 - Ministère de la santé et de la protection sociale, liste d'intervention au Forum National de l'Hôpital Local, novembre 2004.
- 19 - DESROCHES épouse PÉRIER CAMBY Marie-Line, « Hôpital local et soins de vie : l'hôpital local répond-il aux besoins d'accompagnement de fin de vie et de soins palliatifs. Analyse et évaluation d'un questionnaire aux familles de personnes décédées à l'hôpital local de Tournus (Saône-et-Loire) » - 80 pages ; Thèse de médecine générale : Dijon : 2004 ; n° 15.
- 20 - DOUSTE-BLAZY Philippe, discours d'ouverture du ministre de la santé au Forum National de l'Hôpital Local, novembre 2004.

ANNEXES

ANNEXE 1

LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 (article R.711-6-4)

I. L'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser :

1) Avec ou sans hébergement :

a- des soins de courte durée en médecine

b- des soins de suite ou de réadaptation tels qu'ils sont définis par l'article L.6111-2

2) Des soins de longue durée, comportant un hébergement, tels qu'ils sont définis à l'article L.6111-2

II. Dans le cadre des missions prévues aux articles L.6111-1 et L.6111-2, il participe notamment :

a- aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées

b- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé

c- aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux.

- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 (article R.711-6-5)

La convention permettant de dispenser des soins en médecine, prévue à l'article L 6141-2, est passée avec un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements de santé privés mentionnés à cet article, 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.

- Décret n°92-1210 du 13 novembre 1992 (article R.711-6-6)

La convention définie à l'article R.711-6-5 prévoit au moins :

1) les conditions dans lesquelles les praticiens hospitaliers ou les médecins spécialistes du ou des établissements de santé ayant passé convention peuvent dispenser des soins spécialisés aux malades de l'hôpital local

2) les conditions d'accès aux malades de l'hôpital local au plateau technique de ces établissements

3) l'harmonisation de la gestion des dossiers des malades

4) la compatibilité du traitement des informations permettant l'analyse de l'activité prévue à l'article L.6113-7.

La convention 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 convention et la mise en commun de programme de formation continue pour les personnels médicaux et non médicaux.

- Décret n° 98-63 du février 1998 (modifiant l'article R.711-6-9)

Les médecins généralistes peuvent être autorisés, sur leur demande, à dispenser à l'hôpital local au titre de leur activité libérale des soins de courte durée en médecine et éventuellement des soins de suite ou de longue durée à condition qu'ils s'engagent à :

- 1) respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur
- 2) exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique, préalablement déterminée par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation après délibération du conseil d'administration et avis de la Commission Médicale d'Etablissement, leur permettant de participer à la maintenance dudit établissement.

- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 (article R.711-6-13)

Sous réserve des dispositions des articles R.711-6-14, R.711-6-15 et R.711-6-16, lors de l'admission d'un malade, le directeur demande à celui-ci ou sa famille ou à son représentant légal de choisir le médecin autorisé par lequel le malade désire être soigné. A défaut de choix, ce médecin est désigné par le médecin responsable mentionné à l'article R.711-6-18.

- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 (article R.711-6-15)

Par délibération du conseil d'administration et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, si l'activité le justifie, l'hôpital local peut recruter des praticiens, dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues à l'article R.711-6-14, pour les soins de suite ou de longue durée ou pour assurer le fonctionnement de la pharmacie.

- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 (article R.711-6-17)

Les médecins généralistes autorisés et les praticiens exerçant à l'hôpital local peuvent, à titre exceptionnel, faire appel à des médecins spécialistes libéraux.
Les honoraires qui sont versés à ces derniers sont à la charge du budget hospitalier.

- Décret n° 97-144 du 14 février 1997 (modifiant l'article R.711-6-18)

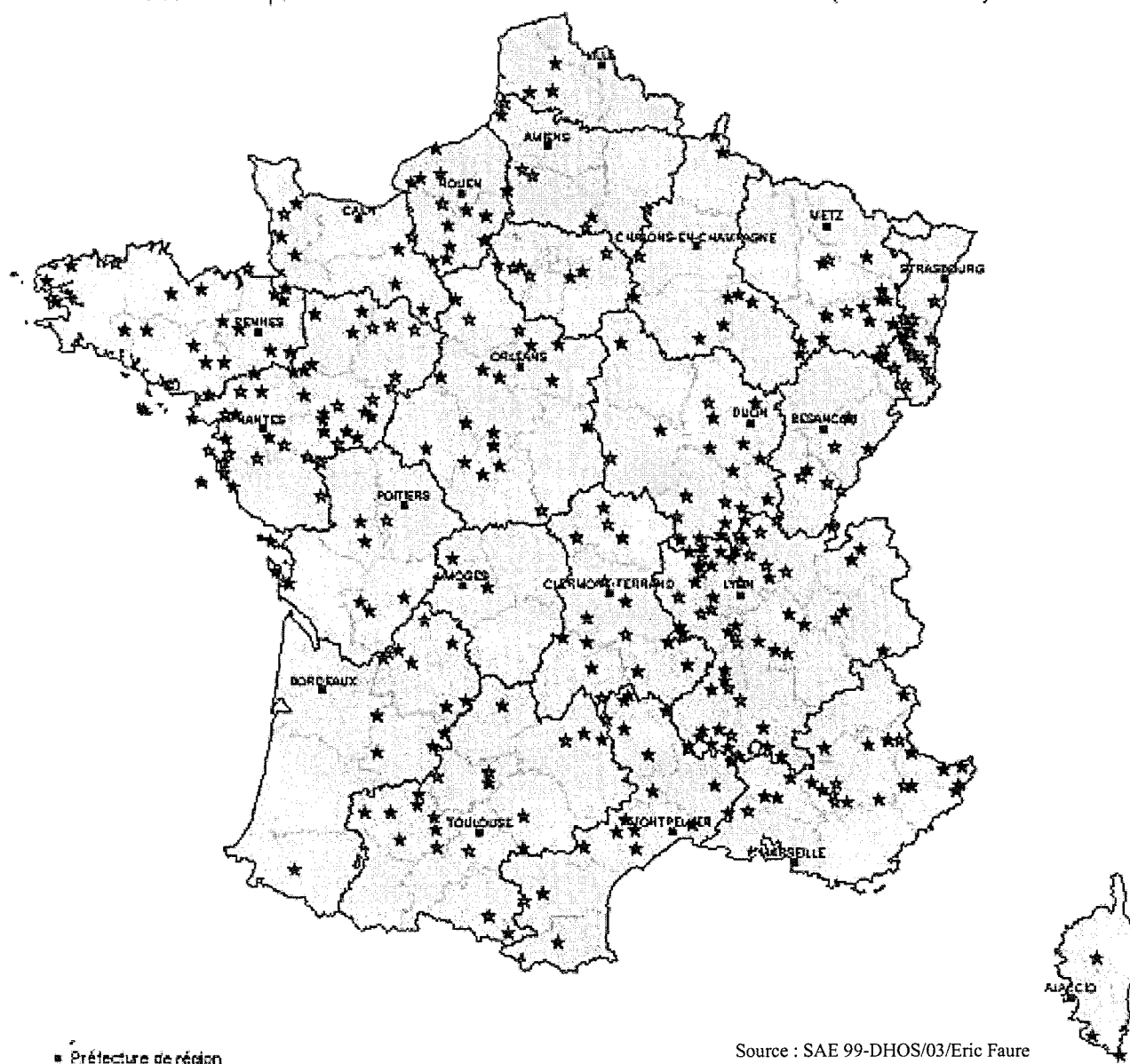
Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation désigne pour une durée de cinq ans, sur proposition du Conseil d'Administration et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, un médecin responsable de la coordination des activités médicales, de l'organisation de la permanence médicale, de jour comme de nuit, et de la mise en œuvre de l'évaluation des soins. Le médecin responsable peut être le président de la Commission Médicale d'Etablissement.

ANNEXE 2

LOCALISATION DES 350 HÔPITAUX LOCAUX EN MÉTROPOLE

HL avec Médecine (247)
★ + 2 en Martinique
+ 2 en Guadeloupe

HL sans Médecine (103)
★ + 1 en Martinique
(soit 29 Pourcent)



ANNEXE 3

PERSONNEL AUTORISÉ EN ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN À L'HÔPITAL DE POMPEY

Par service :

	Médecins/SSR	USLD	SSIAD	EHPAD
Médecin	Libéraux + 1 médecin coordonnateur à 0.1	0.35	0	1.15 médecin + 1 médecin coordonnateur
Pharmacien	0.5		0	0.3
Préparatrice en pharmacie	1 mais travaille aussi pour l'USLD et l'EHPAD			
Cadre de santé	1			3 dont 1 qui gère aussi l'USLD et 1 autre le SSIAD
IDE	9	4	0.7	10.65
Aide-soignante	10.12	10	5.32	58.97
ASH	4.1	4.57	0	32.21

Par accueil de jour :

Accueil de jour Pompey	2 aides-soignantes + 1 agent animation
Accueil de jour Alzheimer	2 AMP
Accueil de jour Lay-St-Christophe	2 AMP

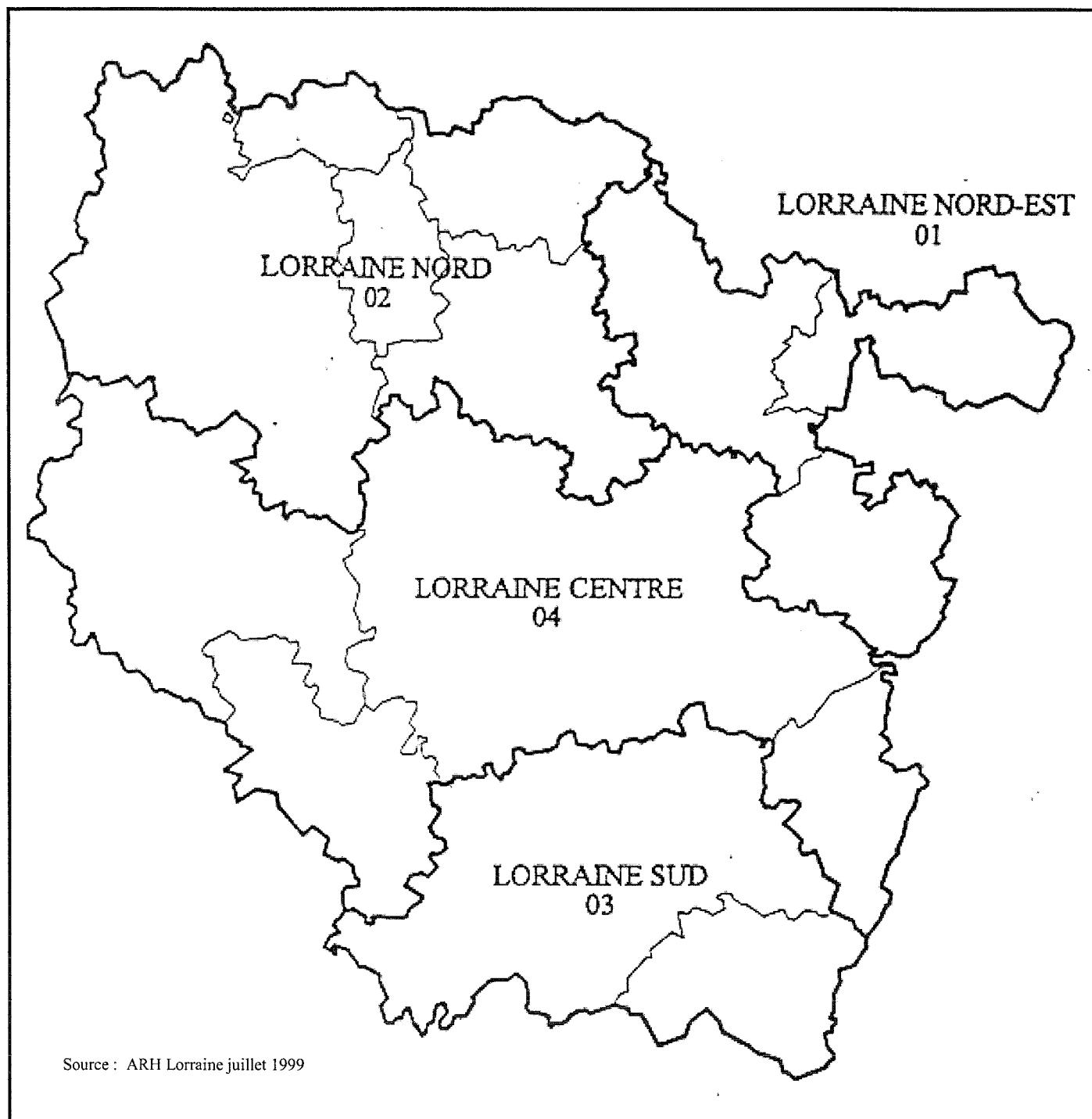
Autres services :

Service technique	10.75 dont un cadre technicien supérieur
Lingerie	3.5 dont un cadre maître-ouvrier
Salon de coiffure	1
Cuisine et personnels des restaurants	25
Administration	16.50 dont un directeur et un directeur-adjoint (non recruté)

Données du service des ressources humaines
de l'hôpital de Pompey, juillet 2005

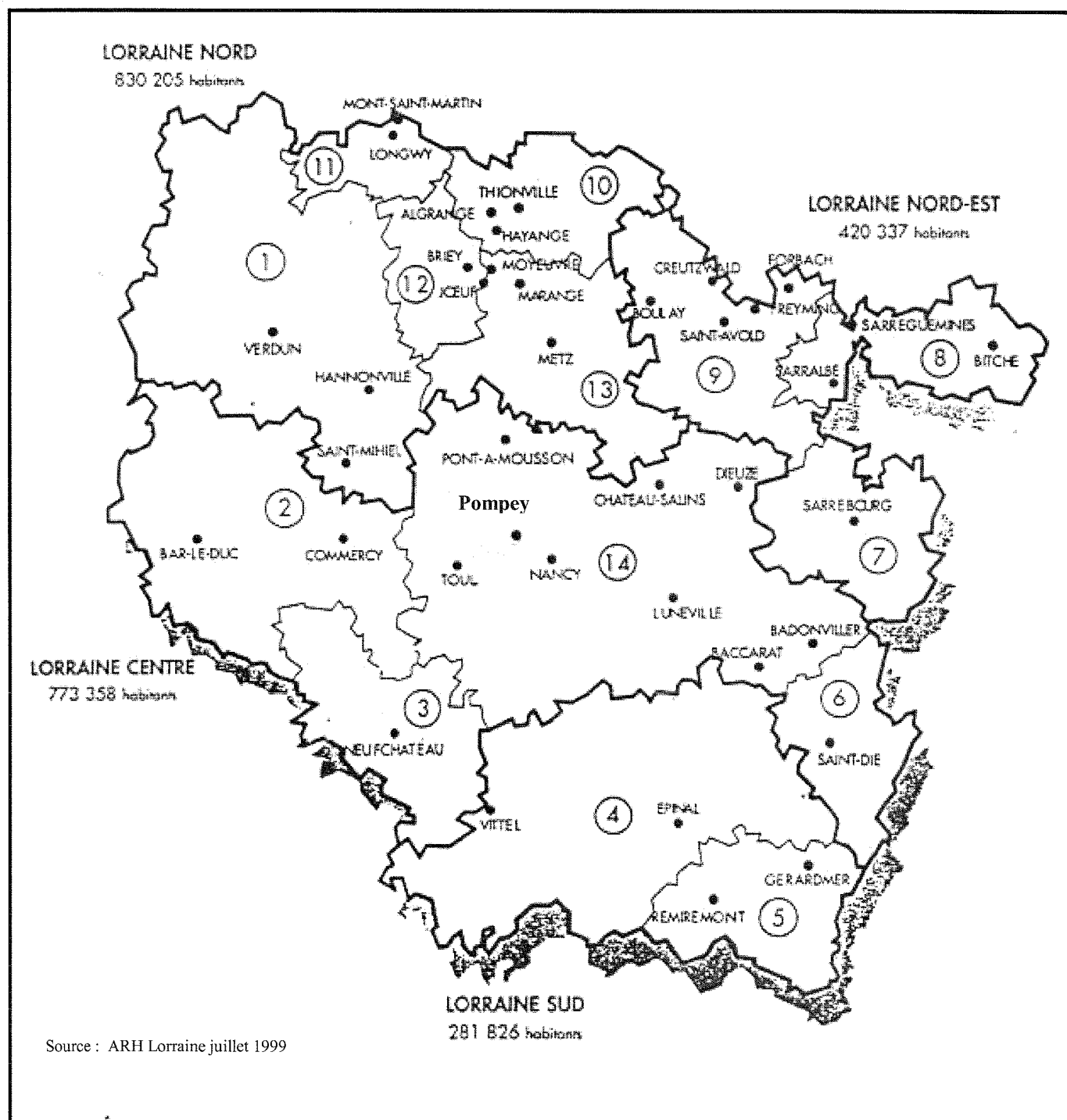
ANNEXE 4

LES BASSINS DE SANTÉ EN LORRAINE



ANNEXE 5

LES SECTEURS SANITAIRES EN LORRAINE



ANNEXE 6

ACTIVITÉ DES MÉDECINS LIBÉRAUX DANS LE SERVICE DE MÉDECINE DE L'HÔPITAL DE POMPEY

Médecins	Nombre total de RSA (séjours) analysés	Pourcentage	DMS (Durée moyenne de séjour)	Moyenne d'âge
1	53	24.3 %	13.9	73.9
2	28	12.8 %	10.1	79.0
3	25	11.5 %	8.6	40.8
4	24	11.0 %	19.8	81.3
5	15	6.9 %	12.3	82.9
6	10	4.6 %	9.3	70.6
7	10	4.6 %	14.2	81.7
8	7	3.2 %	15.0	88.7
9	7	3.2 %	13.0	71.7
10	7	3.2 %	25.1	71.4
11	6	2.8 %	14.3	82.7
12	6	2.8 %	15.3	84.8
13	5	2.3 %	16.0	80.2
14	4	1.8 %	23.8	84.0
15	2	0.9 %	18.5	76.0
16	2	0.9 %	6.5	89.0
17	2	0.9 %	2.5	87.5
18	2	0.9 %	46.0	76.0
19	1	0.5 %	7.0	78.0
20	1	0.5 %	3.0	16.0
21	1	0.5 %	10.0	10.0

Données PMSI de l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne
Activité médicale du service de médecine en 2004

ANNEXE 7

ÉTAT DES ENTRÉES ET DES SORTIES

ENTRÉES	NOMBRE	POURCENTAGE
Entrées par mutation interne	20	9.2 %
Entrées par transfert externe	33	15.1 %
Entrées en provenance du domicile	65	75.7 %
Entrées par transfert après réalisation d'un acte		
Entrées non renseignées		
SORTIES		
Sorties par mutation interne	70	32.1 %
Sorties par transfert externe	37	17.0 %
Retour au domicile	88	40.4 %
Décès	23	10.6 %
Sorties par transfert pour la réalisation d'un acte		
Sorties non renseignées		
TOTAL	218	100.0 %

Données PMSI de l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne
Activité du service de Médecine 2004

ANNEXE 8

LES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES

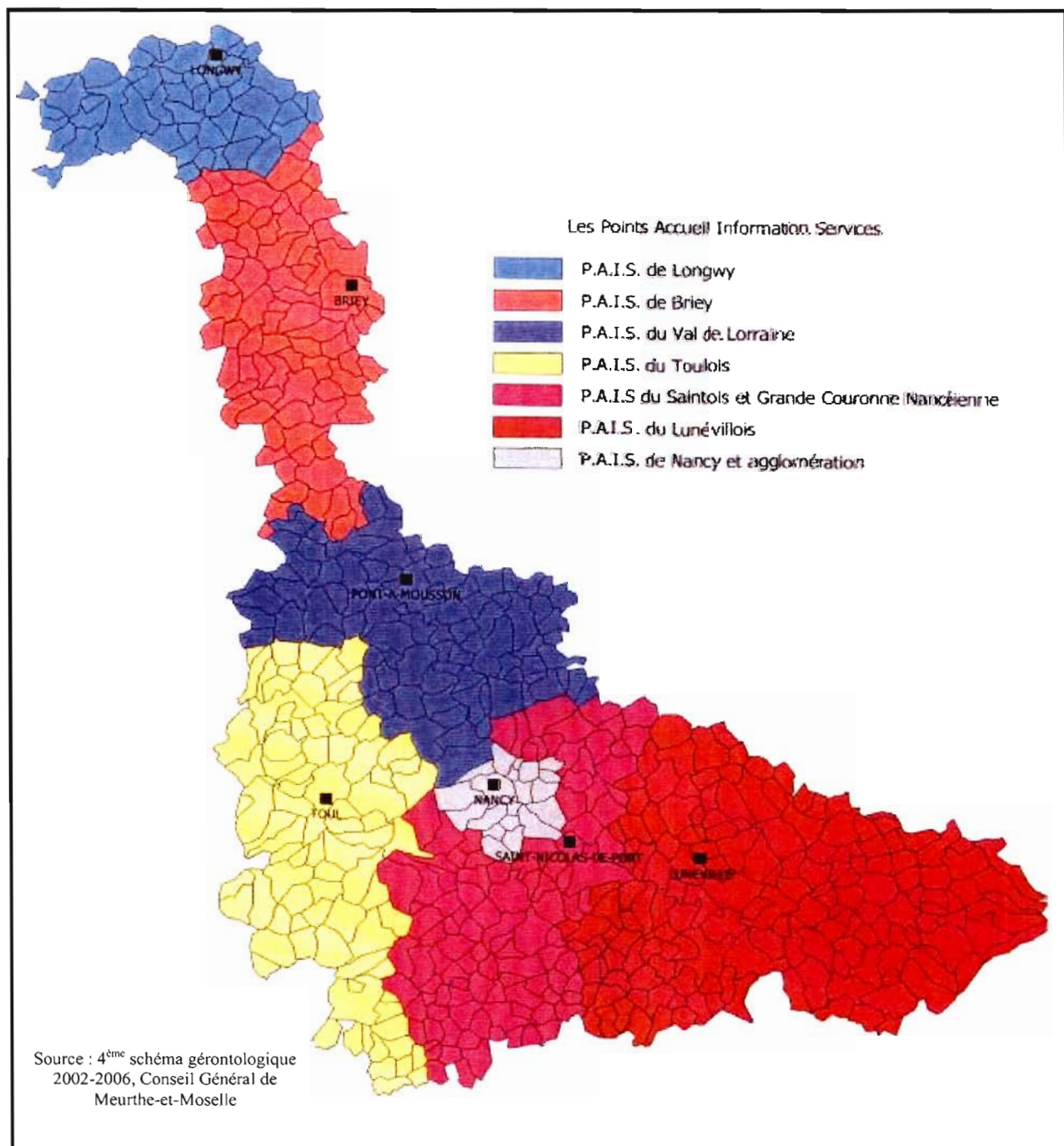
LIBELLÉ	Nombre de RSA	%	Âge moyen	Nombre de journées	DMS
Signes et symptômes sans CMA	17	7.8 %	84.8	180	10.6
Toxicomanies non éthyliques sans alcoolisme	13	6.0 %	25.6	82	6.3
Troubles vasculaires périphériques, > 69 ans et/ou CMA	8	3.7 %	79.9	119	14.9
Signe et symptômes avec CMA	7	3.2 %	83.9	100	14.3
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, > 80 ans sans CMA	6	2.8 %	86.5	82	13.7
Autres maladies dues au VIH	6	2.8 %	62.0	83	13.8
Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	6	2.8 %	84.0	91	15.2
Ethylisme avec dépendance	6	2.8 %	51.3	78	13.0
Névroses dépressives, > 69 ans et/ou CMA	4	1.8 %	79.0	35	8.8
Autres patho. de l'appareil musculosquelettique et tissu conjonctif sans CMA	4	1.8 %	83.5	46	11.5
Hypertension artérielle	4	1.8 %	78.5	73	18.3
Tumeurs malignes du tube digestif, > 69 ans et/ou CMA	4	1.8 %	84.5	56	14.0
Névroses dépressives, < 70 ans sans CMA	4	1.8 %	44.3	21	5.3
Fracture, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe sauf pied, 18 à 69 ans avec CMA ou > 69 ans	4	1.8 %	81.8	112	28.0
Soins palliatifs avec ou sans acte	4	1.8 %	70.0	34	8.5
Autres transferts : séjours de moins de deux jours	4	1.8 %	82.3	3	0.8
Insuffisance rénale, sans dialyse, > 69 ans et/ou CMA	4	1.8 %	83.0	64	16.
Autres maladies infectieuse ou parasitaires, < 70 ans sans CMA	3	1.4 %	59.0	53	17.7
Hépatites alcooliques et cirrhoses, > 69 ans et/ou CMA	3	1.4 %	52.0	60	20.0
Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	3	1.4 %	80.7	65	21.7

(CMA= CoMorbidity Associée)

Données PMSI de l'Observatoire Régionale de la Santé de Bretagne
Activité du service de Médecine 2004

ANNEXE 9

LES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES ET HANDICAP EN MEURTHE-ET-MOSELLE



VU

NANCY, le **20 juillet 2005**
Le président de Thèse

NANCY, le **21 juillet 2005**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J.D. DE KORWIN**

Professeur **P.NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **25 juillet 2005**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur **J.P. FINANCE**



Résumé :

L'hôpital local est une structure de proximité originale dans l'organisation des soins de notre pays. Il est en pleine restructuration grâce à sa nouvelle définition inscrite dans la circulaire du 28 mai 2003. Son fonctionnement repose sur la participation des médecins généralistes libéraux du secteur.

Il permet, non seulement de procurer des soins de premier recours à sa population environnante, mais crée aussi une dynamique de travail par une continuité des soins, une plate-forme de soutien pour de nombreuses activités et une recherche constante de la qualité.

Cet hôpital présente certaines particularités : situation en zone urbaine, organisation intercommunale, présence de médecins salariés, collaboration étroite avec le CHU proche, participation à plusieurs réseaux de soins.

Au-delà des chiffres, cet exemple témoigne du dynamisme et de l'importance des hôpitaux locaux dans l'organisation graduée des soins. Les enquêtes et restructurations en cours devraient permettre une meilleure définition des besoins et des moyens nécessaires à ces structures.

Titre en anglais :

The contribution in the care's organization of the "hôpital local", an original French hospitalization structure: experience of the Pompey's hospital.

Thèse de: médecine générale, année 2005.

Mots clefs : hôpital local – médecin généraliste – organisation des soins – soins de proximité – réseau – EHPAD.

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex