Dossier « Ressources humaines » réalisé en partenariat avec MNH
Mutuelle Nationale des Hospitaliers

édito

La Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) s'engage pour **l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé**. Cette volonté s'exprime par un travail de fond destiné à améliorer leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, en particulier au cours d'étapes importantes de leur vie comme **la parentalité et la grossesse**.

Notre Observatoire annuel réalisé avec Odoxa et Sciences Po a en effet révélé que 1 Français sur 7 (14 %) et près d'un quart des soignants (23 %) ont déjà reporté ou annulé un projet d'enfant à cause de leur carrière. Ce chiffre est même de 36 % pour les médecins.

Face à ce constat, nous avons décidé de faire des propositions, aux côtés des décideurs hospitaliers. Ainsi, notre **Bureau d'Intelligence Collective, qui mobilise des soignants partout en France pour co-construire des propositions opérationnelles** a publié en février 2024 le livret « Accompagner la grossesse des hospitalières ». Dans le même temps, nous nous déplaçons dans les hôpitaux pour échanger avec les professionnels sur **les enjeux de la parentalité** et accompagner les directions dans l'élaboration de la politique de leur établissement. Notre tour de France nous amènera à formuler des propositions d'ici à mai 2025.

Enfin, la MNH soutient également avec fierté **le trophée Attractive Med**, porté par la FHF, afin que soient mis à l'honneur ceux qui s'engagent comme nous pour un environnement hospitalier inclusif et attractif.

Benoît FRASLIN
Directeur d'hôpital
Président de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)

https://livret.bureau-intelligence-collective.fr/.numero-1/

VOTRE INTERLOCUTEUR
Gauthier MARTINEZ
Directeur des partenariats santé
gauthier.martinez@mnh.fr

Décloisonnement entre ville et hôpital

Décryptage des freins et perspectives des coopérations sur le territoire

Caroline LESNÉ
Marine JACQUET
Avocates associées, cabinet Houdart

Les enjeux de décloisonnement entre la médecine de ville et l'hôpital ne sont pas récents. Dès les années 80, dans un contexte de crise sanitaire et économique, alors que la population en croissance affichait de plus en plus une logique consumériste dans son accès aux soins, les acteurs du système de santé français et les pouvoirs publics en évoquaient déjà les insuffisances. Le décloisonnement ville-hôpital interroge fondamentalement l'effectivité d'un parcours de soins fluide et sans rupture pour la population. Aujourd'hui, la question de son utilité ne se pose plus, mais la cloison reste manifestement bien solide. La réponse est indéniablement politique. Mais comment lever les freins à l'intervention sur les territoires de professionnels relevant de différents régimes juridiques et simplifier la coordination des parcours de soins ?

Il est frappant de relever que dès le tournant jacobin pris à compter des années 70 dans l'organisation hospitalière et empreint de libéralisme économique à compter de l'ordonnance du 2 mai 2005 instituant la tarification à l'activité (T2A) les réformes successives de notre système de santé ont toujours encouragé les liens ville-hôpital, sans réelle efficience.

L'apparition des premiers réseaux, dès les années 90, réunissant les acteurs publics, privés et libéraux d'un « bassin » de santé entendait déjà donner une réponse d'accompagnement pluridisciplinaire (sanitaire, social, etc.) aux pathologies chroniques en forte croissance, notamment en considération du vieillissement de la population ou de problématique de santé publique (VIH, hépatite, cancer...)[1]. Les réformes du système de santé qui suivirent ont continué de promouvoir le même objectif : donner des réponses adaptées et efficientes au besoin en santé de la population d'un territoire par différents dispositifs parfois financés par différents fonds publics et qui se sont accumulés avec plus ou moins de cohérence d'ensemble.

En ville, pour répondre notamment à la crise démographique, aux déserts médicaux et aux conditions d'exercice professionnel, les décisions politiques ont conduit parfois en ordre dispersé :

- à la généralisation des ex-réseaux de santé essentiellement monothématique (gériatrie, oncologie, maladies chroniques…) axés autour d'une prise en charge coordonnée afin de garantir une approche globale du parcours du patient ;
- au renforcement de l'approche populationnelle des centres de santé, anciens dispensaires, axée sur les soins primaires de proximité et des équipes de soins primaires ;
- à l'émergence des maisons de santé pluridisciplinaire en 2007 axées sur la coordination, l'éducation thérapeutique et la coopération des professionnels de santé libéraux de la ville ;
- à la mise en place des ex-pôles de santé réunissant des acteurs de santé d'un territoire, dont l'hôpital ;
- à l'émergence en 2016 de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui se veulent le pivot de l'organisation des soins de proximité en réunissant les acteurs de santé, du social et du médico-social, autour d'une approche globale et coordonnée des soins ;
- aux coopérations entre professionnels de santé.

Le décloisonnement ville-hôpital a la vie dure

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a renforcé, pour l'ensemble des acteurs de santé du territoire (privé, public, libéral), la logique de parcours, puis de filière de soins, intégrant une gradation des prises en charge (soins primaires et de proximité, soins de recours, virage ambulatoire, etc.) et une logique de décloisonnement des champs de la prévention, des soins et de l'accompagnement social et médico-social. À l'hôpital, les mêmes préoccupations d'adaptabilité de l'offre publique de soins confrontées à la crise démographique, aux déserts médicaux et aux attentes des professionnels de santé sur leurs conditions d'exercice ont conduit à favoriser les liens ville-hôpital par :

- l'intégration de filière de responsabilité populationnelle, avec le rôle prégnant des hôpitaux de proximité dans les groupements hospitaliers de territoires (GHT) mis en place en 2016 ;
- le développement de coopérations sanitaires et médico-sociales (groupement de coopération sanitaire [GCS], groupement de coopération sociale et médico-sociale [GCSMS], groupement d'intérêt public [GIP], coopération conventionnelle) sur les différents domaines médicaux et chirurgicaux, avec notamment la multiplication des services d'accès aux soins (SAS), des centres de soins non programmés (CSNP) et des plateaux d'imagerie médicale mutualisée (PIMM).

Pourtant, comme le souligne la commission d'enquête du Sénat le 29 mars 2022, « *même si de nombreuses initiatives existent sur le terrain, l'impression dominante est bien celle d'un cloisonnement persistant*[2] ».

La multitude des projets de santé, contrats sanitaires et des instances, déployés sur le territoire, soit en silo, soit de manière imparfaitement coordonnée, est un élément de réponse à la persistance du cloisonnement. Pour n'en citer que quelques-uns :

- le projet régional de santé sur la base du diagnostic territorial partagé ;
- le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ;
- le projet médical partagé des GHT, relatif aux établissements publics de santé, parfois trop déconnecté des autres acteurs du territoire ;
- les projets de santé portés par les maisons de santé et les centres de santé ;
- le projet territorial de santé initié par les CPTS, avec le concours éventuel de l'URPS et d'un établissement ou un service de santé, social ou médico-social ;

1. Ordonnances de 1996, loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
2. Rapport du 29 mars 2022 de la commission d'enquête du Sénat sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, p. 234.

- le projet territorial de santé mentale ;
- le contrat territorial de santé conclu par l'ARS ;
- le contrat local de santé conclu avec les collectivités territoriales.

Si chacun de ces projets doit être en conformité avec le schéma régional de santé établi par l'ARS, cette complexité est un frein au décloisonnement ville-hôpital, d'autant plus que chaque acteur travaille son projet en silo. Le schéma synthétique proposé par la commission d'enquête du Sénat est des plus éloquents sur le sujet[3].

Dans ce contexte de juxtaposition des projets de santé, la tâche de coordination des filières de soins est rude, et ce d'autant plus qu'elle est investie par une multitude de dispositifs ou initiatives impulsés par les gouvernements successifs, souvent monothématiques. Évoquons l'exemple récent des services d'accès aux soins (SAS)[4], dispositif fondé sur un partenariat étroit entre les professionnels de la ville et ceux de l'hôpital pour répondre aux demandes de soins non programmés sur un territoire de déploiement. Le SAS n'a pas pour objet d'associer la médecine de ville à la régulation médicale assurée par l'aide médicale d'urgence (AMU), mais d'instaurer deux filières de régulation distinctes et d'organiser un dispositif de coordination entre elles. Le décloisonnement s'opère donc dans ce cas autour d'une parfaite coordination de la ville avec l'hôpital. Pour n'en citer que quelques autres : le programme Prado, mis en œuvre en 2010 et visant à améliorer le retour à domicile ; les dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (DAC[5]) unifiant les anciens réseaux de santé et les plateformes territoriales d'appui (PTA) et méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les coordinations territoriales d'appui du programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) ou encore des projets innovants expérimentaux d'amélioration de la coordination « ville-hôpital » financés par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. SCHÉMA 1

Reste que la multiplicité de ces dispositifs de « coordination monothématique » conduit inéluctablement à des redondances et à de la concurrence. Elle ne facilite pas non plus une bonne identification des acteurs et des projets dans les territoires. Une simplification globale de la coordination des parcours de soins, de la prévention au soin curatif, s'impose. Les enjeux de santé publique de la population, mais également plus cyniquement les enjeux sociaux, économiques et financiers eu égard au déficit abyssal de l'assurance maladie, rendent cette avancée indispensable.

Une multitude de statuts freinant les coopérations

La diversité d'acteurs et de « projets de santé » doit, en outre, se conjuguer avec une diversité de statuts des professionnels de santé coopérant sur le territoire. Sans être exhaustif, peuvent être cités :

- le statut de praticien hospitalier ;
- le praticien contractuel qui connaît quatre motifs de recrutement et des modalités de rémunération différentes suivant le motif retenu ;
- les fonctionnaires hospitaliers ;
- les agents contractuels hospitaliers ;
- les fonctionnaires territoriaux ;
- les agents contractuels territoriaux ;
- les professionnels de santé libéraux ;
- les professionnels de santé salariés de droit privé régis par diverses conventions collectives, etc.

Décloisonner, c'est ainsi aussi apprendre pour les gestionnaires à jongler avec cette diversité de statut, source d'une grande complexité dans le cadre de la gestion de la ville et l'hôpital, mais également source de tension entre équipes. Cette situation est régulièrement pointée du doigt comme un frein au décloisonnement ville-hôpital. Il demeure en effet toujours délicat de faire travailler des équipes ensemble sur un projet commun et, *in fine*, les rémunérer différemment pour un même travail.

L'organisation de temps de travail est également loin d'être neutre. Le régime juridique applicable à l'organisation du temps de travail aux personnels de droit public et aux personnels de droit privé diffère lui aussi. Si la durée hebdomadaire habituelle de travail est identique dans le privé et dans le public, la durée annuelle effective de travail des salariés à temps complet du secteur privé est supérieure à celle des agents de la fonction publique (1 699 heures contre 1 606)[6]. Cette différence est encore plus prégnante lorsqu'il s'agit de la comparer à l'activité des professionnels de santé libéraux.

Quelles pistes et perspectives au décloisonnement ville-hôpital ?

Le rôle pivot des hôpitaux de proximité

En matière de parcours de santé de premier recours, faire des hôpitaux de proximité l'ancrage de la coopération territoriale donnerait au décloisonnement ville-hôpital une réelle effectivité.

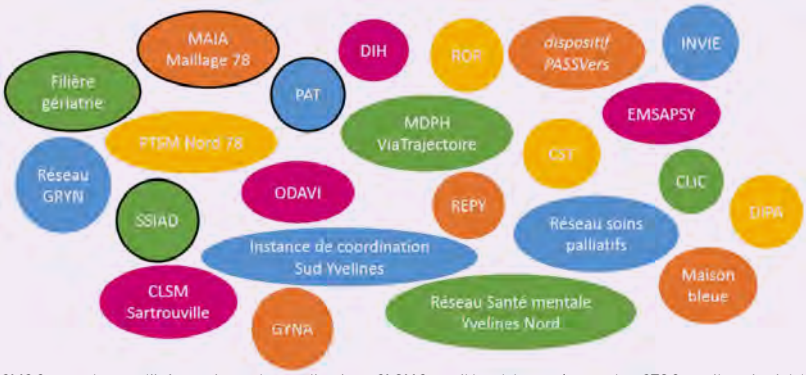
L'exemple du Pôle Santé de Renazé (53) constitue une véritable référence en matière de décloisonnement de partenariat efficient ville-hôpital. Cette coopération a été mise en place pour répondre à des problématiques aiguës de démographie médicale et paramédicale sur le territoire. La communauté des

praticiens libéraux s'est ainsi organisée pour assurer la permanence des soins avec l'hôpital de proximité. Plus d'une soixantaine de professionnels de santé libéraux se sont ainsi rassemblés au sein d'un GCS dont sont également membres la Mutualité française Anjou-Mayenne et l'hôpital de proximité, le centre hospitalier public local du Sud-Ouest mayennais (CHLSOM). Les professionnels de santé libéraux se sont installés dans des locaux, construits par la communauté de communes de Craon, dans l'enceinte de l'hôpital. Au rez-de-chaussée du bâtiment se trouvent des services médico-sociaux (centre local d'information et de coordination [CLIC], Association de service de maintien à domicile [ASMAD], médecine du travail et scolaire…) mais aussi un cabinet dentaire et un cabinet pour les consultations avancées de spécialistes. Comme le soulignent les partenaires, le regroupement sur le même site favorise indéniablement une meilleure coordination des soins entre les acteurs. Deux chefs de clinique, attirés par le concept innovant du projet, sont d'ailleurs venus, en renfort à mi-temps au Pôle Santé[7], témoignant de l'effectivité de cette coopération ville-hôpital. Cet exemple fait cependant figure, à ce jour, d'exception. Pour que ce type de coopération efficient de part et d'autre puisse plus facilement être dupliqué, il serait intéressant de revoir les modes d'organisation des hôpitaux de proximité et d'oser une véritable gouvernance de proximité[8] en ouvrant les instances aux acteurs de soins primaires ambulatoires (CPTS, MSP, ESS…), du médico-social et des collectivités territoriales et du GHT concerné. À ce titre, inclure au sein du conseil de surveillance des hôpitaux de proximité un représentant de la médecine de ville faciliterait les liens ville-hôpital dans l'intérêt de la politique territoriale de santé.

Déverrouiller les freins statutaires

Des évolutions doivent également être menées sur le plan de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels de santé. L'hôpital de proximité, en zone périurbaine ou rurale de faible capacité de lits et places, souvent sur plusieurs sites, est confronté au premier chef aux difficultés d'attractivité médicale et peine à recruter des médecins en exercice mixte du fait des limites statutaires et financières des agents publics hospitaliers. Les hôpitaux de proximité pourraient donc être le lieu privilégié d'expérimentation statutaire permettant de déverrouiller les freins statutaires en termes de rémunération, de cumul d'activités au regard des enjeux prioritaires et supérieurs de l'accès à un parcours de soins adapté. En l'état de la réglementation, le régime indemnitaire des médecins hospitaliers ne permet pas de valoriser de manière attractive les interventions en réseaux et en collaboration avec les acteurs de la médecine de ville dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des soins sur le territoire, notamment sur des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de suivi médical. À ce titre, la prime d'exercice territoriale est par exemple attribuée de manière trop restrictive et de manière décorrélée à la logique de la responsabilité populationnelle. Cette prime est en effet attribuée dans le cadre d'activité partagée auprès d'autres établissements publics de santé du territoire, notamment du GHT, ou auprès d'établissements de santé privés habilité à assurer des missions de service public hospitalier[9] ou encore au titre d'une activité ambulatoire hors établissement en zones d'offre de soins insuffisante déterminées par l'ARS[10]. Afin de faciliter les interventions sur le territoire, il serait opportun d'étendre le bénéfice de la prime d'exercice territoriale aux activités médicales de territoire assurées en partenariat avec les acteurs de la médecine de ville dans la dynamique de la responsabilité populationnelle. Une réflexion semblable gagnerait à être portée s'agissant de la prime de solidarité territoriale[11].

LES INSTANCES DE COORDINATION TERRITORIALE DES SOINS DANS LES YVELINES SCHÉMA 1



CLIC *Centres locaux d'information et de coordination* • ***CLSM*** *Conseil local de santé mentale* • ***CTS*** *Conseil territorial de santé* • ***DIH*** *Dispositifs intégrés handicap* • ***DIPA*** *Dispositif d'avance à destination des professionnels de santé* • ***EMSA PSY*** *Équipe mobile psychiatrie du sujet âgé* • ***GRYN*** *Groupement réseau Yvelines Nord* • ***GYNA*** *Groupement Yvelines Nord pour l'autonomie* • ***INVIE*** *Plateforme spécialisée dans les métiers d'aide à la personne* • ***MAIA*** *Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* • ***MDPH*** *Maison départementale des personnes handicapées* • ***PAT*** *Pôles Autonomie territoriaux* - ***ODAVIE*** *Service d'orientation d'aide à la personne* • ***PTSM*** *Projet territorial de santé mentale* • ***REPY*** *Réseau de santé tri-thématique : gérontologie, cancérologie, soins palliatifs* • ***ROR*** *Répertoire opérationnel des ressources* • ***SSIAD*** *Services de soins infirmiers à domicile*

Source : Dr Olivier Richard, chef de service du Samu des Yvelines, « Hôpital : sortir des urgences », rapport de commission d'enquête, Sénat, n° 587 (2021-2022), tome I, 29 mars 2022.

3. Rapport du Sénat fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, mars 2022.
4. Issue de l'article 28 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.
5. Art. L.6327-1 CSP.
6. Vues d'ensemble 160 - Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2023.
7. « Un pôle santé pour garantir une médecine de proximité », *Ouest France*, 10 octobre 2012.
8. *Cf.* article du cabinet Houdart et Associés.
9. Notamment art. R. 6152-4 et D.6152-23-1 4° CSP, arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.
10. Art. L.1434-4 CSP.
11. Art. D.6152-23-1 4° d) CSP.

En définitive, les freins que la rémunération statutaire porte au décloisonnement ville-hôpital devraient pouvoir être levés si les pouvoirs publics acceptaient de desserrer le joug jacobin et de laisser une marge d'autonomie aux établissements publics de santé dans la détermination du régime indemnitaire de leurs professionnels, à l'image des collectivités territoriales. À n'en pas douter, le coût résultant de la valorisation des professionnels investis dans l'amélioration de la pertinence des parcours de santé sur le territoire serait, à court, moyen et long termes, largement amorti par la diminution des coûts significatifs supportés par l'assurance maladie liés aux maladies chroniques complexes (obésité, insuffisance cardiaque, vieillissement de la population, etc.).

Une harmonisation des statuts de professionnels de santé coopérant sur le territoire

Enfin pour faire vivre la responsabilité populationnelle et permettre l'effectivité d'un décloisonnement ville-hôpital, une nouvelle réflexion devra être portée sur le point névralgique de l'harmonisation des rémunérations entre professionnels de santé des différents secteurs : ville, hôpital, établissements médico-sociaux, collectivités territoriales.

L'exemple du régime dérogatoire à cet égard des plateaux d'imagerie médicale mutualisés (PIMM) est intéressant et gagnerait à être dupliqué à d'autres domaines, telles la cardiologie ou l'ophtalmologie. En créant les PIMM, le législateur a doté les territoires de santé d'un outil de gestion et de mutualisation des ressources des services d'imagerie, permettant notamment de renforcer l'attractivité des postes hospitaliers publics par la possibilité de déroger avantageusement aux règles statutaires de rémunération. Le PIMM a pour finalité de renforcer les ressources médicales et non médicales disponibles en matière de radiologie entre la ville et l'hôpital pour proposer des organisations renforcées et structurées de radiologie au niveau du territoire. Le modèle économique du PIMM offre la possibilité de redéfinir l'utilisation des ressources financières issues de l'activité d'imagerie pour proposer aux praticiens du secteur public des rémunérations convergentes avec celles du secteur libéral considérées comme plus attractives. Le modèle permet en outre de renforcer l'activité via la couverture de plages d'activité complémentaires facilitant un meilleur accès de la population aux examens d'imagerie.

La simplicité d'une coopération conventionnelle pour le PIMM présente cependant des limites certaines lorsqu'il est prévu la constitution d'équipes médicales communes (publique-privée) puisqu'un PIMM structuré par une simple convention ne permettra ni la mise à disposition statutaire de fonctionnaires ou de contractuels en CDI auprès des partenaires privés des établissements publics de santé, sauf à ce que ces derniers exercent une « mission de service public », ni la mise à disposition statutaire d'agents contractuels en CDD. Donner au PIMM la forme juridique d'un groupement ayant la personnalité morale tel que le GCS ouvre une simplicité de gestion des professionnels de santé publics par leur mise à disposition fonctionnelle qui, couplé à la possibilité d'organiser conventionnellement avec l'approbation de l'ARS une rémunération dérogatoire sur mesure harmonisée entre ville-hôpital ouvre des perspectives très favorables à l'effectivité d'un décloisonnement ville-hôpital. Ce modèle mériterait d'être étendu.

Le GHT, un outil qui doit s'ouvrir à la ville

De la même manière, faciliter le décloisonnement ville-hôpital, et par suite le parcours de soins de la population sur le territoire, requiert que les acteurs de santé ambulatoires aient une place dédiée au sein du GHT qui coordonne des soins de premier et second recours. Il est en effet regrettable, comme le relève la Cour des comptes dans son enquête relative aux GHT, que « *le lien avec les acteurs de ville soit totalement absent du schéma constitutif des GHT* ». La Cour des comptes retenait que les avantages de la stratégie de gradation des soins du GHT « *ne manqueront pas d'être neutralisés par le maintien du cloisonnement entre hôpital, soins de ville et médico-social, aggravé d'un creusement de l'opposition privé/public* ».

Un comité de la responsabilité populationnelle pourrait être créé à ce titre. Ce comité intégrerait les différents acteurs de la ville du territoire qui mènerait de concert une réflexion dans le cadre du projet médical partagé, en cohérence avec la responsabilité populationnelle. La même réflexion doit naturellement s'opérer avec le secteur social et médico-social. La création de ce comité répondrait aux préoccupations de la commission des affaires sociales du Sénat, qui estimait encore en 2020 que le « *degré de coopération avec les GHT demeure préoccupant* » s'agissant du lien avec les CPTS[12]. Outre les enjeux d'exercice mixte, d'autres tels que l'amélioration de la politique de santé au travail territoriale pourraient être travaillés dans le cadre des GHT en lien avec la médecine de ville au regard de la pénurie de médecins du travail et des fortes problématiques d'absentéisme des professionnels de santé[13]. L'inclusion des acteurs de santé ambulatoires dans le schéma constitutif GHT donnerait

des conditions favorables à l'élaboration d'un projet de santé unique du territoire, pouvant remédier aux cloisonnements résultant de la juxtaposition des projets de santé[14].

Un véritable projet unique de territoire, porteur de la responsabilité populationnelle

Le décloisonnement ville-hôpital n'apparaît pas pouvoir faire l'impasse sur la nécessité de revoir la juxtaposition des projets de santé sur le territoire. Un projet de santé unique du territoire porté par les acteurs de terrain de notre système de santé serait un outil majeur (sanitaire, social, médico-social, éducation, usagers-patients, élus locaux, justice…). Pour éviter d'ajouter une strate à l'édifice, le projet territorial de santé, actuellement initié par les CPTS[15], pourrait être revu.

Dans ce cas, il conviendrait de revoir ses modalités d'élaboration afin que ce dernier puisse réellement émaner de l'ensemble des acteurs de santé du territoire, à l'instar du projet territorial de santé mental (PTSM) qui réunit pour son élaboration tous les acteurs, privés et publics, collectivités territoriales, établissements de santé, acteurs du premier recours, établissements médico-sociaux, usagers, justice, éducation, etc.

Il pourrait être à l'initiative du conseil territorial de santé, qui regrouperait tous les acteurs d'un territoire, bassin de vie. Ce projet unique de territoire pourrait ensuite se décliner dans chacun des projets de santé des acteurs du territoire (GHT, CPTS, médico-social, établissement de santé privé, etc.), et pour le territoire concerné. Ce projet unique doit être dans la graduation des soins le projet du premier recours et définir son articulation avec les deux autres niveaux de recours. Il serait ainsi le socle commun à l'ensemble des acteurs, sur la base duquel chaque acteur déclinerait ensuite son champ de compétence.

Le décloisonnement ville-hôpital, présenté comme un des enjeux majeurs de notre système de santé, ne peut réellement devenir efficient sans une volonté commune d'optimisation des dispositifs de coordination, d'harmonisation des projets de santé sur le territoire et des statuts des professionnels de santé. ■

12. Rapport d'information n° 22 (2020-2021) d'Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 octobre 2020, sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux groupements hospitaliers de territoire.
13. *Cf.* « Enjeux de santé au travail à l'ère du GHT et de l'après-Covid », *RHF*, n°601, juillet-août 2021.
14. Art. L. 1434-10 CSP.
15. Art. L.1434-10 III CSP.

NOUVEAUTÉS

La médecine de santé publique
Une pratique singulière au service des populations
Sylvain **Gautier** (dir.), Lætitia **Satilmis** (dir.),
Préface de François ***Bourdillon***
296 p. • 28 €

Perturbateurs endocriniens
Vers une meilleure prévention des expositions
Nathalie **Bonvallot** (dir.)
Préface de Christian ***Rabaud***
264 p. • 40 €

Une démarche inédite de réflexion sur cette discipline

Les médecins de santé publique occupent une place singulière en ce qu'ils appartiennent à deux univers souvent présentés comme antagonistes : issus du monde du soin, ils se destinent à des activités « au-delà du lit du malade », au service d'un meilleur état de santé pour le plus grand nombre. Cet ouvrage se destine aux médecins de santé publique actuels et futurs, et plus largement aux professionnels du monde de la santé.

Un nouveau guide indispensable aux professionnels de santé

Depuis le début du 20e siècle, l'usage des substances chimiques dans la vie quotidienne n'a fait que croître. Cet ouvrage est conçu pour permettre de comprendre les enjeux liés aux substances chimiques, en particulier les perturbateurs endocriniens. Structuré en 19 fiches, il propose des outils pratiques permettant de repérer ces substances chimiques, d'analyser les situations les plus à risque, et d'agir en matière de prévention pour réduire les expositions de la population.

PRESSES DE L'EHESP
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Ouvrages disponibles en librairie ou auprès de l'éditeur
commande-presses@ehesp.fr

Pour en savoir +
Consultez des extraits sur notre site
presses.ehesp.fr

Plateau d'imagerie médicale mutualisé

Garantir une offre en imagerie publique sur le territoire basco-landais

Léa THUILLEAUX Directrice référente du PIMM basco-landais
Nicolas MACCOTTA Contrôleur de gestion du PIMM basco-landais
Philippe DEHEZ Cadre de pôle, pôle inter-établissement d'imagerie, centre hospitalier de la Côte Basque
Frédéric MARTINEAU Chef du pôle imagerie du centre hospitalier Côte-Basque, Bayonne

Projet lauréat *ex æquo* du prix « Attractivité médicale » 2024, organisé par la FHF, en partenariat avec MNH et Relyens.

Depuis février 2022, les centres hospitaliers de Mont-de-Marsan, Dax, Bayonne et Saint-Palais ont mis en place un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM), suite à la difficulté croissante à maintenir une prestation radiologique publique sécurisée, de qualité et pérenne sur les territoires concernés.

L'idée de mettre en place un plateau d'imagerie médicale mutualisé (PIMM) s'est imposée face à la raréfaction de la ressource médicale en radiologie sur le territoire landais et les difficultés à assurer une prestation en imagerie publique sur le territoire de proximité du Pays basque intérieur. Les équipements lourds étaient disséminés sur les territoires basque et landais, avec des flux de patients venant de bassins de populations proches, ce qui a nécessité une coordination et une homogénéisation des prises en charge en évitant un non-accès à une expertise radiologique publique. L'imagerie, sur ces mêmes territoires, fait l'objet d'une forte concurrence privée-publique, exacerbée par la modification profonde des régimes d'autorisation et impactant fortement l'attractivité médicale dans nos établissements. Ces différents facteurs ont concouru à la création de ce dispositif appuyé par la volonté des différentes équipes de construire un projet médico-soignant global et cohérent[1].

Le projet médico-soignant du PIMM a donc pour objectif de garantir une offre en imagerie publique pour un bassin de population de 700 000 habitants s'articulant autour d'une permanence des soins en établissements de santé (PDSES) commune par téléradiologie et des vacations sur-spécialisées à Dax, Mont-de-Marsan et Saint-Palais, assurées par des radiologues (venant principalement de Bayonne, où ils sont plus nombreux). L'équipe médicale s'est engagée à améliorer le partage d'expertises et de compétences au bénéfice des patients en ayant une réflexion commune sur les recrutements médicaux potentiels afin d'éviter une concurrence public-public.

Les trois piliers organisationnels du projet

>> Des vacations assurées en présentiel

Les praticiens membres du PIMM se sont engagés à se rendre dans les centres hospitaliers de Dax, Mont-de-Marsan et Saint-Palais pour assurer des vacations en jour ouvrable, moyennant une surrémunération forfaitaire à type de plages additionnelles (deux plages de temps de travail additionnel [TTA] par jour de déplacement). Les vacations sont « sur-spécialisées » (neuroradiologie, digestif, urologie, cardiologie, pelvienne), avec une périodicité de un jour par semaine ou toutes les deux semaines.

>> Participation à la PDSES diagnostique

Deux radiologues assurent tous les jours de la semaine, de 20h à 8h, à partir de Bayonne et dans un espace dédié, l'interprétation en téléradiologie de l'ensemble des examens d'imagerie réalisés en urgence, dans chacun des établissements. De façon concomitante, les radiologues de garde donnent, via une interface dédiée, un avis sur la pertinence de l'examen demandé en imagerie en coupe en amont de sa réalisation. L'examen peut être validé, refusé ou modifié après échange téléphonique avec le prescripteur. Cette procédure peut être considérée comme correspondant

1. Le PIMM a été autorisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine par décision 2019-170 du 21 août 2019, avec un lancement effectif le 28 février 2022.

à une pertinence des actes « a priori ». Cette démarche est tracée, analysée régulièrement dans le cadre d'un travail collaboratif avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur la pertinence des actes en imagerie et elle est grandement facilitée par l'existence d'un Picture Archiving Communication System (PACS) commun sur les quatre établissements, avec historique radiologique. Chaque praticien bénéficie d'une sur-rémunération de la garde sous forme de deux plages de TTA et d'un repos de sécurité le lendemain. La périodicité est de trois à quatre gardes par mois. FIGURE 1

>> Une optimisation des vacations programmées

Cette optimisation, dite « vacation vespérale », a lieu en fin de journée de 17h à 20h du lundi au vendredi, l'interprétation étant faite également en téléradiologie le plus souvent par un des deux radiologues de garde à partir de 20h. Cette organisation permet de pallier une faible occupation de ces créneaux et participe au financement des surcoûts du PIMM en générant des recettes externes.

Refacturation entre établissements

Plusieurs circuits de refacturation entre établissements coexistent au sein du PIMM. Les dépenses de permanence des soins sont centralisées par le CH de la Côte Basque, puis réparties au prorata de l'activité de chaque établissement en PDS et en activité vespérale. En parallèle, le praticien réalisant une vacation en territorialité se voit payer son traitement et la sur-rémunération de deux plages de TTA par son établissement de rattachement et ce dernier se fait rembourser ces dépenses par l'établissement demandeur de la sur-spécialité.

Ressources humaines du dispositif

>> Personnel paramédical

Ce dispositif a été mis en place à effectif constant du fait de l'absence de vacance de poste en manipulateur radio, et ce sur les quatre établissements. En revanche, le PIMM a demandé une forte implication des cadres médico-techniques, des contrôleurs de gestion et des informaticiens sur les territoires concernés dans le but d'optimiser les filières de soins et l'homogénéisation des pratiques. La mise en place d'un PACS territorial pour la pratique de la téléradiologie et un logiciel partagé d'analyse des activités sont indispensables pour ce type d'organisation.

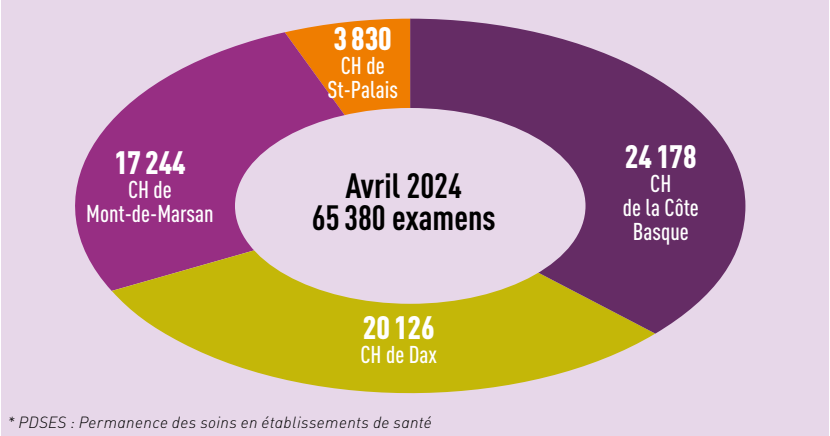
>> Personnel médical

Afin de mettre en place une équipe territoriale en capacité d'assumer l'activité sur chaque site et sur le territoire du PIMM, il a été nécessaire de recruter avec des profils de sur-spécialités. À ce jour, cinq recrutements ont été effectués sur Bayonne, un à Dax, deux à Mont-de-Marsan. Comme attendu, mais non sans appréhension, le PIMM s'est avéré une organisation innovante, avec un fort potentiel d'attractivité. Après deux ans de fonctionnement, trois points forts du PIMM sont à retenir :

- la possibilité pour les jeunes praticiens de pratiquer une « sur-spécialité », et ce au sein d'une équipe territoriale déjà sur-spécialisée qui va les accompagner pour consolider les filières de soins ;
- un partage de la pénibilité de la PDSES. La mise en place d'une équipe territoriale de 26 radiologues participant à la garde diminue la fréquence de ces dernières. La PDS à deux radiologues permet également un échange sur les dossiers complexes ;
- une valorisation financière, avec reconnaissance d'un travail territorial au travers des TTA lors des déplacements sur les différents sites et lors des gardes.

La mise en place de ce type d'organisation innovante sur un territoire comprenant deux GHT dans deux départements, avec un projet médico-soignant s'articulant sur la sur-spécialité et la PDSES par téléradiologie, montre à la fois une amélioration de l'efficience, de la pertinence et de la qualité de prise en charge des patients et une nette attractivité. Il est toutefois nécessaire de remplir certaines conditions, tels un projet médico-soignant et des profils de poste clairs dès le départ, avec un souci d'équité pour chaque acteur. Il reste aussi la problématique du modèle médico-économique durable du PIMM qui reste à déterminer, en lien avec les autorités de tarification (ARS et assurance maladie) : problématique qui n'est pas à ce jour traitée dans le cadre du PIMM. Notre expérience consolidée sur deux ans prouve que ce dispositif peut contribuer à inverser la tendance et améliorer l'attractivité médicale dans nos hôpitaux pour une spécialité en grande difficulté. ■

ACTIVITÉ PDSES* DEPUIS FÉVRIER 2022 FIGURE 1



** PDSES : Permanence des soins en établissements de santé*

Projet PLUTON

Agir contre la désertification médicale en psychiatrie

Mathilde HORN Professeure des universités-praticien hospitalier, université de Lille

CHU de Lille, EPSM Lille Métropole, EPSM des Flandres

Projet lauréat *ex æquo* du prix «Attractivité médicale» 2024, organisé par la FHF, en partenariat avec MNH et Relyens.

Le projet de liaison universitaire du territoire du Nord (Pluton) vise à repenser le soin, les carrières médicales et la formation afin de lutter contre la désertification médicale des zones rurales et semi-rurales en psychiatrie. Pluton a pour ambition de développer des soins complémentaires à ceux existants, tout en favorisant les liens avec l'hôpital général. Ce projet propose le développement d'une activité de recherche spécifique au territoire. Il a déjà permis le recrutement de plusieurs médecins et suscite l'intérêt des internes, nombreux à choisir d'y effectuer un stage de formation.

La psychiatrie fait face à d'importantes préoccupations en termes de démographie médicale et paramédicale, qui n'épargnent pas la région des Hauts-de-France, au sein de laquelle plusieurs services se trouvent en grande difficulté pour maintenir leur activité clinique opérationnelle. En 2022, suite aux départs progressifs de différents psychiatres des services des établissements publics de santé mentale (EPSM), trois services de psychiatrie du Nord, dans des zones géographiques contiguës (Armentières et les Flandres intérieures) voient rapidement chuter leur nombre de médecins, se trouvant alors dans l'incapacité d'assurer la permanence des soins. Sollicitée dans ce contexte, l'agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France prend la décision de délocaliser les lits d'hospitalisation de deux de ces secteurs afin de regrouper l'ensemble de l'activité hospitalière sur un même site (Armentières). Ce regroupement apparaît alors comme une occasion de proposer un projet innovant, en lien avec le CHU et l'université de Lille, visant à repenser le soin, les carrières médicales et la formation initiale et continue.

C'est ainsi que, après un an de mobilisation des acteurs concernés, émerge le projet de liaison universitaire du territoire du Nord (Pluton), associant les trois secteurs de psychiatrie (59G05, 59G06, 59G07) à un quatrième secteur géographiquement voisin (59G08), et dépendant du CHU de Lille. **FIGURE 1**

Réorganiser les soins

Le projet Pluton a pour ambition de proposer une offre de soins en psychiatrie complémentaire à celle déjà proposée sur les secteurs concernés et organisée en filières de soins, tout en favorisant les liens avec les hôpitaux généraux du territoire (CHU de Lille, centres hospitaliers d'Armentières et Hazebrouck). Cette organisation vise ainsi à répondre à deux enjeux majeurs : assurer des soins de qualité, tout en suscitant l'intérêt des médecins. Deux activités nouvelles sont alors proposées :

- des soins de recours sous forme de filières, à proximité des lieux d'habitation des patients et dispensés sur les structures de secteur et par les médecins des secteurs ;
- des soins coordonnés et intégrés aux soins physiques afin de favoriser une approche globale de la santé et concertée avec les autres spécialités.

>> Filières de soin

Plusieurs filières de soins ont été définies, basées sur une approche par pathologie ou par mode de prise en charge (troubles du comportement alimentaire, TDAH, troubles pharmaco-résistants, troubles de stress post-traumatique complexe, premier épisode psychotique, thérapie cognitivo-comportementale). Leur objectif est d'enrichir l'activité de secteur en

mutualisant les compétences professionnelles sur le territoire concerné par le projet Pluton. Chacune de ces filières de soins est coordonné par un soignant et accessible à l'ensemble des patients du territoire, indépendamment de leur secteur d'origine. Les patients intégrant ces filières de soins bénéficient pour un temps limité d'une prise en charge spécifique en lien avec une problématique identifiée par le médecin de secteur référent. Au-delà de proposer des soins personnalisés, ces filières de soins sont susceptibles de favoriser l'attractivité des soignants, qui pourront y voir une opportunité de développer une compétence en bénéficiant de temps de consultation spécifiquement dédié à leur champ d'expertise.

>> Activité de liaison

Trois hôpitaux généraux se situent sur le territoire concerné par le projet Pluton FIGURE 1. Le CHU de Lille possède une équipe de psychiatrie de liaison dédiée à l'évaluation et à la prise en charge des troubles psychiatriques des patients hospitalisés dans les services de médecine, chirurgie ou soins de suite. Dans le cadre du projet Pluton, cette activité de psychiatrie de liaison est en cours de développement sur le CH d'Armentières et l'hôpital d'Hazebrouck. Dans un souci constant d'intégrer l'ensemble de cette nouvelle activité à l'activité de secteur en place, cette mission a été confiée aux internes de psychiatrie en stage sur les secteurs, sous la supervision d'un psychiatre responsable de l'activité de psychiatrie de liaison du territoire. Cette activité de liaison vise à détecter de manière précoce les troubles psychiatriques mais également d'intégrer soins physiques et soins psychiques de manière plus régulière pour les patients du territoire.

Repenser les carrières médicales

Réfléchi en étroite concertation avec l'association des internes en psychiatrie de la région, ce projet s'est également donné pour mission de proposer des conditions d'exercice favorables et attractives pour les jeunes psychiatres diplômés. Il est apparu des différents temps d'échanges, que les conditions jugées optimales pour exercer leur métier étaient celles permettant de proposer des soins surspécialisés en lien avec les formations complémentaires souvent réalisées dans le cadre des formations spécifiques transversales (FST), des diplômes d'université et autres formations diplômantes, tout en gardant un lien avec les confrères d'autres spécialités. L'organisation de filières de soins et le développement d'une activité de psychiatrie de liaison en lien avec les trois hôpitaux généraux semblent répondre à ces attentes.

Développer une activité de formation et de recherche

De manière complémentaire, et coordonnée par les médecins universitaires du projet, une activité de formation a été mise en place. Celle-ci est destinée aux internes de psychiatrie afin de leur assurer une formation initiale dans le cadre de leur stage. Elle se décompose actuellement sous la forme de présentations de cas cliniques, avec discussion appuyée sur les données de la littérature et des enseignements plus théoriques de médecins seniors. Des séminaires de formation continue sont également dispensés dans le

TERRITOIRE CONCERNÉ PAR LE PROJET PLUTON FIGURE 1

ETABLISSEMENTS DE RATTACHEMENT

- EPSM agglomération lilloise (St-André-lez-Lille)
- EPSM départemental de l'Aisne (Prémontré)
- EPSM des Flandres (Bailleul)
- EPSM Lille-Métropole (Armentières)
- EPSM Val de Lys-Artois (St-Venant)
- CH Isarien EPSM de l'Oise (Clermont)
- CH Abbeville
- CH Arras
- CH Bapaume
- CH Boulogne-sur-Mer
- CH Calais
- CH Cambrai
- CH Denain
- CH de l'arrondissement de Montreuil (Rang-du-Fliers)
- CH Douai
- CH Fourmies
- CH Hénin-Beaumont
- CH Lens
- CH Montdidier
- CH Péronne
- EPSM Somme
- CH Valenciennes
- CH Saint-Quentin
- CH Maubeuge
- CH Somain
- CH St-Amand-les-Eaux
- CHU de Lille
- Centre de psychothérapie les Marronniers (Bully les Mines)

cadre du projet, ouverts à l'ensemble des professionnels du territoire, visant à faire monter en compétence l'ensemble des soignants des secteurs concernés.
Un partenariat avec la fédération régionale de recherche en santé mentale des Hauts-de-France (F2RSMPsy) et le laboratoire Inserm Lille Neuroscience & Cognition a été engagé afin de développer une activité de recherche spécifique au territoire, dont la population est souvent oubliée des études, qui sont principalement réalisées dans les centres universitaires.
Les enjeux majeurs de l'activité de recherche de ce projet sont de permettre, grâce aux outils d'évaluations, une cartographie de l'état de santé mentale de la population de ce territoire, mais également de promouvoir la culture de l'évaluation standardisée des pathologies, de leur évolution, de l'efficacité de leur prise en charge. Ces travaux de recherche s'intégreront également dans des projets menés à plus grande échelle sur l'ensemble de la région, notamment par la F2RSMPsy.

Création d'un centre d'évaluation et de recherche en santé mentale

L'activité de recherche se développera dans les locaux de l'EPSM des Flandres, laissés vacants suite aux déménagements des lits d'hospitalisation. L'objectif est de développer une activité clinique ambulatoire sur ce site afin de permettre à la population locale de bénéficier d'expertises cliniques à proximité. Les soins proposés dans le cadre des filières pourront être effectués dans cette structure de soins ambulatoires. Cette approche a pour vocation de réduire la tension sur les structures centralisées mais surtout de rester au plus près des besoins de la population, afin de garantir des soins personnalisés. Notre ambition est alors d'adosser l'activité de recherche aux filières de soins, afin de proposer aux patients la participation à des protocoles de recherche de manière complémentaire aux soins de recours proposés dans le cadre des filières de soins. Les internes interviendront également dans cette unité afin d'être formés à des prises en charge spécialisées telles que proposées au sein des filières, tout en bénéficiant d'une formation à la recherche.

Bilan de l'activité

Le projet n'existe formellement que depuis un an, toutefois un certain nombre d'avancées a déjà pu être réalisé, laissant présager un futur prometteur. **FIGURE 2**

>> Attractivité médicale

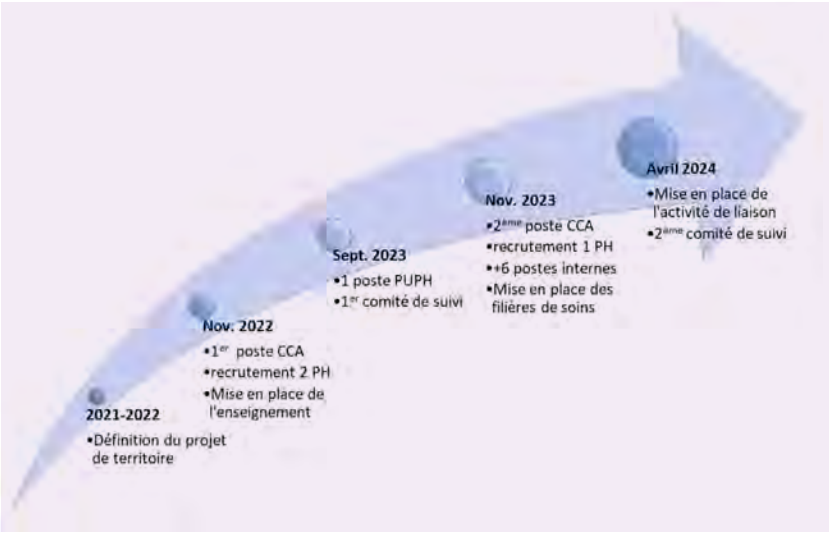
Depuis la présentation du projet Pluton, deux postes de chef de clinique, ouverts par l'université de Lille et la région Hauts-de-France ont été pourvus, trois médecins ont été recrutés sur des postes de praticien hospitalier. Six postes supplémentaires d'internes ont également été déployés sur le projet, qui sont tous pourvus à chaque répartition de stage. Deux internes ont confirmé leur intérêt de rejoindre le projet dès la fin de leur internat.

>> Formation et recherche

Les activités de formation suscitent l'intérêt des internes mais également des soignants des secteurs, puisque les séminaires organisés affichent un nombre d'inscriptions supérieur aux capacités d'accueil. Le nombre de ces séminaires est ainsi amené à augmenter afin de permettre à tous les soignants de bénéficier de ces enseignements. Concernant l'activité de recherche, plusieurs réponses à des appels à projets ont été déposées, qui visent à financer la réalisation d'études. L'obtention des autorisations devrait permettre de débuter ces travaux prochainement.

Ce projet universitaire de territoire nous apparaît comme une réponse évidente à la situation sanitaire actuellement observée sur ce territoire. Initialement établi sur un besoin de pallier une désertification médicale, Pluton s'est progressivement structuré, avec pour ambition de reconsidérer l'organisation des soins psychiatriques, en maintenant la structuration des soins de secteurs, tout en les enrichissant d'une activité universitaire dans les différents domaines clinique, de recherche et d'enseignement. Ainsi mis en place, ce projet propose de manière originale une universitarisation d'un territoire de santé rural. Fort de son succès, il est amené à être reproduit sur d'autres territoires en France. ■

CALENDRIER DE LA MISE EN PLACE DU PROJET PLUTON **FIGURE 2**



Pharmacies à usage intérieur
Modernisation et territorialisation comme levier d'attractivité

Dr Magali BOURDELIN Pharmacien chef de service, vice-présidente de la CME
Julie ZIMMERMANN et **Anne METZINGER** Directrices générales adjointes
Hôpitaux Nord-Ouest (HNO) Villefranche-sur-Saône

Projet lauréat *ex æquo* du prix « Attractivité médicale » 2024, organisé par la FHF, en partenariat avec MNH et Relyens.

Depuis 2018, les Hôpitaux Nord-Ouest (HNO) ont lancé un projet visant à moderniser et à territorialiser leurs pharmacies à usage intérieur (PUI). Cette démarche repose sur la robotisation et l'organisation d'une équipe médicale pharmaceutique sur cinq sites. Investir dans des équipements de pointe pour optimiser la gestion des médicaments a permis de fédérer ce collectif. La présence d'une équipe pharmaceutique de territoire est un véritable levier managérial démontrant son efficacité et son impact sur la qualité des soins.

Quels défis a rencontrés la gouvernance des Hôpitaux Nord-Ouest (HNO) lors du déploiement du projet de robotisation dans les processus de dispensation des médicaments, et comment ont-ils été surmontés ? En quoi l'implication des équipes médicales dès le début du projet a-t-elle été cruciale pour le succès de cette initiative, quel retour d'expérience peut être partagé ou peut s'appliquer pour d'autres établissements de santé ? Quel est l'impact de cette modernisation sur l'attractivité professionnelle des pharmaciens, en particulier des jeunes collaborateurs, et comment cela a-t-il contribué à la fidélisation du personnel et à la sécurisation des postes ? Comment le déploiement de cette approche innovante a-t-il permis d'optimiser les flux pharmaceutiques, d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients ? Nous allons tenter de répondre à ces questions grâce au retour d'expérience de la démarche mise en œuvre dès 2018 au sein des HNO, qui regroupe cinq établissements en direction commune au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) Rhône Nord Beaujolais Dombes. L'hôpital Nord-Ouest Villefranche-sur-Saône (HNOV) est l'établissement support à la fois de la direction commune et du GHT qui intègre sept établissements (HNO Villefranche-sur-Saône, HNO Tarare-Grandris, HNO Trévoux, HNO Belleville, HNO Beaujeu, CH de St-Cyr-au-Mont-d'Or et CH Beaujolais Vert) pour un total de près de 3000 lits.

Robotisation et territorialisation

>> Modernisation de l'activité pharmaceutique

Le GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes s'est engagé en 2018 dans un projet de modernisation (robotisation) et de territorialisation de son activité pharmaceutique, faisant de cette démarche à la fois un des axes majeurs et structurants du projet médico-soignant partagé de territoire et l'opportunité de déployer une dynamique territoriale pour les équipes médicales mobilisées collectivement. Ce dispositif s'inscrit dans un projet pharmaceutique territorial articulé autour d'une démarche de robotisation de la dispensation nominative des traitements.

Ce projet de robotisation de la préparation des traitements patients, sous forme de piluliers ou de clips, concerne l'ensemble des établissements du GHT. Il s'articule autour d'une mutualisation de la production des doses unitaires sur le site de Villefranche-sur-Saône pour l'ensemble du périmètre GHT, et la présence d'automates de dispensation (format clips ou piluliers) sur différents sites du GHT. Cette démarche structurante, dans laquelle l'ensemble des équipes pharmaceutiques est engagé depuis la construction du projet, participe d'une dynamique territoriale, orientée vers une modernisation et une optimisation des flux pharmaceutiques, en lien avec l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Débuté en novembre 2022, le déploiement de cette robotisation nominative de type surconditionnement est à ce jour actif sur un périmètre de 245 patients des secteurs SMR (soins médicaux et de réadaptation), UCC (unité cognitivo-comportementale), USLD (unités de soins de longue durée) et Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de Villefranche-sur-Saône et il se poursuit avec le lancement de la phase 2 du projet, pour le périmètre Tarare-Grandris, depuis février 2024.

>> Refonte des autorisations de PUI

En mars 2021, l'équipe pharmaceutique de Villefranche-sur-Saône a apporté un soutien nécessaire au centre hospitalier de Belleville (établissement partie du GHT mais non encore rattaché à la direction commune des HNO à cette date) en détachant un équivalent temps plein (ETP) de pharmacien suite à un départ dans cette équipe. Cette action allait marquer un jalon significatif dans le vaste projet de modernisation et de territorialisation de l'activité pharmaceutique au sein du GHT. En effet, cela a renforcé les synergies entre les établissements, en tant qu'initiative novatrice optimisant les services pharmaceutiques. Le détachement de cet ETP de Villefranche-sur-Saône vers Belleville a également souligné la volonté du GHT de répondre de manière proactive aux besoins spécifiques de chaque site hospitalier, renforçant ainsi la qualité des soins dispensés à l'échelle du territoire. La mise à disposition de l'équipe pharmaceutique de Villefranche-sur-Saône vers Belleville illustre donc l'évolution concrète de ce projet.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'AUTORISATIONS DES PUI

DU GHT RHÔNE NORD BEAUJOLAIS DOMBES DEPUIS MARS 2022 **FIGURE 1**

Source : GHT RNBD - mai 2024

Cette structuration innovante et saluée par l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes (AURA) constitue l'un des pivots de la refonte des autorisations, avec la mise en œuvre d'une autorisation de PUI multisite pour l'HNO Villefranche et ses sites de Belleville et Beaujeu, au moment de l'emménagement de la PUI de l'HNOV dans ses nouveaux locaux. Il est important de relever que l'équipe territoriale de pharmacie et l'autorisation de cette PUI multisite desservent également les sites privés d'Inicea et du centre médical Bayère installés dans les locaux de l'HNOV en 2022. Cette autorisation multisite a permis de rationaliser les modes de gestion de la PUI par une mise en commun progressive et la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, afin d'assurer une égalité d'accès aux soins, sécurisés et de qualité.

Équipe territoriale et engagement multisite

>> Expansion territoriale pharmaceutique : attractivité renforcée

Cette dynamique territoriale s'est renforcée avec l'intervention de pharmaciens de l'HNOV sur le site de Tarare-Grandris à partir de novembre 2023 et sur le site de Trévoux depuis mars 2024. L'attractivité médicale, en l'occurrence pharmaceutique, de ce déploiement territorial, s'applique à la fois aux jeunes collaborateurs assistants spécialistes et aux praticiens hospitaliers. Pour chacun des sites, elle concerne *a minima* trois pharmaciens intervenant depuis l'établissement support sur un autre site du GHT. Cela permet ainsi de créer une dynamique d'équipe, d'assurer la mise en œuvre d'une diversité de projets et de garder, pour les pharmaciens, une activité sur des secteurs spécifiques présents uniquement sur l'établissement support (chimiothérapies par exemple) avec maintien de l'attractivité liée à l'expertise et la surspécialité. Au total, dix pharmaciens de l'HNO Villefranche-sur-Saône sont aujourd'hui engagés sur un exercice territorial, avec une mise à disposition d'une partie de leur temps d'activité sur un autre site HNO et une intégration dans les instances locales. **FIGURE 2**

>> Dynamique pharmacie clinique : optimisation des prescriptions et valorisation pluridisciplinaire

En complément de la dynamique « projet » liée à la robotisation, la structuration de ce maillage territorial permet de développer d'autres axes d'activité pharmaceutique partagée, en particulier sur le volet pharmacie clinique. Le déploiement de revues de prescriptions permet d'optimiser,

dans une approche pluriprofessionnelle regroupant médecins gériatres, pharmaciens, cadres de santé et IDE, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé en réduisant notamment les médicaments potentiellement inappropriés, et participe ainsi à la maîtrise de la iatrogénie. Initiée à Villefranche-sur-Saône, cette démarche se poursuit désormais sur les sites de Belleville et Tarare, en lien avec les équipes médicales et paramédicales, et apporte une réelle plus-value aux résidents et patients. Ainsi, le déploiement de l'équipe pharmaceutique territoriale, en parallèle du projet de robotisation, permet de répondre aux évolutions des besoins et des ressources sur les différents sites (départ en retraite, changement de lieu d'exercice) et de créer de l'attractivité par une pluralité d'activités entre établissement support et autres sites du GHT, mais aussi de pérenniser des postes pharmaceutiques, et de recruter sur des sites moins « attractifs » dans une spécialité en tension dans le département.

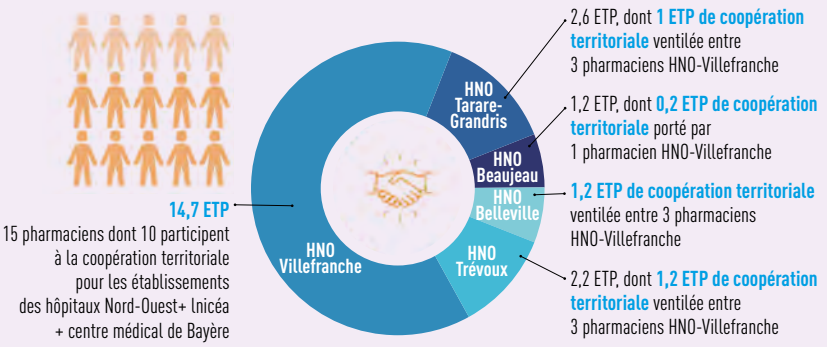
>> Éléments d'attractivité et facteurs clés de succès

La démarche conduite dans un contexte modernisé permet de recentrer l'exercice pharmaceutique autour d'actions concrètes visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients, offrant ainsi une approche innovante et centrée sur les besoins cliniques. Le rattachement à une équipe de référence offre aux pharmaciens la possibilité d'exercer à la fois leur expertise et de travailler sur le terrain, dans des établissements de différentes tailles, favorisant ainsi un environnement professionnel diversifié et enrichissant.

Le déploiement territorial dans le cadre d'un projet pharmaceutique innovant, notamment la robotisation, a été un pilier essentiel du succès, améliorant l'efficacité et la qualité des processus pharmaceutiques :

- l'engagement partagé par plusieurs pharmaciens, y compris les praticiens hospitaliers et les assistants spécialistes, a favorisé une dynamique d'équipe solide ;
- l'adhésion de l'ensemble des commissions médicales d'établissement (CME) des HNO à l'intégration des pharmaciens dans leurs communautés médicales a renforcé la collaboration interprofessionnelle ;
- le soutien du président de la communauté médicale d'établissement, puis de la communauté médicale de groupement, a été essentiel pour mobiliser et impliquer l'ensemble de la communauté médicale dans cette initiative ;
- les retours très positifs des actions d'optimisation des prescriptions ont valorisé l'exercice pharmaceutique hospitalier, renforçant ainsi la reconnaissance et l'impact positif des interventions ;
- la sécurisation et la pérennisation des postes pharmaceutiques ont contribué à l'attrait durable de ces fonctions, offrant stabilité et perspectives professionnelles aux pharmaciens.

UNE ÉQUIPE PHARMACEUTIQUE TERRITORIALE AUX HÔPITAUX NORD-OUEST FIGURE 2



Source : HNO - mai 2024

L'équipe territoriale pharmaceutique est maintenant présente sur cinq sites, regroupant dix pharmaciens, améliorant ainsi la disponibilité et l'accessibilité des services pharmaceutiques dans la région.

Le déploiement réussi de la phase 1 du projet de robotisation a été un jalon important, conduisant au lancement de la phase 2 en février 2024.

La fidélisation des pharmaciens, le maintien de la continuité d'activité pharmaceutique sans recours au remplacement ou à l'intérim témoignent de l'efficacité du nouveau modèle organisationnel adopté. L'équipe territoriale s'inscrit ainsi dans une approche innovante, permettant d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients. L'utilisation de la robotisation et l'organisation d'équipes territoriales permettront d'optimiser durablement les modes de fonctionnement au sein de nos PUI. Ces résultats soulignent l'importance de l'innovation et de la collaboration interdisciplinaire dans l'amélioration continue des soins de santé. ■

LA NOUVELLE PUI DES HNO EN CHIFFRES

- **Effectifs** 24,7 ETP préparateurs en pharmacie, 10 ETP magasiniers, 3 ETP secrétaires, 2 cadres de pharmacie (1,8 ETP), 15 pharmaciens et 3 internes
- **4 automates** de stockage de dispositifs médicaux stériles
- **2 automates** de dispensation globale des médicaments
- **3 automates** de dispensation nominative : 245 patients pris en charge actuellement sous dispensation nominative automatisée. En fin de projet, l'objectif est de couvrir près de 3 000 lits à l'échelle du GHT
- **15 504 préparations** réalisées en 2023 dans le périmètre des chimiothérapies, avec l'appui d'un dispositif vidéonumérique de contrôle des étapes.