



FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PAYS DE LA LOIRE

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, ATTRACTIVITÉ ET COOPÉRATIONS MÉDICALES DANS LA FPH EN PAYS DE LA LOIRE



OBJECTIFS ET MODALITES DU WEBINAIRE

Vous restituer les résultats de la cartographie médicale réalisée en Pays de la Loire

Partager avec vous l'état des enjeux, pratiques et leviers de développement des coopérations médicales

Nourrir vos propres réflexions et travaux en matière d'attractivité et de GPEC médicale

N'HESITEZ PAS A REAGIR, POSER DES QUESTIONS !
En utilisant le fil 'Chat' à droite de votre écran



Nous répondrons au fur-et-à-mesure et en fin de webinaire, sur un temps dédié.



En cas de difficulté technique, demander de l'aide sur le fil 'Chat'



DÉMOGRAPHIE DES PERSONNELS MÉDICAUX* DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS EN PAYS DE LA LOIRE

() HORS INTERNES ET LIBÉRAUX*

ENJEUX & OBJECTIFS

- ▶ Des **ENJEUX DE SANTÉ MAJEURS**, liés notamment au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques
- ▶ Des problématiques de **DÉMOGRAPHIE ET D'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE**, dans un contexte d'importants départs en retraite sur des spécialités en tension
- ▶ Le développement des **COOPÉRATIONS HOSPITALIÈRES** (GHT, CPTS...) avec les autres établissements de santé, le libéral...
- ▶ Des mutations à venir du fait du développement de la **E-SANTÉ**
- ▶ Des enjeux de **FORMATION** des personnels médicaux, tout en long de leur parcours professionnel.

OBJECTIFS DE LA CARTOGRAPHIE :

- ➔ Disposer d'un **ÉTAT DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE** au 31/12/19 dans les établissements de la FPH en PAYS DE LA LOIRE.
- ➔ Alimenter les décisions et travaux en lien avec la **GPEC MÉDICALE** à l'échelle de la région et des territoires (*ex : détermination du nombre d'internes à former par spécialité, développement de l'Assistanat à Temps Partagé...*).

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

La présente étude s'inscrit dans le cadre de la démarche de **CARTOGRAPHIE DES PERSONNELS MÉDICAUX ET NON MÉDICAUX** lancée par l'ANFH auprès des **ÉTABLISSEMENTS DE LA FPH en PAYS DE LA LOIRE**.



L'ensemble des **ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**, ont été invités à participer à ce volet médical.

Les établissements ont été sollicités pour transmettre à BVA dans le respect de la confidentialité des données, une extraction de leur **DONNEES RH MÉDICALES**, comportant les informations suivantes pour chaque **PRATICIEN** :

- N° RPPS
- Nom/prénom
- Sexe
- Date de naissance
- Statut
- Spécialité



Les résultats du présent rapport sont issus des données transmises par les **ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS** répondants et, pour les non répondants de ce secteur, d'une extrapolation par spécialité basée sur la SAE 2018.



Nota : 21 établissements sociaux ou médico-sociaux (EHPAD, Handicap, Enfance-Famille) ont également communiqué des données relatives aux médecins exerçant dans leur établissement. Du fait de cette participation plus restreinte, les données ont été traitées de manière distincte et les résultats, issus de données brutes, sont présentés dans le chapitre « Eclairages complémentaires ».

PARTICIPATION DES HÔPITAUX PUBLICS À LA CARTOGRAPHIE MÉDICALE EN PAYS DE LA LOIRE

PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS

49 ENTITÉS JURIDIQUES SANITAIRES (CHU, CHS ET CH) ONT ÉTÉ SOLlicitÉES POUR CETTE CARTOGRAPHIE MÉDICALE

25 ONT DÉPOSÉ LE FICHER DE DONNÉES DU PERSONNEL MÉDICAL DE LEUR ÉTABLISSEMENT*

COUVERTURE DU PERSONNEL MÉDICAL

25
ENTITÉS JURIDIQUES

3 598
PROFESSIONNELS COUVERTS

SOIT
78%
DES PERSONNELS MÉDICAUX CONCERNÉS

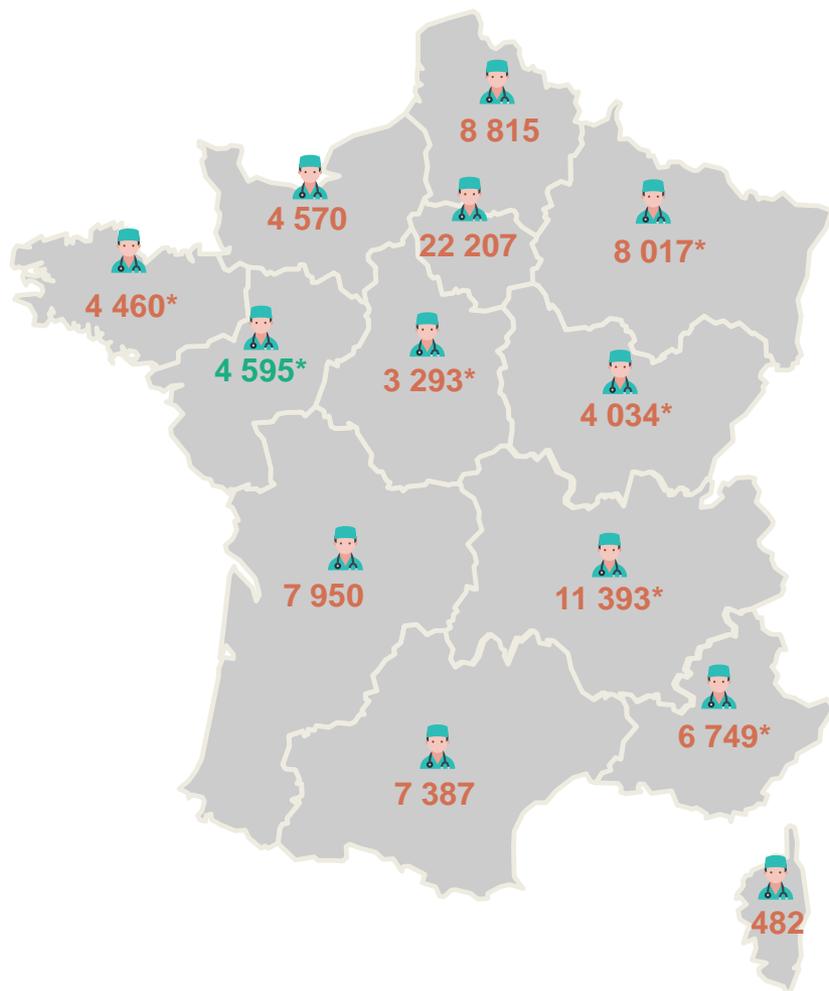
(*) 21 établissements sociaux et médico-sociaux ont également transmis les données relatives à leur personnel médical ; les résultats, traités de manière distincte, sont présentés dans le chapitre « Eclairages complémentaires » du présent rapport.

PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS ET COUVERTURE DES PERSONNELS MÉDICAUX PAR GHT

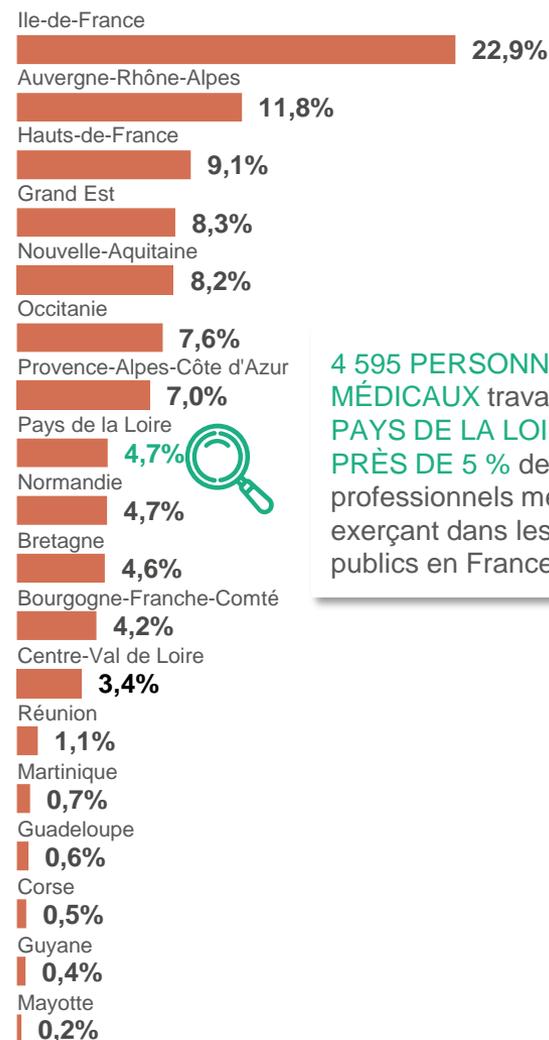


LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE, 8^{ÈME} RÉGION FRANÇAISE EN TERMES D'EFFECTIF MÉDICAL DANS LES HÔPITAUX PUBLICS

96 936 PERSONNELS MÉDICAUX EN FRANCE (HORS INTERNES ET LIBÉRAUX)



RÉPARTITION PAR RÉGION



4 595 PERSONNELS MÉDICAUX travaillent en PAYS DE LA LOIRE, SOIT PRÈS DE 5 % des professionnels médicaux exerçant dans les hôpitaux publics en France.

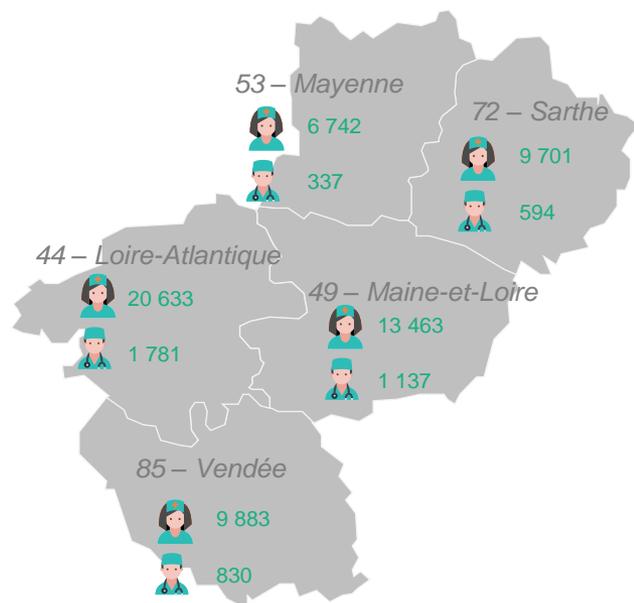
* Cartographie médicale ANFH

Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), DREES, 2018
Hors internes et libéraux

2/3 DES PERSONNELS MÉDICAUX DES HÔPITAUX PUBLICS CONCENTRÉS EN LOIRE-ATLANTIQUE ET DANS LE MAINE-ET-LOIRE

La **LOIRE-ATLANTIQUE ET LE MAINE-ET-LOIRE** concentrent **PRÈS DE 2/3 DES PERSONNELS MÉDICAUX** exerçant dans un établissement sanitaire public en Pays de la Loire avec, respectivement, **38% ET 24%** des professionnels (**1 781** personnels médicaux en Loire-Atlantique et **1 137** en Maine-et-Loire).

En termes de **RATIO** par rapport à la population totale, on observe une **DISPARITÉ IMPORTANTE** entre les départements : 1 praticien pour 718 habitants dans le Maine-et-Loire contre seulement 1 pour 943 dans la Sarthe.



PERSONNELS MÉDICAUX (hors internes et libéraux) - (SOURCE : Enquête SAE 2019)

Agents administratifs, socio-éducatifs, soignants et techniques, et sages-femmes

	Effectif Pers. Médicaux (PM)	Part de l'effectif PM régional	Population totale	Ratio PM / Population totale
44 - Loire-Atlantique	1 781	38%	1 437 137	807
49 - Maine-et-Loire	1 137	24%	815 881	718
53 - Mayenne	337	7%	305 365	906
72 - Sarthe	594	13%	560 227	943
85 - Vendée	830	18%	683 187	823

Source : Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2019).
Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), DREES, 2019

Nota : L'ensemble des professionnels est rattaché à l'entité juridique d'appartenance et non à l'établissement géographique dans lequel ils exercent leur activité.

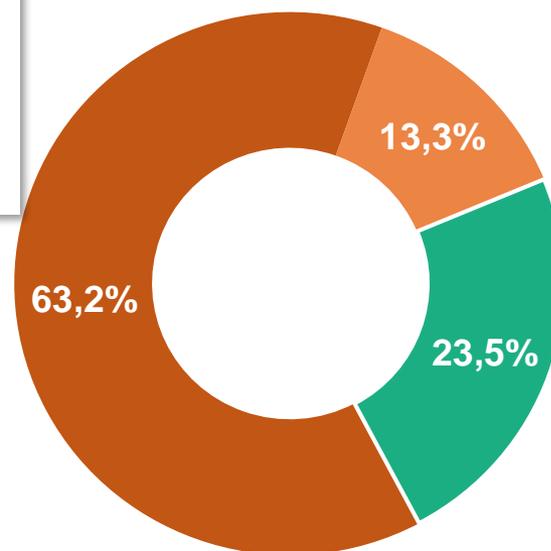
AU 31/12/19, UN EFFECTIF DE 4 595 PERSONNELS MÉDICAUX, DONT PRÈS DES 2/3 RELEVANT D'UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE

PRÈS DES 2/3 des personnels médicaux (63,2%) relèvent d'une **SPÉCIALITÉ MÉDICALE**, un poids légèrement plus élevé qu'au plan national (62,1%). Le dernier tiers se répartit entre les **AUTRES DISCIPLINES*** (23,5%) et les **SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES** (13,3%) de poids moindre qu'au plan national (15,4%).



SPÉCIALITÉS MÉDICALES
(y compris MÉDECINE GÉNÉRALE)
2 902 professionnels

 **59 781 PM**
(soit **62,1%**)



**SPÉCIALITÉS
CHIRURGICALES**
613 professionnels

 **14 838 PM**
(soit **15,4%**)

AUTRES DISCIPLINES*
1 080 professionnels

 **21 626 PM**
(soit **22,5%**)

 Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), DREES, 2018

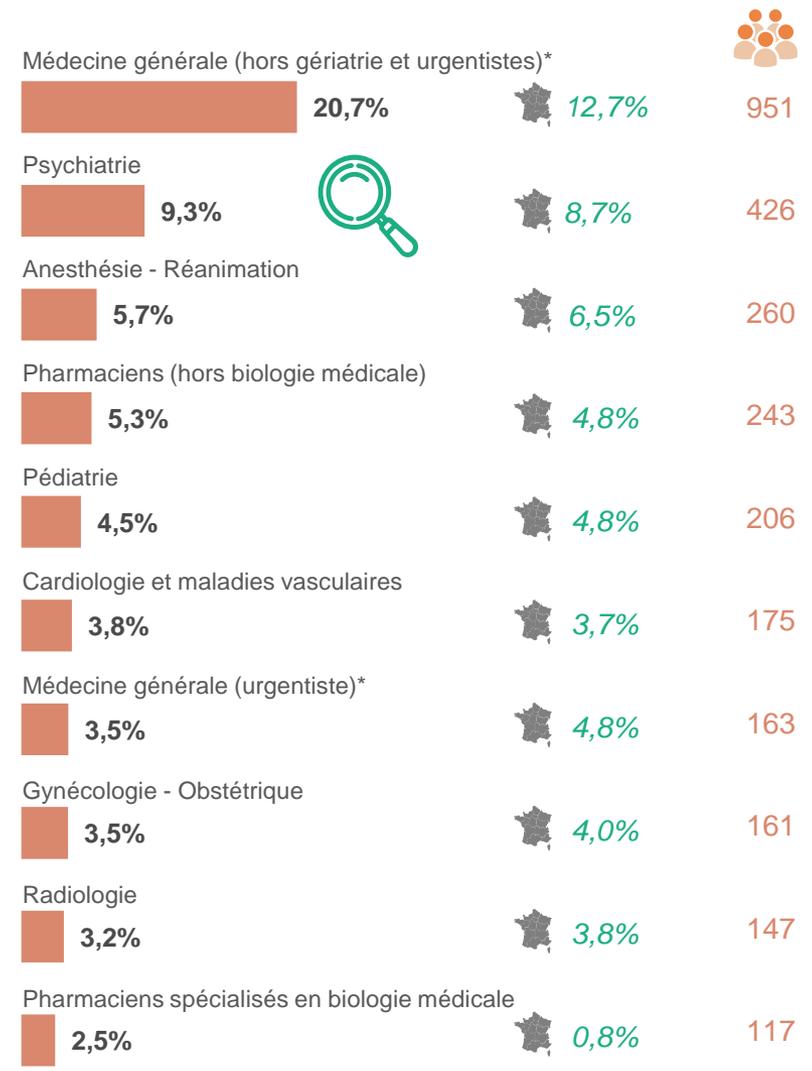
(*) Autres disciplines au sens de la SAE : Médecins spécialisés en biologie médicale, Psychiatrie, Odontologie, Pharmaciens spécialisés en biologie médicale, Pharmaciens hospitaliers, Pharmaciens hors biologie médicale, Santé publique (y compris DIM) et Médecins du travail, Autres.

PLUS D'1/3 DE L'EFFECTIF RÉGIONAL SUR 3 SPÉCIALITÉS : MÉDECINE GÉNÉRALE, PSYCHIATRIE ET ANESTHÉSIE RÉANIMATION

Plus de **2 PRATICIENS SUR 10** (20,7%) relèvent de la **MÉDECINE GÉNÉRALE** (951 PM). Au global, 1 211 praticiens exercent une spécialité de médecine générale, gériatrie et médecine d'urgence comprises, soit 26% des praticiens, une proportion de 6 points supérieure au niveau national (20%).

De même, le poids des **PSYCHIATRES** (9,3%, soit 426 professionnels) est plus important en Pays de la Loire qu'au plan national (8,7%).

PRINCIPALES SPÉCIALITÉS



* Résultats à interpréter avec précaution, certains établissements n'ont pas isolé les spécialités d'urgence et de gériatrie de la médecine générale.

LES PERSONNELS MÉDICAUX* EN PAYS DE LA LOIRE : UN PROFIL PLUS FÉMINISÉ QUE LA MOYENNE NATIONALE, AVEC UN ÂGE MÉDIAN DE 43,1 ANS

4 595

PERSONNELS MÉDICAUX
DANS LES HÔPITAUX
PUBLICS EN RÉGION PAYS
DE LA LOIRE

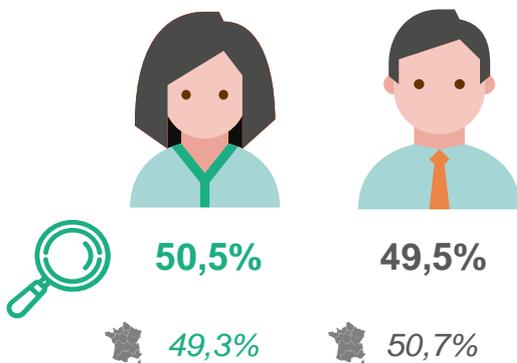
EN RÉGION, 50,5% DES PRATICIENS SONT DES FEMMES, une proportion **LÉGÈREMENT SUPÉRIEURE** à celle constatée au plan **NATIONAL (49,3%)**.

L'**ÂGE MÉDIAN** des professionnels est de **43,1 ANS**, avec une population **FÉMININE** nettement plus jeune (âge médian de **40,8 ANS**) que la composante **MASCULINE** (âge médian de **46,5 ANS**).

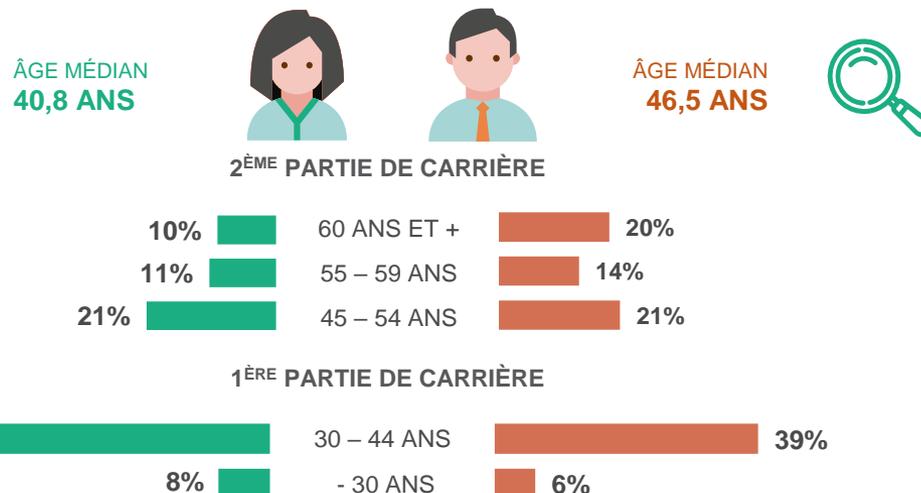
* HORS INTERNES ET LIBÉRAUX

PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNELS MÉDICAUX

RÉPARTITION PAR SEXE



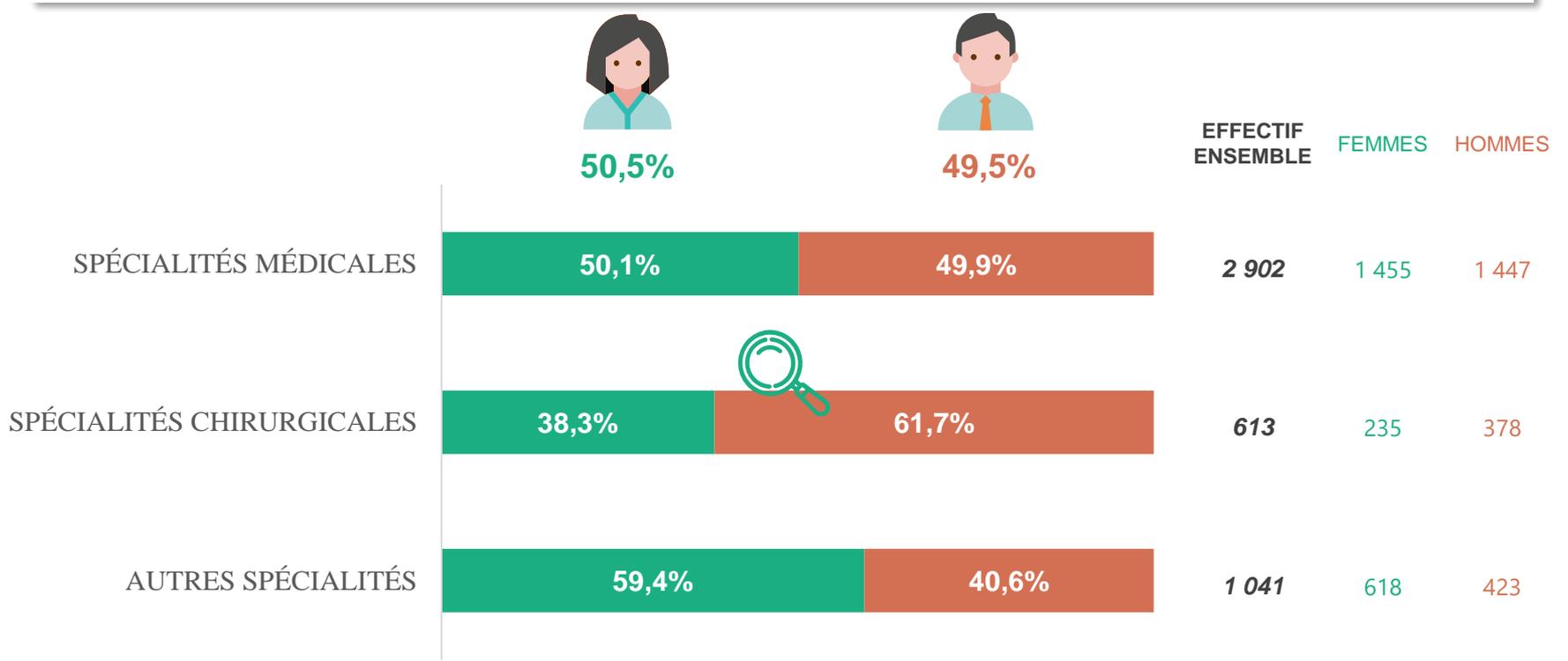
RÉPARTITION PAR SEXE ET PAR TRANCHE D'ÂGE



DES TAUX DE FÉMINISATION TRÈS DIFFÉRENTS SELON LA SPÉCIALITÉ EXERCÉE

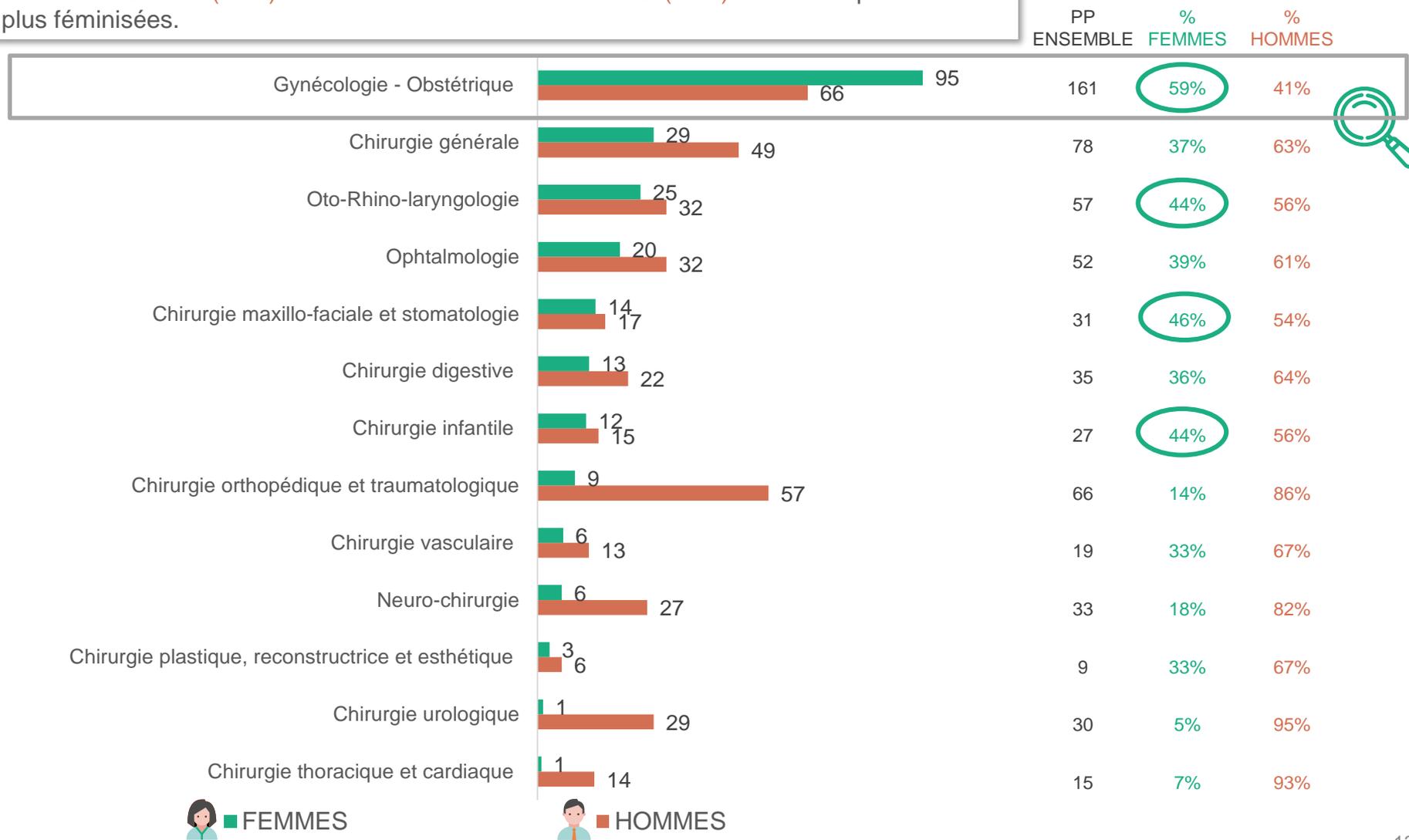
EN PAYS DE LA LOIRE, 2 323 PRATICIENS SONT DES FEMMES, exerçant principalement des spécialités médicales (1 455) : plus d'1 praticien sur 2.

Les SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES se caractérisent par un FAIBLE TAUX DE FÉMINISATION : seuls 38,3% des professionnels sont des femmes. A contrario, le taux de féminisation des AUTRES DISCIPLINES est le plus élevé, avec près de 6 femmes sur 10 praticiens.



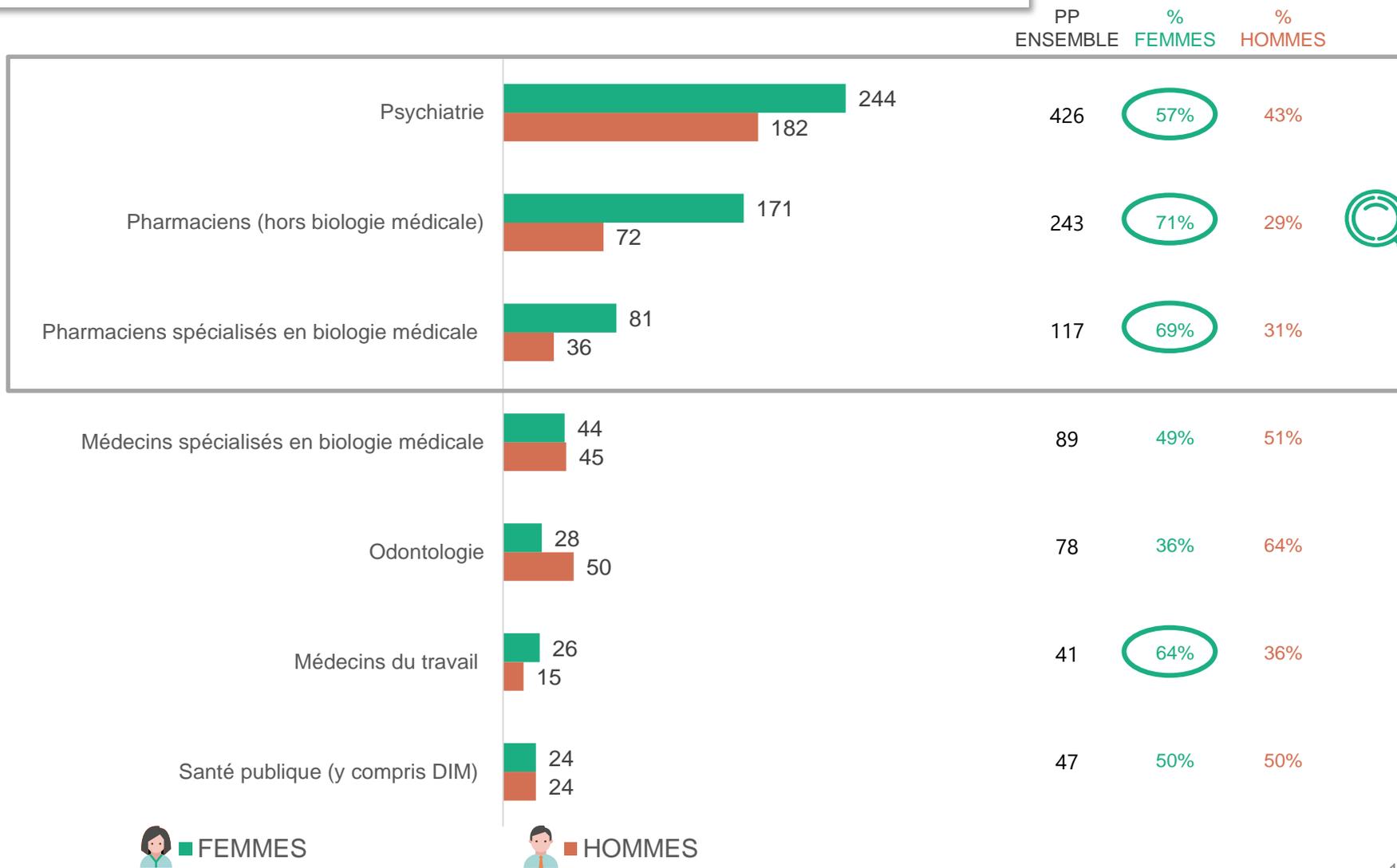
PARMI LES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES, LE TAUX DE FÉMINISATION EST SUPÉRIEUR À 40 % POUR 4 SPÉCIALITÉS UNIQUEMENT

Parmi les SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES, la GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE (59%), LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE (46%), L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (44%) ET LA CHIRURGIE INFANTILE (44%) sont les spécialités les plus féminisées.



PARMI LES AUTRES DISCIPLINES, PHARMACIENS, MÉDECINS DU TRAVAIL ET PSYCHIATRES ONT LE TAUX DE FÉMINISATION LE PLUS IMPORTANT

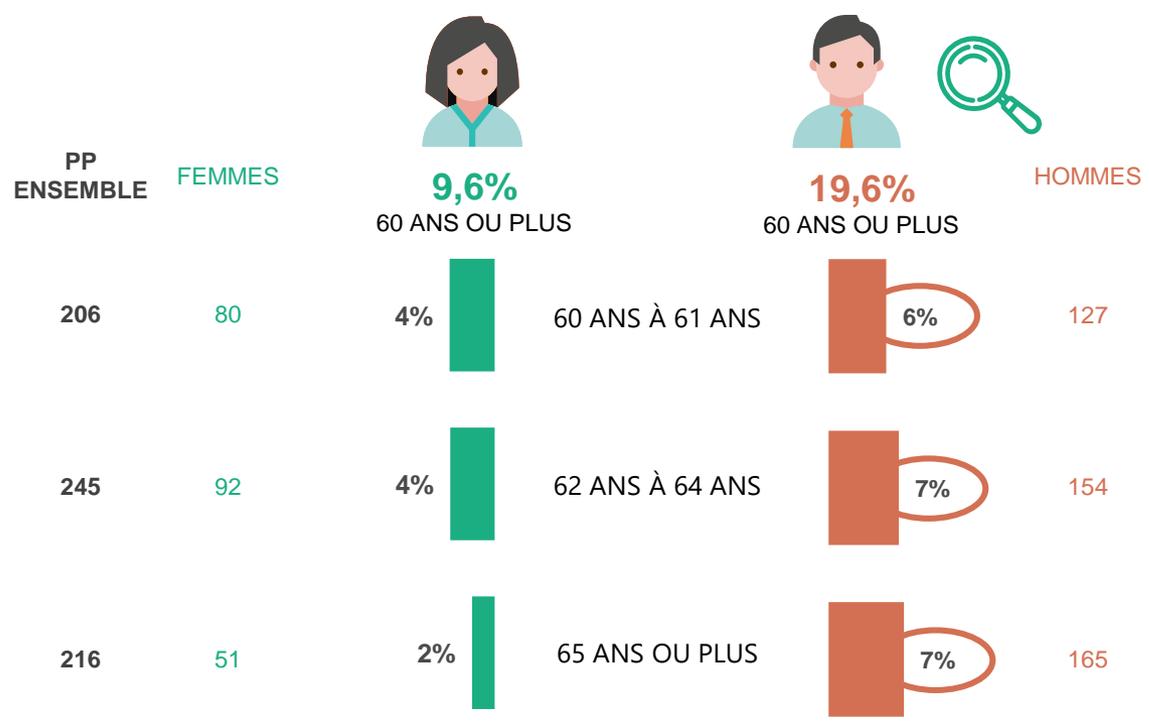
Parmi les **AUTRES DISCIPLINES**, **LA PSYCHIATRIE ET LA PHARMACIE** sont les spécialités qui possèdent à la fois les effectifs féminins et les taux de féminisation les plus élevés.



15% DE PRATICIENS EN FIN DE CARRIÈRE (60 ANS ET PLUS), AVEC UNE FORTE DIFFÉRENCE ENTRE HOMMES ET FEMMES

15% DES PRATICIENS en région sont âgés de 60 ANS OU PLUS (667 praticiens).

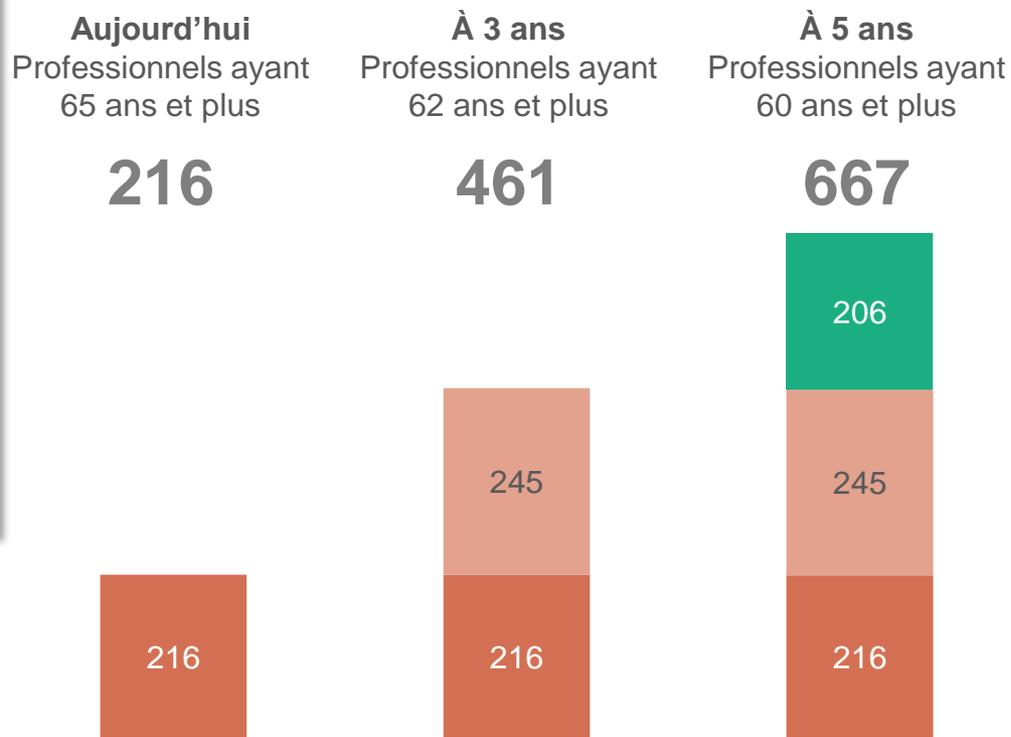
Plus précisément, 19,6% DES HOMMES ont plus de 60 ans et 9,6% DES FEMMES. Parmi les praticiens 'hommes', 7% ont même 65 ans ou plus.



ESTIMATION DES DÉPARTS POTENTIELS EN RETRAITE À 3 ET 5 ANS EN PAYS DE LA LOIRE

En considérant un âge moyen de départ à la retraite de 65 ans pour le personnel médical (source : complémentaire retraite des hospitaliers), on peut estimer à **216** le nombre de professionnels susceptibles de partir en retraite cette année, **461** à 3 ans et **667** à 5 ans. Avec cette même hypothèse, la part de praticiens susceptibles de partir en retraite aujourd'hui, à 3 ans ou à 5 ans, est **LÉGÈREMENT PLUS ÉLEVÉE POUR LES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES** que pour les autres spécialités.

- Professionnels ayant 65 ans et plus
- Professionnels ayant 62 ans à 64 ans
- Professionnels ayant 60 à 61 ans

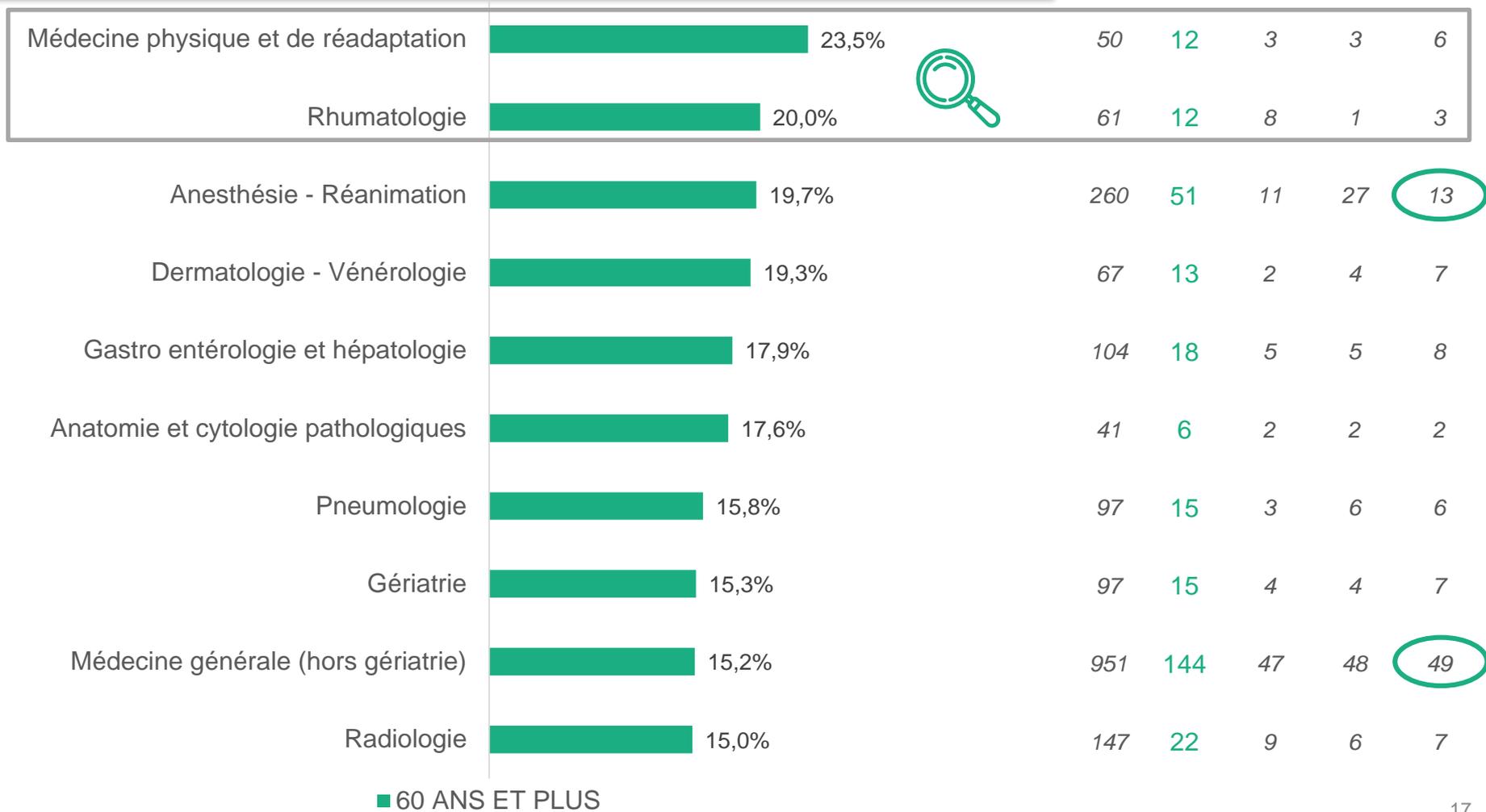


	65 ans et plus	% 65 ans et plus	62 ans et plus	% 62 ans et plus	60 ans et plus	% 60 ans et plus
SPÉCIALITÉS MÉDICALES	136	4,7%	271	9,3%	397	13,7%
SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES	32	5,3%	68	11,1%	100	16,3%
AUTRES DISCIPLINES	45	4,3%	114	11,0%	161	15,4%



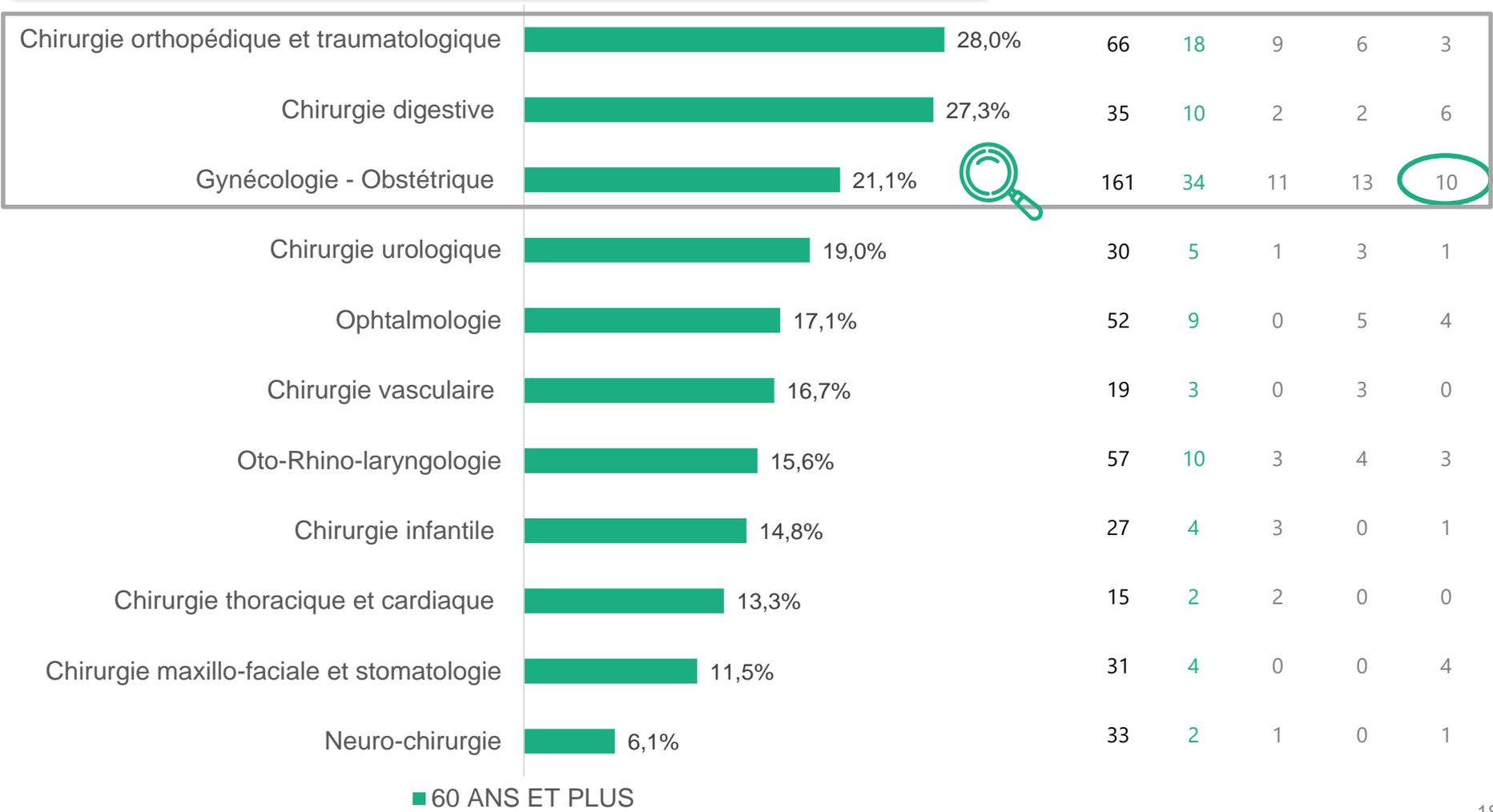
EN PAYS DE LA LOIRE, 2 SPÉCIALITÉS MÉDICALES AYANT PLUS D'1 PROFESSIONNEL SUR 5 EN FIN DE CARRIÈRE (60 ANS OU PLUS)

LA MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (23,5%) ET LA RHUMATOLOGIE (20%) comptent au moins 20% de leur effectif âgé de plus de 60 ans. À noter également : l'effectif élevé de praticiens de 65 ans et plus en Médecine générale (hors gériatrie) et Anesthésie-Réanimation.



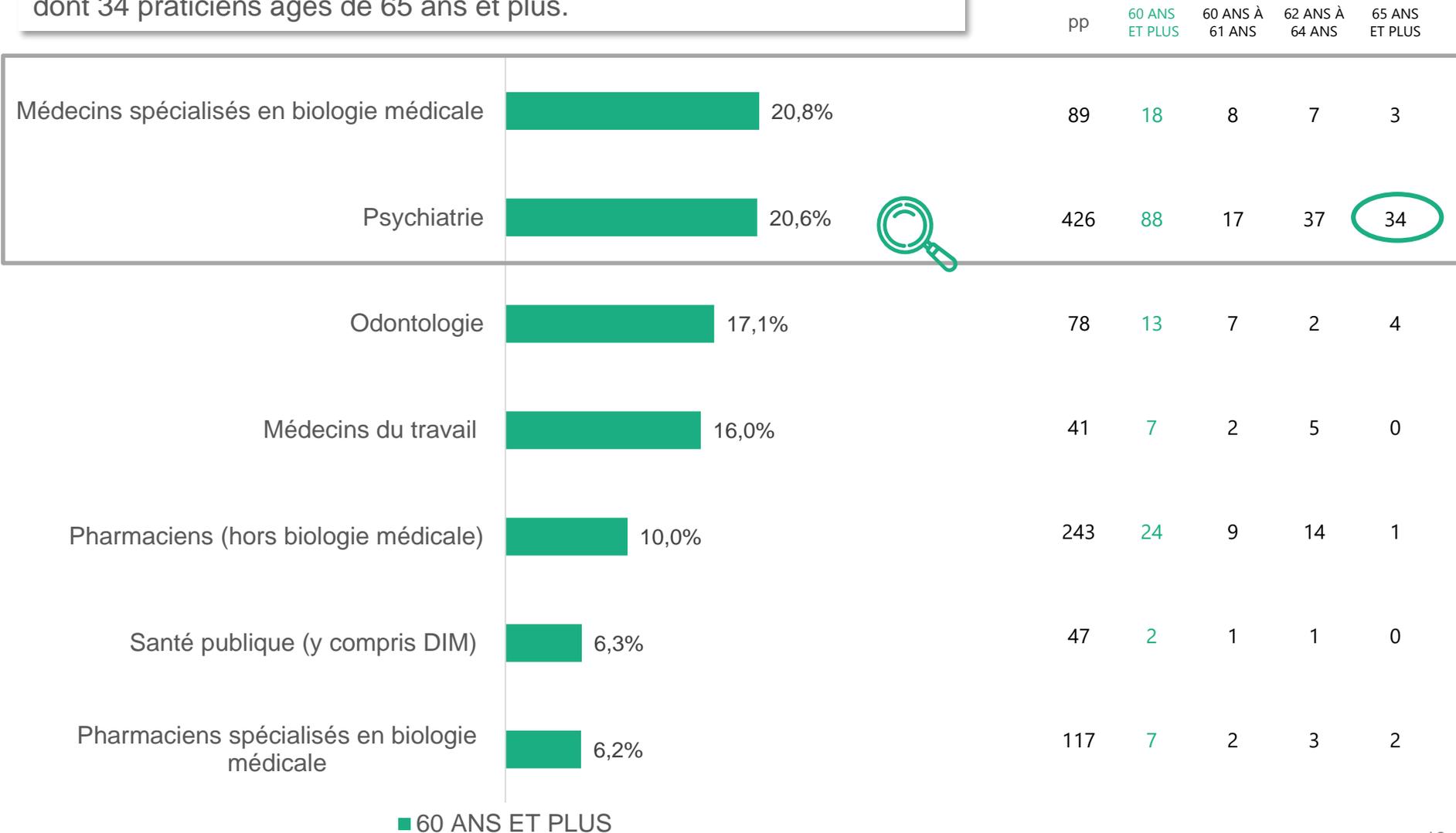
EN PAYS DE LA LOIRE, 3 SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES AYANT PLUS D'1 PROFESSIONNEL SUR 5 EN FIN DE CARRIÈRE (60 ANS OU PLUS)

LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE, LA CHIRURGIE DIGESTIVE ET LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE comptent au minimum 20% de leur effectif âgé de plus de 60 ans (28% pour la 1^{ère} de ces spécialités).



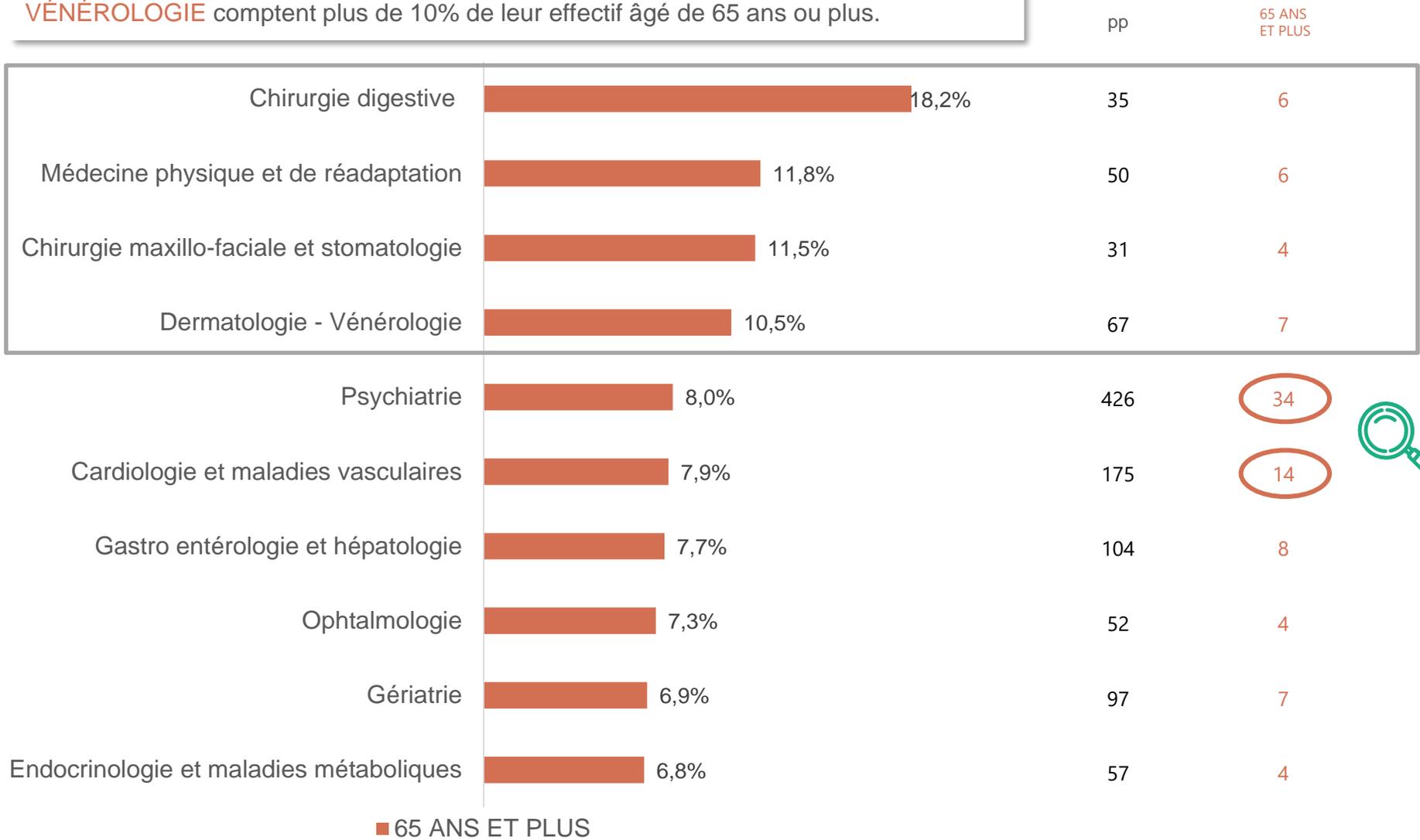
SUR LES AUTRES DISCIPLINES, LA PART DES PERSONNELS EN FIN DE CARRIÈRE EST LA PLUS ÉLEVÉE EN MÉDECINE SPÉCIALISÉE EN BIOLOGIE MÉDICALE ET EN PSYCHIATRIE

LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE EN BIOLOGIE MÉDICALE compte 20,8% de son effectif âgé de 60 ans et plus, la PSYCHIATRIE 20,6%, dont 34 praticiens âgés de 65 ans et plus.



ZOOM SUR LES 65 ANS ET PLUS EN PAYS DE LA LOIRE : 4 SPÉCIALITÉS AYANT PLUS D'1 PRATICIEN SUR 10 D'AU MOINS 65 ANS

LA CHIRURGIE DIGESTIVE, LA MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION, LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE ET LA DERMATOLOGIE - VÉNÉROLOGIE comptent plus de 10% de leur effectif âgé de 65 ans ou plus.





ECLAIRAGES COMPLEMENTAIRES SUR LES PERSONNELS MEDICAUX DANS LA FPH EN PAYS DE LA LOIRE

- *Praticiens exerçant dans plusieurs établissements sanitaires publics*
- *Difficultés de recrutement et postes médicaux non pourvus dans les établissements sanitaires publics*
- *Personnels médicaux recensés chez les établissements sociaux et médico-sociaux ayant participé à la cartographie régionale*

AU MOINS 454 PRATICIENS EXERCENT DANS PLUSIEURS HOPITAUX PUBLICS EN PAYS DE LA LOIRE ET PARI MI EUX, PRES DE 40% EN MEDECINE GENERALE*

AU MOINS

454



PRATICIENS EXERCENT
DANS PLUSIEURS
HÔPITAUX PUBLICS EN
PAYS DE LA LOIRE

(HORS INTERNES ET LIBÉRAUX)

Ces praticiens, travaillant dans plusieurs établissements publics sanitaires, sont répartis de manière équilibrée entre **FEMMES (48%)** et **HOMMES (52%)**. Parmi **LES SPÉCIALITÉS** les plus concernées, on retrouve la **MÉDECINE GÉNÉRALE** (au moins 180 praticiens exerçant dans plusieurs établissements publics sanitaires), **LA PSYCHIATRIE** (61 praticiens) et la **MÉDECINE D'URGENCE** (27 praticiens).

** Ce focus est issu du rapprochement entre les fichiers fournis par les établissements participants (n° RPPS lorsque communiqué, en particulier) ; il ne prétend pas à l'exhaustivité de l'identification des praticiens exerçant dans plusieurs établissements sanitaires publics.*

RÉPARTITION HOMME/FEMME



48,0%



52,0%

PRINCIPALES SPÉCIALITÉS

Médecine générale (hors DES urgentistes et gériatrie)

39,6%

Psychiatrie

13,4%

Médecine d'urgence

5,9%

Pharmaciens (hors biologie médicale)

4,2%

Cardiologie et maladies vasculaires

4,0%

Radiologie

3,5%



180

61

27

19

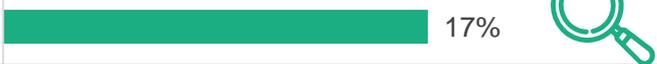
18

16



DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT EXPRIMÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ, POUVANT INDUIRE DES POSTES NON POURVUS

Les difficultés de recrutement exprimées* portent en premier lieu sur **LA GÉRIATRIE ET LA MÉDECINE GÉNÉRALE**, avec des **POSTES NON POURVUS** déclarés par les établissements.

			Effectif Pers. physiques	Postes non pourvus déclarés
Gériatrie		22%	97	15
Médecine générale (y compris urgentistes, hors gériatrie)		17%	1 114	7
Pharmaciens (hors biologie médicale)		6%	243	2
Anesthésie - Réanimation		3%	260	8
Psychiatrie		3%	426	NC
Radiologie		3%	147	3
Cardiologie et maladies vasculaires		2%	175	NC
Dermatologie - Vénérologie		2%	67	Nc
Médecine physique et de réadaptation		2%	50	1
Pédiatrie		2%	206	1

■ % des établissements ayant déclaré avoir des difficultés de recrutement...

(* Base : 14 établissements sanitaires publics ayant déclaré avoir des difficultés de recrutement de personnels médicaux, dans le cadre de l'enquête Métiers en tension (PNM et PM) réalisée entre mars et juillet 2020.

LES PERSONNELS MÉDICAUX RECENSÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX AYANT PARTICIPE A LA CARTOGRAPHIE

Dans le **SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**, **41 PRATICIENS** exercent en tant que salariés dans **21 ÉTABLISSEMENTS DE LA FPH (EHPAD, HANDICAP ET ENFANCE)**.

Il s'agit principalement de **MÉDECINS GÉNÉRALISTES (Y COMPRIS GÉRIATRES)** ayant la fonction de **MÉDECIN COORDINATEUR**, de **PSYCHIATRES** et **MÉDECINS DU TRAVAIL**.

9 SUR 10 sont **CONTRACTUELS** et **L'ÂGE MÉDIAN EST DE 53,3 ANS**.

PROFIL DES PROFESSIONNELS



53%
FEMME



88%
PRATICIENS
CONTRACTUELS



53,3
ÂGE MÉDIAN



PRINCIPALES SPÉCIALITÉS

Médecine générale (y compris médecins coordinateurs et gériatrie)	29
Psychiatrie	10
Santé publique (y compris DIM)	1
Médecins du travail	1



ENJEUX, PRATIQUES ET LEVIERS DE DÉVELOPPEMENT DES COOPERATIONS MÉDICALES EN PAYS-DE-LA-LOIRE

OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE



Objectifs :

- ▶ Appréhender les motivations, la nature, les pratiques et les limites des coopérations médicales mises en place entre établissements au sein des GHT, entre sanitaire et médico-social, ainsi qu'avec le secteur privé et le libéral.
- ▶ Identifier des bonnes pratiques et pistes d'amélioration en matière de coopération médicale.



Entretiens qualitatifs semi directifs de 30 minutes à 1 h :

- **1 entretien** avec un représentant de l'ARS
- **1 entretien** avec un Président de CME
- **6 entretiens** auprès de fonctions de Direction ou de cadre au sein d'établissements supports ou parties, issus de 4 GHT différents :
4 DAM, 1 DRH, 1 Directeur adjoint d'établissement et 1 cadre de santé
- **2 entretiens** auprès de Directeurs d'établissements médico-sociaux



Entretiens réalisées **par téléphone** par les équipes BVA en septembre 2020

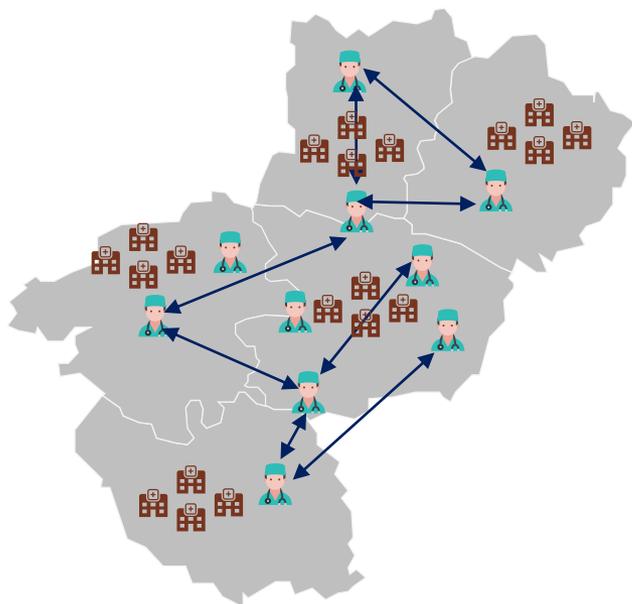


Les coopérations médicales : représentations et enjeux

DES COOPÉRATIONS EN MATIÈRE DE RESSOURCES MÉDICALES MOTIVÉES PAR LA RÉPONSE AUX BESOINS DE SANTÉ

DÉFINITION :

« Coopération médicale » renvoie d'emblée à la notion de **réseau, d'interactions inter-établissements en termes de ressources médicales** pour apporter des **réponses aux besoins de santé de la population.**



ENJEUX :

Des enjeux **D'ACCÈS À L'OFFRE DE SOINS SUR CERTAINS TERRITOIRES**, prépondérants dans le discours des personnes interrogées :

- **PALLIER** les problèmes de **DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DE DÉFICIT DE CERTAINES SPÉCIALITÉS** sur des bassins démographiques.
- **MAINTENIR** une **OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ** permettant de répondre aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire.
- **CONTRIBUER À SOUTENIR LA FLUIDITÉ DU PARCOURS DE SOINS** des patients.

Des **ENJEUX ÉCONOMIQUES**, également essentiels pour la pérennité de l'offre de soins :

- **SOUTENIR L'ACTIVITÉ DES DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS** du territoire, confrontés pour certains à une réelle pénurie de ressource médicale.
- **RÉPARTIR ET ÉQUILIBRER L'ACTIVITÉ MÉDICALE** sur l'ensemble du territoire, afin d'éviter une saturation des établissements de première ligne, s'agissant de certaines spécialités
- **LIMITER LE RECOURS À L'INTÉRIM MÉDICAL**, très onéreux. A

Un objectif partagé de développement de stratégies médicales de territoire afin de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins, au plus près de leur lieu de vie, et d'assurer la survie des structures de proximité.

DES COOPÉRATIONS CIBLÉES SUR LES SPÉCIALITÉS EN TENSION

✓ COOPÉRATIONS POUR LES SPÉCIALITÉS EN TENSION POUR L'ENSEMBLE DES TERRITOIRES :



Urgences +++

Anesthésie +++

Radiologie / imagerie médicale ++

Chirurgie et ses différentes spécialités ++

Psychiatrie ++

Gériatrie ++

avec une pénurie qui oblige à collaborer sous forme de **plateaux mutualisés / équipes territoriales**

Mais aussi : Neurologie, Cardiologie, Oncologie, Gynécologie Obstétrique, Pneumologie

✓ COOPÉRATIONS POUR LES SPÉCIALITÉS PRÉSENTES PRINCIPALEMENT DANS LES CHU ET/OU ÉTABLISSEMENTS-SUPPORTS :

Au-delà des spécialités en tension pour l'ensemble des territoires, les coopérations concernent également des spécialités très présentes dans les établissements-supports (CHU, en particulier), mais plus difficiles à recruter dans les établissements périphériques et/ou ne nécessitant pas des temps importants sur ces établissements.



Des spécialités prioritaires, mais un partage plus étendu pour répondre aux besoins des établissements périphériques et dans la limite de la disponibilité des ressources médicales de l'établissement support.

DES COOPÉRATIONS DÉSORMAIS INSCRITES DANS LE CADRE DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ DES GHT COMPLÉTÉES PAR DES INITIATIVES DE COOPÉRATION RÉPONDANT À DES BESOINS PLUS PONCTUELS

L'instauration des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) définie dans la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 **a impliqué de formaliser des coopérations** préexistantes et plus ou moins formelles :

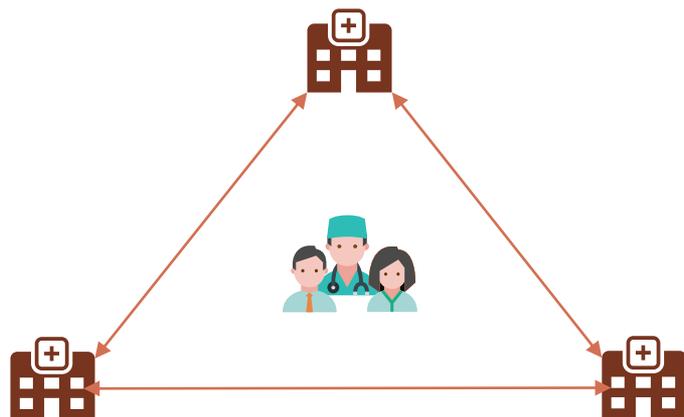
- **AVANT LES GHT, LES COOPÉRATIONS ÉMANAIENT DE BESOINS IDENTIFIÉS DANS LES SERVICES ET TRAITÉES AVEC PRAGMATISME.** Les chefs de services et praticiens de différents établissements se mettaient en contact, afin de s'accorder sur des coopérations, souvent opportunistes, « au coup par coup ».
- **LES GHT ONT INSTAURÉ DES COOPÉRATIONS FORMALISÉES, PRÉVUES DANS LE CADRE DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ (PMP).** L'établissement-support est chargé de la gouvernance du projet médical, établi pour cinq ans. Il définit des **filières prioritaires** durant cette période. Il collabore avec les établissements parties, notamment dans le cadre du « **temps médical partagé** », **forme de coopération la plus commentée** par les Directeurs interviewés.

Les GHT ont eu un impact positif sur la structuration et la formalisation des coopérations médicales entre établissements supports et parties, visant à une organisation plus concertée des ressources médicales au regard de la stratégie d'offre de soins sur le territoire.

Les coopérations peuvent également relever de réponses plus ponctuelles à des besoins imprévus et/ou en fonction de nouvelles ressources de l'établissement-support :

1. **EN CAS DE BESOIN PONCTUEL** (ex : départ imprévu d'un spécialiste), l'établissement périphérique prend contact avec l'établissement support, afin de solliciter la mise à disposition d'un praticien.
2. **ET DANS CERTAINS GHT EN FORTE TENSION** du point de vue de la ressource médicale, un fonctionnement qui s'opère plus **À L'OPPORTUNITÉ** : la mise à disposition des praticiens s'effectue **AU FUR ET À MESURE DES RECRUTEMENTS**, sous réserve que l'établissement support puisse dégager du temps pour desservir les établissements périphériques, sans pénaliser la continuité de ses propres services.

CHEFS DE SERVICE OU CHEFS DE PÔLE ET DAM, ACTEURS COMPLÉMENTAIRES DANS LA MISE EN PLACE DES COOPÉRATIONS MÉDICALES



Les décisionnaires impliqués dans le partage des ressources médicales au quotidien sont :

- D'une part, **LES CHEFS DE SERVICE / CHEFS DE PÔLE** : prise de contact entre pairs afin de définir les besoins.
- D'autre part, en parallèle des échanges entre praticiens, **LES DIRECTIONS DES AFFAIRES MÉDICALES** formalisent le partage des ressources.

S'agissant des établissements médico-sociaux, le médecin coordinateur est chargé de recenser les besoins et de se mettre en contact avec les différents acteurs intervenant dans le parcours de soins des résidents : personnels médicaux hospitaliers, libéraux, équipes médicales territoriales...
« Le médecin coordinateur a des missions fixées par décret, 13 missions de coordination du soin. » (Directeur, Et. Médico-social)

L'organisation en GHT a permis aux acteurs de mieux se connaître et de fluidifier la mise en œuvre des coopérations médicales... Mais cette organisation reste soumise à un certain nombre de freins (cf. chapitre 4).



2

**Les pratiques
de coopération médicale
de la FPH en Pays de la Loire**

LES DIFFÉRENTES MODALITÉS DE COOPÉRATION MÉDICALE MISES EN ŒUVRE SUR LES TERRITOIRES

ENTRE ETABLISSEMENTS DE LA FPH LE PLUS SOUVENT INTRA-GHT ET/OU AVEC LE CHU DE REFERENCE

- Temps médical partagé
 - Equipes médicales territoriales ou Plateaux Techniques Mutualisés
 - Consultations avancées
 - Assistants spécialistes partagés
 - « Intérim » contractuel
 - Equipes mobiles, par exemple en soins palliatifs
 - Fédérations Médicales Inter-Hospitalières
- Etroitement liées à l'instauration des GHT*

AVEC DES ETABLISSEMENTS PRIVES

Nota : opinions très clivées sur ces coopérations

- Temps médical partagé
- Assistants spécialistes partagés
- Voire plateau technique mutualisé

AVEC LA MEDECINE DE VILLE

- Partenariat avec les médecins libéraux
- Coopération avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

FOCUS SUR LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX (EHPAD) : DES COOPÉRATIONS « SOUS TENSION »

Les deux directeurs d'EHPAD interviewés font état de difficultés majeures à maintenir la qualité et la continuité du suivi médical de leurs résidents :

- 1 D'une part, **LE SUIVI DES PATIENTS PAR LES MÉDECINS LIBÉRAUX** après leur admission en EHPAD **N'EST PAS TOUJOURS EFFECTIF**, certains médecins décidant de ne pas poursuivre leurs consultations. Le médecin coordonnateur de l'établissement prend dans ce cas le relais, dans la mesure de ses moyens et au détriment de ses attributions de coordination. Un impact majeur de la crise Covid est relevé.
- 2 D'autre part, **LES SPÉCIALITÉS** typiquement **REQUISES** pour cette population âgée **SONT POUR LA PLUPART EN TENSION** : gériatrie et psychiatrie/gérontopsychiatrie, avec des difficultés majeures à accéder à cette ressource médicale.

DES COOPÉRATIONS SONT MISES EN ŒUVRE :

- Avec **LES ÉQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS (EMSP)** : des retours positifs, un appui jugé précieux, une collaboration efficace.
- Avec **LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS** : des coopérations en revanche plutôt limitées et ne couvrant pas les besoins spécifiques des EHPAD :
 - Les EHPAD expriment des besoins de recours ponctuels, généralement assez urgents, à des spécialistes.
 - En dehors des libéraux, pas / peu d'interventions de spécialistes au sein des EHPAD.
 - Les consultations de spécialistes s'effectuent la plupart du temps en télé-médecine. Elles sont jugées utiles, mais insuffisantes en raison de la pénurie des ressources médicales.

Des établissements isolés et en attente de coopérations plus soutenues, notamment sur la gérontopsychiatrie.

Des coopérations avec des spécialistes qui seraient utiles également pour faire monter en compétences les personnels de l'EHPAD, par exemple sur les troubles psychiatriques associés au vieillissement.



3

**Les éléments facilitant
les coopérations médicales
et les bénéfices pour les
parties prenantes**

DES COOPÉRATIONS FACILITÉES PAR DES FACTEURS FINANCIERS ET ORGANISATIONNELS, MAIS AUSSI HUMAINS ET RELATIONNELS

DES FACTEURS FINANCIERS ET ORGANISATIONNELS transverses aux GHT

1. LA PRIME D'EXERCICE TERRITORIAL (PET)
2. LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET FINANCIER DE L'ARS PAYS DE LA LOIRE
3. LES ÉQUIPES ADMINISTRATIVES DÉDIÉES au sein des établissements supports



DES FACTEURS PRINCIPALEMENT HUMAINS ET RELATIONNELS, variables selon les GHT et établissements

1. LE VOLONTARISME DES DÉCISIONNAIRES
2. L'HISTORIQUE DES RELATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS, LA CONFIANCE ENTRE ACTEURS
3. L'ATTENTION ACCORDÉE AUX BESOINS ET INTÉRÊTS DE CHAQUE PARTIE PRENANTE
4. L'ATTENTION ACCORDÉE A LA QUALITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PRATICIENS concernés par les coopérations

LES COOPÉRATIONS MÉDICALES BÉNÉFICIENT À L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES (1/2)

L'ensemble des Directions interrogées souligne les bénéfices pluriels des coopérations médicales, avec des répercussions positives pour tous les acteurs :

En premier lieu, POUR LES PATIENTS :

- **CONTINUITÉ DE SOINS** sur l'ensemble du territoire, notamment en zones
- **CONTRIBUTION À L'AMÉLIORATION DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS** : : le travail en **équipe interdisciplinaire et pluriprofessionnel** (notamment grâce à l'émergence des CPTS) et la construction de **filières inter-établissements** permet une démarche d'amélioration de la prise en charge, une orientation plus efficiente des patients, grâce à **la cohésion des équipes**.

POUR LES PRATICIENS :

- **DÉVELOPPEMENT DE L'EXPÉRIENCE** du fait de la pratique multisites : opportunité de découvrir et traiter des pathologies diversifiées, praticiens n'ayant pas un plateau technique suffisant dans leur établissement de rattachement pouvant accéder à un plateau complémentaire...
- **RUPTURE DE L'ISOLEMENT** pour les spécialistes exerçant sur des « niches » médicales et / ou au sein de petites structures : opportunités d'échanges avec des confrères
- **GAIN EN RÉMUNÉRATION** dans le cadre de l'exercice partagé (PET).
- En établissement de proximité, un **CADRE D'EXERCICE PARFOIS PLUS AGRÉABLE**, une moindre tension Vs. Établissements supports / CHU.
- **POUR LES JEUNES MÉDECINS** : possibilité de continuer à bénéficier du plateau technique d'un CHU, de rester en contact des professeurs/chefs de services qui ont contribué à leur formation, tout en gagnant en **AUTONOMIE. DÉCOUVERTE DE NOUVEAUX TERRITOIRES** et éventuelle installation.

LES COOPÉRATIONS MÉDICALES BÉNÉFICIENT À L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES (2/2)



POUR LES ETABLISSEMENTS PERIPHERIQUES :

- **MAINTIEN DE SPÉCIALITÉS EN TENSION**, risquant de disparaître de l'établissement
- **CAPTATION D'ACTIVITÉ MÉDICALE** pour l'hôpital, développement d'activités nouvelles
- **OPPORTUNITÉS DE RECRUTEMENT DE JEUNES PRATICIENS**, amenés à découvrir un territoire, un nouveau cadre de vie qui peut éventuellement les amener à rejoindre l'établissement.



POUR LES ETABLISSEMENTS SUPPORTS :

- Maintien des soins au sein des établissements de proximité, ce qui permet d'**ÉVITER UN ENGORGEMENT** des établissements supports.
- **FIDÉLISATION DE JEUNES MÉDECINS PROMETTEURS** : le statut d'assistant partagé permet de les maintenir au sein des CHU (où peu de postes à plein temps sont créés) et d'éviter leur fuite vers le secteur privé.
- **OPPORTUNITÉS DE RECRUTEMENT** au sein de l'établissement support motivés par le cadre d'exercice partagé.



4

Les principaux écueils et freins à la coopération médicale

LES COOPÉRATIONS MÉDICALES SE HEURTENT À SIX PRINCIPAUX TYPES D'OBSTACLES

La mise en œuvre des coopérations est freinée par plusieurs obstacles, souvent concomitants :

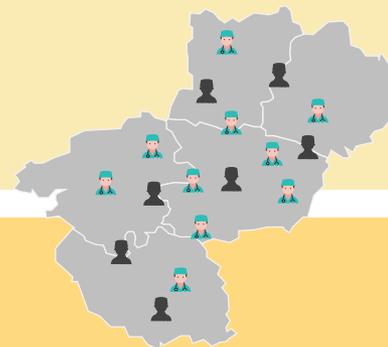
1. LA PÉNURIE DES RESSOURCES MÉDICALES : indéniablement le premier frein aux coopérations.

2. LE DÉFICIT D'ATTRACTIVITÉ ET L'ÉLOIGNEMENT DE CERTAINS TERRITOIRES ET ÉTABLISSEMENTS

3. LES DISSENSIONS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT ET CERTAINS ÉTABLISSEMENTS

4. LES FREINS D'ORDRE BUDGÉTAIRE, dans le cadre de l'exercice médical partagé

5. LES FREINS LIÉS AU NUMÉRIQUE OU À LA LOGISTIQUE



6. LES LIMITES OPPOSÉES PAR DES PRATICIENS :

- a) Les réticences à l'exercice partagé, toutefois moins marquée chez les jeunes générations
- b) La plus grande importance accordée à l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle de la part des jeunes médecins
- c) La perte de sentiment d'appartenance, constatée dans les équipes médicales territoriales
- d) L'hyperspécialisation croissante des médecins : *a priori* un obstacle aux coopérations... mais une évolution inévitable qu'il conviendra de transformer en atout



5

Les leviers de développement des coopérations médicales

UN ENSEMBLE DE MESURES SUSCEPTIBLES DE CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS MÉDICALES

Différentes mesures et actions sont à même de contribuer au développement des coopérations médicales, à l'échelle des GHT mais aussi en amont, dès la formation des médecins :

- 1. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE TERRITORIAL**
- 2. RENFORCER LA GOUVERNANCE À L'ÉCHELLE DES GHT :**
 - a) En termes d'Instances Médicales et de DAM**
 - b) Au niveau économique et financier**
- 3. RENFORCER LA COHESION ENTRE LES PRATICIENS ET EQUIPES MÉDICALES**
- 4. DÉVELOPPER LES ÉQUIPES TERRITORIALES MUTUALISÉES**
- 5. ACTIVER DANS LE MÊME TEMPS LE LEVIER DE LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (RECOURS AUX IPA, en particulier)**
- 6. HARMONISER LES DOSSIERS-PATIENTS ET LES OUTILS NUMÉRIQUES, DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE**
- 7. EN LIEN AVEC MINISTÈRE, ARS ET UNIVERSITÉ :**
 - a) RENFORCER LA GPEC MÉDICALE**
 - b) SENSIBILISER LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET JEUNES MÉDECINS À L'EXERCICE ET AUX CARRIÈRES TERRITORIALES**



- Questions-réponses



- Donnez-nous votre avis



Merci de votre participation !