

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau évaluation, modèles
et méthodes (R5)

Instruction DGOS/R2/R5 n° 2014-222 du 17 juillet 2014 relative au positionnement des hôpitaux de proximité sur leur territoire et aux modalités de financement spécifique des ex-hôpitaux locaux

NOR : AFSH1417418J

Validée par le CNP le 20 juin 2014. – Visa CNP 2014-101.

Résumé : dans le cadre de l'engagement n° 11 du pacte territoire santé « adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers régionaux », la présente instruction vise à évaluer la place des hôpitaux de proximité dans les territoires fragiles, l'enjeu étant de conforter ces établissements dans les territoires dans lesquels ils jouent un rôle structurant en termes d'accès aux soins de proximité.

Les ARS sont sollicitées pour établir un diagnostic qui permettra également de mieux connaître les profils de ces établissements de proximité, les besoins auxquels ils répondent, leurs difficultés et les stratégies mises en œuvre par l'ARS les concernant.

Ces travaux alimenteront par ailleurs les réflexions en cours sur l'évolution du modèle de financement des ex-hôpitaux locaux.

Mots clés : pacte territoire santé – déserts médicaux – hôpital local – hôpital de proximité – diagnostic.

Référence : instruction DGOS/R2 n° 2013-122 relative à la mise en œuvre et à l'évaluation du « pacte territoire santé ».

Annexes :

Annexe I. – Atouts des hôpitaux de proximité, diversité des prises en charge et exemples d'organisations mises en place par ou autour des hôpitaux de proximité.

Annexe II. – Organisation interne des établissements, partenariats avec des établissements de santé, les établissements ou structures médico-sociaux et les structures d'exercice coordonnées et accueil des étudiants et internes en médecine générale.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs
les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

La présente instruction porte sur la mise en œuvre de l'engagement n° 11 du pacte territoire santé « adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire », et doit permettre de conforter les hôpitaux de proximité dans les territoires dans lesquels ils jouent un rôle structurant en termes d'accès aux soins de proximité.

Les hôpitaux de proximité sont entendus comme des établissements de santé, quel que soit leur statut, assurant une activité de médecine, pouvant avoir un accueil des urgences. Ils n'assurent pas, en revanche, d'activité de chirurgie de radiothérapie, de réanimation, de soins intensifs, d'IRM, de dialyse. Les ex-hôpitaux locaux sont intégrés en premier lieu dans cette définition.

Dans son rapport rendu public le 17 septembre 2013¹, la Cour des comptes recommande d'intégrer plus finement les anciens hôpitaux locaux dans l'organisation du parcours de soins et de s'appuyer sur ces établissements pour conforter l'exercice médical libéral. Ce rapport reconnaît la spécificité de l'offre et les atouts des ex-hôpitaux locaux et préconise, de ce fait, un financement adapté et la mise en place d'un pilotage (national et régional) plus dynamique et cohérent.

En effet, la place des hôpitaux de proximité est déterminante dans l'offre de soins de premier recours :

- ils contribuent à l'offre de soins de premier recours de par la nature même de leur activité ;
- ils jouent un rôle structurant dans leur territoire et constituent un point d'attractivité pour les médecins libéraux ;
- ils s'inscrivent, certes, dans une gradation des soins hospitaliers mais se positionnent également comme acteurs majeurs dans l'organisation de parcours de soins, dans un territoire de proximité, en lien avec les autres acteurs du territoire, médecins généralistes et professionnels de premier recours ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), notamment.

L'objectif de la présente instruction est :

1. De réaffirmer le rôle des hôpitaux de proximité dans l'offre de soins de proximité, de valoriser l'action de ces établissements et leur rôle structurant dans l'offre de soins de proximité. L'instruction a également pour objet de diffuser des bonnes pratiques en la matière (1^{re} partie et annexes).

2. De mobiliser les ARS sur le sujet du positionnement des hôpitaux de proximité dans l'offre de santé de proximité : il est demandé aux ARS d'établir un diagnostic de l'activité de ces établissements, sans distinguer les ex-hôpitaux locaux des établissements de santé ayant un profil similaire, afin de mener une réflexion d'ensemble en termes de réponse aux besoins de soins, en s'affranchissant du statut et du mode de financement (2^e partie).

3. De traiter des problématiques spécifiques auxquelles sont confrontés les ex-hôpitaux locaux, concernant le modèle de financement, ainsi que les orientations et bonnes pratiques relatives à l'organisation interne de ces établissements, aux modalités de partenariats avec les structures d'exercice coordonné et d'accueil des stagiaires (3^e partie).

I. – LE POSITIONNEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DANS LEUR ENVIRONNEMENT ET LEUR RÔLE DANS LE PREMIER RECOURS

Les hôpitaux de proximité participent à l'offre de proximité ou contribuent à la structurer, à l'articulation de la ville et de l'hôpital, des champs sanitaire, médico-social et de la prévention/promotion de la santé.

En effet, les prises en charge assurées par les hôpitaux de proximité mêlent souvent la médecine, les soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD). La présence de lits de médecine permet notamment de répondre aux besoins d'hospitalisation en soins palliatifs, lorsque le maintien au domicile s'avère impossible. Les hôpitaux de proximité représentent naturellement un lieu d'hospitalisation à privilégier pour les personnes en phase palliative, du fait de leur localisation en proximité et de la continuité médicale assurée par des médecins libéraux.

Enfin, les hôpitaux de proximité et les services ou établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) dont les territoires d'intervention coïncident ont un intérêt mutuel à développer des partenariats.

Par ailleurs, les hôpitaux de proximité constituent un point d'appui pour la structuration de l'offre de proximité : ils sont pour nombre d'entre eux bien intégrés sur leur territoire et constituent parfois, en lien avec les médecins généralistes, la seule présence sanitaire dans l'environnement immédiat du patient.

Ils contribuent à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux ; ils offrent ainsi aux professionnels libéraux l'accès à un large spectre d'interventions et la possibilité de suivre leurs patients aux différentes étapes de leur prise en charge, en ville, au domicile, à l'hôpital et en établissement médico-social (exercice mixte ville hôpital, soutien, hébergement ou collaboration avec des structures de ville et médico-sociales, relais des services d'urgences...).

De ce fait, une diminution du nombre de lits de médecine est à mesurer au regard de la contribution de l'établissement à l'offre de soins de proximité et en termes d'attractivité pour les professionnels de santé libéraux, en particulier les médecins généralistes.

¹ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, dont une partie est consacrée à l'avenir des hôpitaux locaux.

Ils ont une vision territoriale des services rendus au patient et, du fait de leur positionnement, peuvent être des interlocuteurs privilégiés des ARS dans la réflexion sur l'organisation des soins en proximité et sur l'organisation des parcours (orientation et coordination de la prise en charge des patients, entre la ville et l'hôpital), notamment pour les personnes âgées. De par leur expérience, ils peuvent, le cas échéant, jouer le rôle d'animateur du projet de santé de proximité de leur territoire et valoriser leur connaissance des enjeux et des réponses organisationnelles possibles.

Ainsi, le positionnement des hôpitaux de proximité doit être envisagé, non uniquement dans le paysage hospitalier, mais dans le cadre d'une approche de services sanitaires et médico-sociaux, au plus près du lieu de vie du patient, sur un territoire de projet.

L'annexe I rappelle la diversité des prises en charge assurées par les hôpitaux de proximité, les atouts de ces établissements et présente, à titre d'illustration, des exemples d'organisation mise en place par ou autour de l'hôpital de proximité, notamment concernant l'accueil des personnes âgées.

II. – DIAGNOSTIC DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN RÉGION

Le diagnostic qui vous est demandé a pour objectif de mieux identifier les hôpitaux de proximité sur leur territoire (liens avec l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital, et le secteur médico-social) et de disposer d'un état des lieux actualisé de l'offre de soins qu'ils proposent afin d'anticiper leur adaptation, notamment de leur modèle de financement; en effet, la réflexion sur le modèle de financement des ex-hôpitaux locaux conduit à considérer le profil d'activité des hôpitaux de proximité dans leur ensemble. Aussi, il vous est demandé d'engager un diagnostic des hôpitaux de proximité:

- en termes d'activité: il s'agit de disposer, pour le niveau national comme pour le niveau régional, d'un état des lieux actualisé de l'offre de soins des hôpitaux de proximité (médecine, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée), des liens de ces établissements avec l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital, et le secteur médico-social, et des éventuelles évolutions prévues à court ou moyen terme pour leurs activités hospitalières, leur organisation, les partenariats...
- en termes d'approche territoriale: il s'agit de préciser le positionnement de ces structures dans leur environnement de proximité, pour le premier recours: au sein du territoire de proximité, quelle est l'activité de l'établissement? Constitue-t-il un point d'attractivité pour les médecins libéraux du territoire? A-t-il structuré une approche coordonnée « ville-hôpital » avec les médecins de premier recours (partenariat avec des structures de type maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé?) et avec le médico-social (partenariats mis en place avec un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par exemple)?

Le diagnostic portant sur le positionnement des hôpitaux de proximité au sein de leur territoire et la stratégie de l'ARS qui vous est présenté en document 1 est constitué de deux volets: une enquête déclinée par établissement et un bilan régional (le document 1 fera l'objet d'un envoi personnalisé aux ARS).

Les données disponibles au niveau national ont été préremplies. Au total, 348 « établissements de proximité » ont été préidentifiés, sur la base de critères qui vous sont précisés dans le document 1. Vous avez la possibilité de modifier cette liste pour y inclure des établissements qui, bien que ne correspondant pas aux critères choisis, ont un profil d'activité et d'intervention ou répondent à des besoins similaires aux établissements préidentifiés.

Le bilan régional doit permettre de caractériser les éventuelles ou potentielles difficultés rencontrées par ces établissements et de préciser la stratégie de l'ARS concernant ces établissements, les orientations ou actions engagées ou à mobiliser.

La direction de l'établissement et la commission médicale d'établissement sont associées, autant que de besoin, à l'enquête.

Il vous est demandé de transmettre le document 1 faisant l'objet d'un envoi personnalisé aux ARS complété au plus tard le 29 août 2014, au bureau R5 à l'adresse suivante: DGOS-R5@sante.gouv.fr.

III. – LA SITUATION SPÉCIFIQUE DES EX-HÔPITAUX LOCAUX

a) Les modalités de financement de l'activité d'hospitalisation des ex-hôpitaux locaux

L'activité de médecine des ex-hôpitaux locaux devait être initialement tarifée à l'activité (T2A) à compter du 1^{er} janvier 2012, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2013 a reporté à mars 2015 l'échéance d'un passage à la T2A des ex-hôpitaux locaux. Jusqu'à cette date, leur financement continue de reposer, à titre dérogatoire, sur une dotation globale.

Pour mémoire, dans la perspective du passage à la tarification à l'activité en 2012, l'ATIH a réalisé en 2010 une simulation pour ces établissements de l'impact financier de la T2A sur l'activité de médecine. Cet état des lieux (sur la base des remontées PMSI 2009 et des données de retraitement comptable [RTC] 2008) a permis dans un premier temps d'estimer la dotation annuelle de financement (DAF). Toute l'activité MCO n'est pas financée au séjour : forfaits annuels, prestations en sus et suppléments journaliers. L'ATIH a donc estimé, sur la base de cette DAF, la « base MCO », c'est-à-dire la part du financement qui entrerait dans l'assiette d'application du modèle T2A MCO (DAF hors crédits non reconductibles MIG et molécules onéreuses).

Compte tenu de l'échéance à mars 2015 du financement dérogatoire en DAF des ex-hôpitaux locaux, des travaux sur leur mode de financement sont actuellement en cours pour permettre l'adaptation si nécessaire du nouveau mode de financement à leurs spécificités (notamment impact de la localisation géographique, isolement de certains sites).

Dans ce cadre, l'actualisation des simulations réalisées en 2010 permettra de voir l'évolution des recettes des établissements sur deux années consécutives. Les éléments issus de cette actualisation permettront d'éclairer les choix sur l'opportunité et les modalités éventuelles d'évolution du modèle de financement des ex-hôpitaux locaux.

L'enquête qui vous est proposée en document 2 (relatif aux « Effets revenus attendus lors du passage à la T2A des ex-hôpitaux locaux ») ; ce document fera l'objet d'un envoi personnalisé aux ARS) présente les effets-revenu attendus lors du passage à la T2A des ex-hôpitaux locaux situés dans votre région. Cette enquête, identique à celle de 2011 et élaborée en collaboration avec l'ATIH, est réalisée sur la base des données PMSI 2013 et du RTC 2012. Elle permettra de valider, pour chaque établissement, la décomposition des bases budgétaires qui sera utilisée pour réaliser la simulation du passage à la T2A.

Ce document 2 est constitué d'un onglet rappelant l'objectif et les informations relatives aux données présentées et un onglet présentant, pour chaque région, les données par établissement.

Il vous est demandé une validation pour chaque établissement de votre région de la décomposition des bases budgétaires. À cette fin, merci de retourner le document 2 au plus tard le 29 août 2014, au bureau R5 à l'adresse suivante : DGOS-R5@sante.gouv.fr.

b) Les éléments d'organisation spécifiques aux ex-hôpitaux locaux

Des orientations et bonnes pratiques concernant l'organisation interne des établissements, les partenariats avec les structures d'exercice coordonné et l'accueil des étudiants et internes vous sont proposées en annexe II.

La gouvernance et l'organisation interne : la législation actuelle propose déjà une certaine souplesse, tant sur l'organisation interne (pôles) que sur les instances.

Les partenariats avec d'autres établissements de santé ou les établissements et structures médico-sociales :

Les partenariats avec les autres établissements sanitaires ou médico-sociaux doivent permettre à l'hôpital de proximité de bénéficier de compétences supplémentaires, médicales (consultations avancées...) ou techniques (administratives, juridiques, techniques, financières...), ou de mutualiser des activités (pharmacie à usage intérieur, blanchisserie...). Ces partenariats peuvent être noués avec les centres hospitaliers ou les centres hospitaliers universitaires, avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou d'autres hôpitaux de proximité voisins, notamment sous la forme de directions communes. Le passage en direction commune avec les centres hospitaliers ou les centres hospitaliers universitaires doit relever de règles de bonne organisation au niveau local. Par exemple, il peut être préconisé localement de prévoir un volet spécifique du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ou de préserver une spécificité du directeur de site d'hôpital de proximité, compte tenu des spécificités des projets de santé portés par les hôpitaux de proximité, aux confluent des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Les modalités possibles de partenariat avec des structures d'exercice coordonné :

Ces partenariats avec les maisons ou les centres de santé, ou encore avec des professionnels de santé libéraux, doivent être encouragés (par exemple, mutualisation de salle de kinésithérapie ou mise à disposition de compétences hospitalières rares comme les diététiciens, les ergothérapeutes, les qualitatifs...).

L'accueil en stage des étudiants et internes en médecine générale :

Les stages au sein des hôpitaux de proximité sont reconnus comme très formateurs par les internes, et les établissements ont vocation à les développer.

Dans l'attente de l'aboutissement des travaux concernant les hôpitaux de proximité, qu'il s'agisse du diagnostic régional demandé aux ARS ou des travaux nationaux sur les modèles de financement des ex-hôpitaux locaux, il ne semble pas pertinent d'envisager ou d'accélérer les modifications susceptibles de déstabiliser et fragiliser l'offre de soins (hospitalière et de ville) et médico-sociale de proximité.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général adjoint,
secrétaire général par intérim,
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE I

ATOOUTS DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ, DIVERSITÉ DES PRISES EN CHARGE ET EXEMPLES D'ORGANISATIONS MISES EN PLACE DANS OU AUTOUR DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

Au-delà de l'activité de médecine, les hôpitaux de proximité ont vocation à développer des liens avec les autres activités de soins.

Les soins palliatifs

Le recours à l'hospitalisation en proximité représente un levier important dans le cadre de l'anticipation et de la gestion de la crise (réévaluation) des personnes en phase palliative à domicile. Le fait de conforter l'activité de soins palliatifs dans les hôpitaux de proximité constitue une opportunité pour préserver l'attractivité des territoires pour les médecins généralistes et participer concrètement à la structuration de l'offre de soins de proximité. La promotion de la prise en charge en soins palliatifs dans les ex-hôpitaux locaux implique de maintenir, voire réintroduire, des lits de médecine dans ces établissements (meilleure valorisation de la charge de travail des médecins généralistes en LISP de médecine qu'en SSR).

La psychiatrie

Les indicateurs de santé de la population requièrent de mieux organiser la prise en charge somatique des patients en psychiatrie. L'élaboration de conventions entre les établissements autorisés en psychiatrie et les hôpitaux de proximité pourrait favoriser l'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques lorsque le recours à un plateau technique spécialisé n'est pas nécessaire. Le lien entre les deux établissements peut utilement être incarné par les médecins somaticiens dont la plupart des établissements autorisés en psychiatrie sont maintenant dotés ou en mutualisation de moyens entre les établissements concernés.

L'HAD

Les hôpitaux de proximité se situent nécessairement sur le territoire d'une HAD, même si cette dernière n'y est pas rattachée. Un lien entre HAD et hôpitaux de proximité pourrait être recherché dans le cadre de l'optimisation des ressources entre établissements de santé de proximité, par la mutualisation de certaines ressources (PUI, DIM...) ou missions (gardes...).

Les autorisations d'HAD couvrent à peu près le territoire. Cependant, dans l'hypothèse où le diagnostic régional sur l'HAD, que doivent conduire les ARS dans le cadre de la circulaire du 4 décembre 2013, ferait apparaître le besoin de nouveaux opérateurs, la place des hôpitaux de proximité dans le développement de l'HAD pourrait être envisagée. À cet effet, pour dépasser la difficulté à développer de l'HAD par les ex-hôpitaux locaux actuellement sous DAF, et dans l'attente de l'évolution de leur modèle de financement, il sera possible d'autoriser les établissements concernés à facturer en T2A HAD.

Les hôpitaux de proximité disposent de nombreux atouts au regard de leur territoire et peuvent :

Constituer un point d'appui pour la structuration de l'offre de soins

Les hôpitaux de proximité sont pour nombre d'entre eux bien intégrés sur leur territoire et constituent parfois, en lien avec les médecins généralistes, la seule présence sanitaire dans l'environnement immédiat du patient. Ils peuvent jouer à ce titre un rôle important en matière d'accès aux soins et contribuer à la structuration d'une offre de santé de proximité, notamment pour les personnes âgées.

Par sa dimension comme par la nature de son offre, l'hôpital de proximité ne peut déployer son activité qu'en cohérence étroite avec l'ensemble des acteurs de proximité (professionnels de santé libéraux, centres de santé, maisons de santé...) et particulièrement bien sûr le médecin généraliste de premier recours. En effet, une des spécificités de ces établissements, surtout des ex-hôpitaux locaux, est que leur fonctionnement interne est pour partie assuré par les médecins généralistes libéraux, au-delà de la relation classique médecin généraliste/établissement de santé autour de la prise en charge d'un patient, ce qui contribue à renforcer les liens ville-hôpital.

Apporter une contribution à l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé libéraux

Les hôpitaux locaux offrent aux médecins libéraux de toute spécialité et au généraliste, en particulier, la possibilité d'un exercice mixte, en ville et à l'hôpital. Ce modèle particulièrement pertinent a d'ailleurs été étendu à l'ensemble des établissements de santé.

Les hôpitaux de proximité peuvent également contribuer à l'émergence ou, selon le cas, héberger des cabinets libéraux, des pôles de santé, des établissements d'hospitalisation à domicile, des maisons de santé, des centres de santé, s'impliquer dans les réseaux de santé, en devenant acteur du réseau de télémédecine par exemple, héberger un EHPAD. Ils peuvent aussi participer à la réponse aux situations d'urgence vitale : les médecins intervenant à l'hôpital local pouvant être formés à l'urgence vitale et ainsi intégrer le dispositif des médecins correspondant de SAMU (MCS).

Ils offrent ainsi aux professionnels libéraux l'accès à un large spectre d'interventions et la possibilité de suivre leurs patients aux différentes étapes de leur prise en charge, en ville, au domicile, à l'hôpital et en établissement médico-social. De fait, les hôpitaux de proximité sont souvent un atout pour l'attractivité des médecins généralistes et aussi des paramédicaux dans les territoires fragiles.

Offrir une vision territoriale des services rendus au patient

Les hôpitaux de proximité ont acquis une expérience pratique des problématiques et des réponses organisationnelles possibles dans l'articulation entre la ville et l'hôpital et aussi avec les champs de la prévention, de la promotion de la santé et du médico-social, pour une meilleure prise en charge dans le cadre de parcours cohérents.

Leur expérience en ce domaine doit être valorisée en termes de connaissance des enjeux et de réponses organisationnelles possibles.

De ce fait, le territoire pertinent pour l'hôpital de proximité est le territoire de proximité, territoire de projet où sont organisées la permanence des soins ambulatoire et la coordination médico-sociale autour des CLIC (comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées). Il s'agit du territoire d'implantation de la maison de santé pluridisciplinaire et des EHPAD et, parfois, du lieu d'élaboration du contrat local de santé. Il est défini à un niveau géographique fin, celui du bassin de vie, du canton, de la coopération intercommunale...

À titre d'illustration, des exemples d'organisation mise en place par ou autour de l'hôpital de proximité vous sont présentés ci-dessous.

Le partenariat entre un ex-hôpital local et une maison de santé dans les mêmes murs : l'hôpital local du Sud-Ouest mayennais et le pôle de santé de Craon-Renazé

Depuis septembre 2012, un nouvel espace aménagé dans la continuité de l'hôpital local intègre un pôle de santé à Craon, en Mayenne. Ce pôle a attiré plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux : médecins généralistes, infirmiers, une orthophoniste, une pédicure, une diététicienne, un kinésithérapeute, une sage-femme, un cabinet destiné à des consultations avancées telle la cardiologie, ainsi qu'un CLIC.

La réalisation de ce projet repose sur la volonté des différents acteurs et professionnels d'organiser la santé du territoire, de mutualiser des services et des compétences entre le site de Renazé et l'hôpital local de Craon. Ce nouveau pôle permet d'assurer la pérennité d'une médecine de proximité et une continuité des soins sur ce territoire.

Ex-hôpital local et centre de santé : l'hôpital de Houdan et son rôle dans les petites urgences

L'hôpital de Houdan, via son centre de santé, a développé depuis 2000, initialement avec les médecins généralistes de son territoire, puis aujourd'hui avec des médecins salariés de son centre de santé des consultations de médecine générale non programmées (du lundi au vendredi, de 9 heures à 20 heures, et le samedi, de 9 heures à 13 heures) prenant en charge les soins de première intention. En lien avec la radiologie de l'établissement et assisté de soignants, ce centre de soins de première intention reçoit 10 000 passages par an dont un tiers d'urgences : fractures, sutures, douleurs thoraciques...

Les services apportés par l'hôpital pour le maintien au domicile : l'hôpital Élisée-Charra (Lamastre, Ardèche)

Un travail de coordination avec les différents professionnels de santé dans le cadre de l'adhésion à la filière gérontologique pour améliorer les conditions matérielles de sortie du centre hospitalier de référence des personnes âgées du secteur géographique est piloté par l'hôpital.

En collaboration avec les SSIADs, l'intervention d'un ergothérapeute de l'hôpital (SSR) pour réaliser un bilan des risques domestiques est organisée avant le retour à domicile ou dans le cadre du SSIAD ; la psychologue de l'hôpital peut également réaliser un bilan ou un soutien ponctuel aux personnes soignées en SSIAD ou à leur famille ; dans le cadre de la lutte contre la douleur, un soutien aux personnes soignées en SSIAD est proposé par l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Valence.

Le portage de repas au domicile est organisé à partir de la cuisine hospitalière en lien avec deux associations locales.

Le soutien aux aidants familiaux est organisé par conventions avec l'association France Alzheimer et avec l'ADMR pour les interventions programmées d'une équipe spécialisée Alzheimer. Des séjours de rupture en médecine sont proposés en cas de situation de crise au domicile (maltraitance par exemple) et la création de six places d'accueil de jour pour soutenir le maintien au domicile des personnes âgées est en projet. La création de lits d'hébergement temporaire pour faire face à des besoins saisonniers (situations d'isolement l'hiver en montagne) serait également utile, mais le projet n'est pas encore faisable.

Concernant les urgences, la coordination des prises en charge est réalisée par les médecins libéraux dans les locaux de l'hôpital dans le cadre d'un centre de soins non programmés avec hélisurface (financement par l'hôpital).

La place de l'ex-hôpital local dans une CHT : le CH de Mauléon est organisé en CHT avec le CH de Pau et les hôpitaux locaux d'Orthez et d'Oloron

Contrairement à une CHT intégrative, cette organisation permet une meilleure utilisation des ressources et une coopération entre les acteurs, tout en gardant les spécificités de chacun (pas de mise en commun des moyens humains et financiers).

Par ailleurs, les médecins libéraux qui interviennent au CH sont organisés en groupe et peuvent également intervenir comme régulateur au SAMU centre 15, coordonnateur HAD... Le CH a aussi créé un réseau et porte un projet de MSP.

GCS et CHT autour de l'hôpital local d'Uzès

L'hôpital local d'Uzès est organisé en amont au sein d'une CHT avec les trois CH du Gard autour des projets de parcours pour les personnes âgées et de prises en charge aiguës, et en aval au sein d'un GCS qui regroupe 10 EHPAD avec mise en commun de la PUI, de la blanchisserie...

Il dispose de 10 lits de médecine, 150 d'EHPAD, 30 de SSR, d'un service d'HAD et d'une USLD.

L'ex-hôpital local au sein d'un GCS

Le CH de Lamballe

Le GCS fondé par le CH de Lamballe apporte un appui technique, logistique et managérial aux EHPAD publics et territoriaux pour la gestion de la pharmacie, du SIH, de la qualité et de la diététique, ainsi que la résolution de problèmes communs. Des formations communes sont également organisées. La cuisine est intégrée à un GIP créé avec plusieurs communes. La blanchisserie est interhospitalière. Le CH de Lamballe offre également une plate-forme de services en hébergeant le CLIC, la maison médicale de garde, un SESSAD enfant, un service de médecine du travail et diverses consultations publiques ou libérales (mémoire, gynécologique, dentaire). Grâce à ses services ISA et SARA (service d'aide et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles de la mémoire et de leurs aidants) et à un SSIAD (pour le compte de deux CIAS), le CH de Lamballe propose une filière complète de prise en charge à domicile.

L'hôpital de L'Île-d'Yeu et le GCS Vendée Océan

L'hôpital de L'Île-d'Yeu dispose de 25 lits, dont 4 de médecine, 6 de SSR et 15 d'USLD/EHPAD.

Il travaille au sein du GCS avec un centre de santé attenant (7 médecins) et le CH de Challans et un hôpital de proximité continental (en direction commune depuis 2011). Dans ce cadre, il bénéficie de consultations spécialisées dans 10 spécialités, un à deux fois par mois. Par ailleurs, une réunion de coordination mensuelle est organisée avec l'ensemble de l'offre de l'île (SSIAD, libéraux, hôpital...).

La direction commune des hôpitaux locaux de l'ouest des Vosges (Mirecourt-Darney-Lamarche 700 lits, 450 salariés)

Depuis 2007, ces trois HL fonctionnent en direction commune sans que la fusion ne figure pas dans les objectifs. Le modèle de la direction commune se développe dans un cadre réglementaire souple favorisant les innovations, tant managériales qu'organisationnelles. Localisé en territoire rural réputé désert sur le plan médical, l'attractivité du territoire s'est renforcée sur la base du développement de la qualité de l'exercice professionnel et l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers. Les cadres administratifs, logistiques et soignants mettent en commun leur expertise pour aborder dans la pluridisciplinarité la complexité des organisations à mettre en place.

La conduite d'un dialogue social responsable à travers un fonctionnement actif des instances a favorisé, par l'adhésion des acteurs, la conduite de plusieurs projets d'envergure : un projet de restauration basé sur le concept de « menus accommodés » pour les personnes dépendantes, la création d'un GCS de blanchisserie innovant dans la prise en charge du trousseau des résidents et la centralisation en commun d'un SIH complet, dossiers de soins, circuit du médicament et passerelle sécurité avec les cabinets libéraux de ville. Un projet GCS PUI médico-social est en cours avec le CH de Neufchâteau-Vittel.

Sur le plan territorial, la direction commune a été un promoteur actif de la labellisation de la filière gériatrique (*cf. infra* le détail sur la filière gériatrique) et du pôle de santé de trois maisons de santé coordonnées sur les cantons de Darney, Lamarche et Monthureux.

La fusion de deux ex-hôpitaux locaux : le CH des Marches de Bretagne

Le CHMB résulte de la fusion des deux ex-hôpitaux locaux d'Antrain et de Saint-Brice qui ont chacun une vocation : le médico-social à Saint-Brice avec différents modes d'hébergement (nuit, jour, temporaire pour personnes âgées atteintes de troubles cognitifs), accueil temporaire et hébergement permanent, unité Alzheimer (24h/24h) ; le regroupement des activités sanitaires sur Antrain (médecine : 12 lits et 75 lits SSR polyvalents et spécialisés) donc une vocation plus sanitaire avec un EHPAD de 145 places (hébergement permanent et 5 places d'accueil temporaire) ainsi qu'un SSIAD de 27 places et en cours une reprise de 47 places de SSIAD d'une association en difficultés financières. Une expérience de télé-médecine pour les plaies chroniques va bientôt démarrer en partenariat avec le pôle Saint-Hélier de Rennes.

À titre d'illustration, des exemples d'organisation de l'hôpital de proximité pour l'accompagnement des personnes âgées.

Les rencontres d'information et d'échange, proposées à l'entourage de la personne âgée hospitalisée: les rencontres Ad-Ages au CH C.-J. Ruivet de Meximieux

L'action se présente sous la forme de rencontres d'information et d'échange proposées à l'entourage de la personne hospitalisée dans le temps de l'accueil en service médecine/SSR.

Les rencontres sont animées par l'infirmière référente du service médecine-SSR, la psychologue de l'hôpital de Meximieux et la responsable du CLIC Plaine de l'Ain. Elles sont construites autour de trois thématiques: le temps de l'hospitalisation et le devenir à l'issue de l'hospitalisation, les conseils pour l'accompagnement de la personne et la prévention de l'épuisement, une information sur les droits, les services et les procédures d'instruction de demandes d'aide. Un dossier d'information avec des renseignements sur les ressources du territoire est fourni aux participants. La réunion est organisée de façon à favoriser un climat chaleureux, notamment par le soin apporté à l'accueil (lieu de réunion agréable, boissons, biscuits...).

Une action est conduite dans le cadre du partenariat entre le CLIC Plaine de l'Ain et le centre hospitalier de Meximieux, depuis janvier 2012. Elle a été inscrite au CPOM de l'établissement, au titre des passerelles entre le sanitaire et le médico-social.

La participation aux rencontres est encouragée par une information générale (affiches et plaquettes d'information à disposition des patients et de leur entourage, dans le service) et une information personnalisée donnée par les médecins et les membres de l'équipe soignante.

La mise en place d'une équipe d'appui en adaptation-réadaptation à l'hôpital intercommunal Sèvre-et-Loire

L'équipe d'appui en adaptation-réadaptation est composée de trois professionnels de santé (un ergothérapeute, un psychologue et un travailleur social) qui participent à la dynamique avec les autres acteurs concernés (services hospitaliers, services à domicile, médecin traitant, MAIA, CLIC...). Elle contribue à la mise en place d'un parcours personnalisé pour favoriser le maintien ou le retour des patients à domicile, afin de sécuriser et d'améliorer la qualité de vie par une organisation préparée en amont grâce à une intervention précoce, coordonnée et complémentaire de l'intervention des professionnels du soin. L'équipe est mobile et intervient aussi bien à domicile que dans les établissements d'hébergement ou les services hospitaliers.

L'équipe fonctionne depuis le 1^{er} septembre 2013. Un financement de 90 000 € annuels a permis de recruter trois professionnels qui travaillent dans les locaux de l'hôpital du Loroux-Bottereau où sont déjà implantés le CLIC et la MAIA. Pour la directrice de l'hôpital, « cette proximité est un atout dans la mesure où elle permet des échanges quotidiens avec les acteurs déjà impliqués dans l'aide aux personnes âgées ». L'équipe a été sollicitée pour 30 situations en deux mois. Un important travail de communication auprès des différents partenaires a été réalisé afin d'expliquer les missions de l'équipe.

Le pôle gériatologique Nord-Sarthe et les CHL de Sillé-le-Guillaume, Bonnétable et Beaumont-sur-Sarthe

Les CHL constituent une interface entre les différents secteurs sanitaire, social et médico-social.

Ainsi, le pôle gériatologique compte, à ce jour, 505 lits et places en intra ou extrahospitalier (intervention à domicile), à raison de : 41 lits de SSR (à Sillé-le-Guillaume et à Bonnétable), 30 lits de SLD (à Beaumont-sur-Sarthe), 360 lits d'EHPAD répartis sur les 3 sites, dont 22 lits d'UPAD, un lit d'hébergement temporaire, un PASA de 14 places et deux fois 6 places d'accueil de jour itinérant mutualisé avec des EHPAD du Nord-Sarthe, 50 places de SSIAD (à Sillé-le-Guillaume et Bonnétable), une équipe spécialisée Alzheimer (à Bonnétable), une équipe d'appui en adaptation et réadaptation (dispositif expérimental).

Par ailleurs, une consultation mémoire est installée à Sillé-le-Guillaume, avec pour objectif de la développer sur le reste du territoire : d'ici à la fin du premier semestre 2014, il y aura une journée par mois de consultation au CHL de Beaumont-sur-Sarthe et de Bonnétable. La couverture territoriale des besoins pourra être élargie et les délais d'attente seront réduits. Pour cette activité, le CHL est rattaché à la labellisation du CH du Mans. De la même façon, la possibilité de mettre en place des consultations avancées en cardiologie et dermatologie, dans un premier temps, est espérée.

Enfin, une « commission d'admission élargie » a été instaurée et se tient une fois par trimestre au minimum dans chaque établissement. Elle étudie des demandes d'admission en EHPAD, tant des services hospitaliers de chaque CHL que celles provenant de l'extérieur et vise à évoquer les situations difficiles rencontrées en ville et ainsi rechercher des solutions.

La construction d'une filière gériatrique dans les hôpitaux locaux de l'ouest des Vosges

Les structures et établissements sociaux et/ou médico-sociaux, du département (DVIS), les libéraux, les partenaires du maintien à domicile et les cinq établissements de santé du territoire sont associés au projet.

La mise en place de la filière a nécessité, entre autres, la création d'un poste de gériatre affecté exclusivement à la coordination de la filière et à la mise en œuvre du projet, la création d'un système d'information et de communication entre les acteurs du réseau et la définition d'un statut juridique et du niveau de formalisation des relations entre les partenaires.

Les objectifs de cette filière sont :

- optimiser la prise en charge de la personne âgée par les structures sanitaires du territoire de santé, notamment dans l'interface entre services d'urgence, services de médecine ou de spécialités et soins de suite ;
- faciliter le retour à domicile en cas d'hospitalisation et promouvoir les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- éviter les hospitalisations en urgence ;
- offrir aux médecins généralistes un recours facilité au pôle d'évaluation et une plus grande lisibilité et accessibilité aux dispositifs de prise en charge ;
- développer la prévention de la perte d'autonomie par l'évaluation gériatologique et les consultations mémoire ;
- élaborer des plans d'aides et de soins individualisés avec suivi personnalisé ;
- structurer la prise en charge spécifique des maladies d'Alzheimer et apparentées.

La filière est labellisée depuis début 2014 et regroupe 90 professionnels de santé.

ANNEXE II

ORGANISATION INTERNE, MODALITÉS DE PARTENARIAT AVEC LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, LES ÉTABLISSEMENTS OU STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES, LES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNÉ ET ACCUEIL DES ÉTUDIANTS ET INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Gouvernance et organisation interne des établissements publics de santé

Le cadre légal et réglementaire applicable aux centres hospitaliers, notamment pour les ex-hôpitaux locaux, permet des souplesses en ce qui concerne aussi bien l'organisation interne des établissements que les instances.

Le cadre réglementaire général

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié et simplifié en profondeur l'organisation interne de l'hôpital. Elle a notamment unifié les différentes catégories d'établissements publics de santé en précisant leur ressort (art. L. 6141-1) et en distinguant les centres hospitaliers des centres hospitaliers ayant une vocation régionale.

Près de 320 établissements publics de santé, anciennement dénommés hôpitaux locaux, assurent une prise en charge sanitaire de proximité. Ils sont désormais soumis au droit commun des établissements publics de santé.

Ainsi, la gouvernance interne des établissements publics de santé est composée d'un socle commun dont les règles et les grands principes sont définis dans le code de la santé publique, mais leur fonctionnement interne demeure souple en renvoyant la composition de certaines instances et les modalités d'organisation et de fonctionnement au règlement intérieur de l'établissement.

Organisation interne des établissements (art. L. 6141-1 et R. 6146-1 à R. 6146-3)

Les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne pour l'accomplissement de leurs missions, sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 6146-1 à L. 6146-11.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique: unique échelon obligatoire au sein des établissements (D. 6146-1 à R. 6146-9).

Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Le pôle est la seule structure interne obligatoire et le support d'organisation de tous les établissements quelle que soit leur taille. Toutefois, le directeur général de l'ARS peut accorder une dérogation, quand l'activité et le nombre de praticiens le justifient, et autoriser dans ce cas un établissement à ne pas créer de pôles d'activité. Les établissements publics de santé sont donc libres de s'organiser en fonction de leur taille et de leurs activités, y compris de ne pas constituer de pôle si le DG ARS l'autorise.

Les autres structures internes (L. 6146-1 et R. 6146-4 et 5).

L'organisation des structures internes est libre en fonction de l'activité des établissements.

Les instances

Les instances de décision et de représentation des personnels sont les mêmes pour tous les établissements publics de santé quel que soit leur ressort. Des dérogations sont prévues par le code de la santé publique pour autoriser les médecins libéraux recrutés par contrat au sein de l'établissement à participer à des missions de service public ou à occuper des fonctions au sein des instances de gouvernance interne.

Le directeur (art. L. 1432-2, L. 6143-7, L. 6143-7-2 et L. 6146-1).

Le directoire (art. L. 6143-7 et L. 6143-7-4).

Le conseil de surveillance (art. L. 6143-1 à L. 6143-7-8 et R. 6143-1 à R. 6143-16).

La commission médicale d'établissement (art. L. 6144-1 et L. 6144-2 et R. 6144-3 à R. 6144-6).

Le président de la commission médicale d'établissement (art. L. 6143-5, L. 6143-7, L. 6143-7-3, L. 6143-7-5, L. 6146-1, L. 6146-2 et D. 6143-37 à D. 6143-37-5).

Le comité technique d'établissement (art. L. 6143-1 et R. 6144-40).

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (art. L. 6146-9, R. 6146-10 à R. 6146-16).

**Modalités de partenariat avec les structures d'exercice coordonné (SEC),
maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou centre de santé (CdS)**

DANS QUEL INTÉRÊT ?

Pour l'hôpital

Dans les zones connaissant des difficultés de démographie médicale, certains hôpitaux locaux connaissent un risque réel de fermeture faute de ne pouvoir disposer à terme de médecins généralistes, compte tenu du vieillissement de ces derniers et des difficultés à les remplacer. La mise à disposition par l'hôpital de locaux pour créer une structure d'exercice coordonné est une des réponses envisageables pour conforter le fonctionnement de l'établissement et pour fidéliser les médecins sur le territoire: garantie de pouvoir disposer de professionnels de santé et revenus issus de la location des locaux.

Pour un centre de santé, il est à noter que cette mise à disposition n'implique pas nécessairement la gestion du centre par l'hôpital: elle peut être assurée par un autre gestionnaire tel qu'une collectivité territoriale ou un organisme à but non lucratif, comme l'autorise l'article L.6323-1 du code de la santé publique.

Pour la structure d'exercice coordonné

Les professionnels de santé souhaitant exercer en MSP ou le gestionnaire du centre de santé peuvent ainsi louer les locaux, ce qui les exonère de la question majeure du financement d'un investissement immobilier qui peut freiner certains promoteurs de projets lors de la création d'une SEC.

La perspective d'une activité mixte (de ville, libérale ou salariée, et hospitalière) constitue un élément attractif pour les professionnels de santé (exercice pluriprofessionnel dans les deux cas/ prise en charge globale et continue des patients à la fois dans la SEC et, le cas échéant, lors de leur hospitalisation/prise en charge de cas complexes).

Gain de temps pour les professionnels qui n'ont pas de transport à effectuer pour passer d'un exercice à un autre, lorsque la SEC est intégrée dans les murs de l'hôpital.

Point d'attention

Il convient de s'interroger sur les risques de « désertification » liés à la concentration de l'offre de soins en un seul lieu. Dans certains cas, l'adossement d'une SEC à l'hôpital peut être utilement encouragé à prendre forme dans des locaux proches, mais cependant séparés de l'hôpital.

POUR FAIRE QUOI ?

Au-delà de la simple location de locaux, de véritables partenariats pourront se nouer entre l'hôpital et la SEC dont les plus aboutis pourront déboucher sur un projet de prise en charge des patients commun. Ces partenariats favoriseront non seulement une meilleure prise en charge des patients, mais encore une meilleure rationalisation des coûts.

Mise en commun de moyens matériels

Matériel logistique (standard, parking, imprimante...).

Équipement sanitaire (équipement de radiologie, de laboratoire biologie médicale, ECG, salle de kinésithérapie...).

Salle pour des ateliers d'éducation thérapeutique.

...

Mise en commun de moyens humains

Exercice des professionnels de santé (y compris les spécialistes et les auxiliaires médicaux) du centre ou de la maison de santé au sein de l'hôpital.

Recours par la SEC à la compétence de certains professionnels de l'hôpital qui n'exercent pas dans ce type de structure, tels que des diététiciens, des ergothérapeutes ou des qualitéciens.

Possibilité de faire bénéficier la SEC des consultations avancées de spécialistes dont bénéficie l'hôpital.

Mise en commun de la réflexion

Élaboration de protocoles de prise en charge (ex.: cas complexes/sortie de l'hospitalisation).

Création de groupes de qualité ou de pairs (pour développer une démarche réflexive sur les pratiques).

...

Dans la forme la plus aboutie de partenariats entre les deux structures, un projet de prise en charge commune des patients pourra être rédigé qui devra tenir compte et du projet médical de l'établissement de santé et du projet de santé de la maison de santé et décrira les actions menées en commun et l'organisation commune mise en œuvre en vue de la prise en charge des patients des deux structures.

SELON QUELLES MODALITÉS ?

Il n'apparaît pas utile de créer une troisième personnalité morale¹ qui aurait pour objet de formaliser les liens entre l'hôpital et la MSP. Une simple convention suffit pour autant que ses termes soient assez précis :

À cet égard, elle devra décliner, notamment :

- la nature des moyens (matériels et humains) mis en commun ;
- les conditions dans le temps de cette mise en commun : calendrier/rythme/horaire ;
- les conditions financières de cette mise en commun ;
- la responsabilité de chaque partie (et, le cas échéant, la couverture assurantielle prévue) ;
- les conditions du partage des informations concernant les patients.

Il importe que chaque partie tienne une comptabilité précise de ses charges propres.

Le projet de prise en charge commune des patients pourra être annexé à la convention de partenariat.

La signature d'une convention de partenariat respecte l'autonomie de chaque partie et n'implique pas, *de facto*, de hiérarchie entre elles, à moins que les termes de la convention n'en décident autrement.

¹ Le recours à un groupement de coopération sanitaire qui pourrait paraître intéressant au regard des prestations médicales croisées visées à l'article L.6133-6 qu'il permet ne présente pas d'intérêt dans la mesure où ces prestations ne sont possibles qu'entre les établissements de santé membres du GCS.

La mise en commun de professionnels de santé

TYPES DE PARTENARIAT	MODALITÉS DE PARTENARIAT
Mise à disposition par l'hôpital au bénéfice de la SEC de professionnels de santé	Mise à disposition par voie conventionnelle entre l'hôpital et la SEC. La SEC rembourse à l'hôpital la rémunération du praticien qui demeure salarié de l'hôpital et ne peut percevoir aucune autre rémunération. Les actes réalisés dans la structure sont enregistrés comme des actes hospitaliers externes.
Mise à disposition par la MSP au bénéfice de l'hôpital de professionnels de santé	La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a ouvert la possibilité aux médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral d'intervenir à l'hôpital (art. L.6146-2 du code de la santé publique). L'établissement de santé verse aux intéressés des honoraires pratiqués aux seuls tarifs opposables de l'assurance maladie diminués du montant d'une redevance. Ce dispositif fait l'objet d'un contrat entre le professionnel de santé et l'établissement et est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le contrat, conclu pour une durée maximum de cinq ans, est renouvelable (art. R.6146-9 CSP). Les praticiens des centres de santé étant salariés, ils ne sont pas éligibles au dispositif précité. Concernant les auxiliaires médicaux, ils ne peuvent bénéficier de ce même dispositif que dans le cadre de soins délivrés en hospitalisation à domicile.
Mise à disposition par le centre de santé au bénéfice de l'hôpital de professionnels de santé	Lorsque le gestionnaire du centre de santé est une personne morale de droit privé, les professionnels de santé de ce centre peuvent exercer au sein de l'hôpital selon le dispositif du prêt de main-d'œuvre à but non lucratif. Lorsque le gestionnaire du centre de santé est une personne morale de droit public, les professionnels de santé de ce centre peuvent exercer au sein de l'hôpital selon le dispositif de mise à disposition (MAD).

Accueil des étudiants et internes en médecine générale

Il peut s'agir de l'accueil d'étudiants en médecine en cours de second cycle ou d'internes en médecine en cours de troisième cycle, principalement en cours de DES de médecine générale.

Rien ne s'oppose juridiquement à l'accueil de ces étudiants dans les hôpitaux de proximité, mais il faut que les unités de soins soient agréées ou que l'étudiant soit affecté auprès d'un praticien maître de stage agréé exerçant dans l'établissement. Les modalités d'agrément des services et des praticiens varient selon qu'il s'agit de stages de second ou de troisième cycle.

Pour le second cycle

Les services et les maîtres de stage sont agréés par le directeur de l'unité des formations (UFR) de médecine. Les directeurs d'hôpitaux de proximité et leurs responsables des services ou les maîtres de stage devront donc constituer un dossier de demande auprès de cette unité qui prendra sa décision en fonction de l'adéquation des activités de l'établissement avec les objectifs de la formation.

Réglementation :

Le chapitre II de l'arrêté du 8 avril 2013 précise le régime des études en vue du deuxième cycle des études médicales (voir notamment les articles 8, 14 et 1^{er} relatifs aux stages).

Pour le troisième cycle

L'agrément est délivré par le directeur général de l'ARS après avis de la commission de subdivision présidée par le directeur de l'UFR de médecine. Le dossier est à déposer auprès de l'UFR de la subdivision où est situé le terrain de stage. L'avis de la commission tient compte de l'activité du service, des moyens mis à disposition de l'interne et de l'encadrement.

Réglementation :

L'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

L'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du troisième cycle des études de médecine.

Le médecin généraliste praticien agréé-maître de stage des universités, intervenant dans un hôpital de proximité

La commission de subdivision réunie en vue de l'agrément se prononce sur un dossier comprenant une description du terrain de stage indiquant le type d'activité exercée. Si, dans le cadre de la description de son activité, le praticien précise qu'il est amené à intervenir en activité libérale au sein d'un hôpital de proximité, alors l'agrément qui est accordé peut prendre en compte cette spécificité.

La réglementation ne prévoit pas expressément cette situation, aussi rien n'est prévu ni en matière de responsabilité professionnelle, ni en matière d'information de la direction de l'hôpital concernant la présence d'un interne dans ses locaux en dehors des effectifs qu'il a à gérer.