



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

Structurer les relations ville/hôpital à l'AP-HP

**La démarche partenariale innovante
des Hôpitaux Universitaires Paris-Sud
avec les centres municipaux de santé
des Hauts de Seine et du Val de Marne**

Camille GIORDANO

Remerciements

Aux professionnels des HUPS, pour leur soutien et leurs précieux conseils : Olivier, Vincent, Charlotte, Esther, Nadège, Lucie,

A mes amis de l'EHESP pour le meilleur et pour le pire,

A ma famille,

A Raphael,

Merci

Sommaire

Introduction	1
1 Les centres de santé, des partenaires incontournables pour la construction du lien ville/hôpital	3
1.1 Que sont les centres de santé ?	3
1.1.1 Les centres de santé, des structures très hétérogènes	3
1.1.2 Des structures variées aux missions et valeurs communes.....	6
1.1.3 Les centres de santé partenaires des HUPS, des structures unies dans leur diversité	9
1.2 Les HUPS, groupe hospitalier tourné vers son territoire	11
1.2.1 Un positionnement territorial favorable à la coopération avec les CMS	11
1.2.2 Une opportunité « institutionnelle » : la forte dynamique ville/hôpital des HUPS	12
1.2.3 L'implication des services de soins des HUPS dans l'ouverture vers la ville	14
1.3 Le rapprochement HUPS/CMS : une évidence dans la construction du lien ville/hôpital.....	17
1.3.1 Hôpital public et centres municipaux de santé : des établissements complémentaires.....	17
1.3.2 Les objectifs de la coopération HUPS/CMS	19
2 Le modèle innovant de coopération entre les HUPS et les CMS	21
2.1 La forme de la convention	21
2.1.1 La démarche d'affiliation proposée par l'AP-HP	21
2.1.2 Le modèle de convention HUPS/CMS.....	23
2.1.3 L'adaptation de la convention à chaque CMS	24
2.2 Une offre de soins lisible et accessible pour les médecins adresseurs des CMS	26
2.2.1 L'accès à l'imagerie.....	26
2.2.2 L'accès aux hôpitaux de jour.....	27
2.2.3 Faciliter l'accès aux consultations aux HUPS via Doctolib.....	29
2.3 Agir sur l'attractivité médicale du territoire	31

2.3.1	La mise en place de postes partagés HUPS/CMS.....	31
2.3.2	L'organisation de consultations avancées dans les CMS.....	33
2.3.3	Favoriser les échanges autour des pratiques professionnelles entre la ville et l'hôpital	35
2.4	Assurer la fluidité du parcours de soins des patients	36
2.4.1	Des initiatives visant à faciliter les échanges de données.....	36
2.4.2	Assurer une prise en charge des patients complexes en sortie d'hospitalisation	37
	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	41
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ASIP santé : Agence des systèmes d'information partagés de santé
CdS : Centre de santé
CMEL : Commission médicale d'établissement locale
CMS : Centre municipal de santé
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRH : Compte-rendu d'hospitalisation
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DOMU : Direction de l'Organisation médicale et des relations avec les universités
GH : Groupe hospitalier
HDJ : Hôpital de jour
HUEP : Hôpitaux Universitaires de l'est parisien
HUPC : Hôpitaux Universitaires Paris centre
HUPNVS : Hôpitaux Universitaires Paris Nord – Val de Seine
HUPSSD : Hôpitaux Universitaires Paris – Seine Saint Denis
HUPRDB : Hôpital Universitaires Robert Debré
HUPO : Hôpitaux Universitaires Paris Ouest
HUPSL-CFX : Hôpitaux universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix
HUNEM : Hôpital universitaire Necker-Enfants Malades
HUPIFO : Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest
HUHM : Hôpitaux universitaires Henri-Mondor
HUSLS-LRB-FWD : Hôpitaux universitaires Saint-Louis – Lariboisière – Fernand-Widal
HUPS : Hôpitaux Universitaires Paris-Sud
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
MT : Médecin traitant
PH : Praticien hospitalier
PTA : Plateforme territoriale d'appui
SFMG : Société Française de Médecine Générale
URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

Introduction

« *Les murs qui nous séparent de l'hôpital sont globalement épais mais on a l'impression qu'ils ne sont pas de la même épaisseur entre l'AP-HP et les autres hôpitaux d'Ile-de-France* »¹. Le constat est sans appel : l'AP-HP, le plus grand centre hospitalier universitaire d'Europe, est une véritable forteresse pour les professionnels de santé de ville d'Ile-de-France. Quand bien même l'institution présente l'offre de soins la plus diversifiée de France, elle est difficile à appréhender et y accéder relève parfois du parcours du combattant. Or, l'heure n'est plus au cloisonnement ville/hôpital. Pour assurer une prise en charge optimale des patients, il est nécessaire que les hôpitaux s'engagent « *dans une démarche de construction commune et coordonnée des réponses à apporter aux besoins des territoires avec les acteurs de la ville* » comme le soutient la Fédération Hospitalière de France dans son rapport *Renforcer le lien ville-hôpital*².

Consciente de son retard, l'AP-HP a réalisé durant les mois de juin et juillet 2016 une grande enquête « Médecins Partenaires » destinée aux médecins de ville des patients accueillis par les hôpitaux Cochin, Hôtel Dieu et Avicenne. Un questionnaire, réalisé en lien la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a été envoyé et près de 800 médecins de ville y ont répondu. L'objectif de cette enquête était de réaliser un état des lieux de la qualité actuelle des relations entre les médecins de ville et les hôpitaux de l'AP-HP et d'identifier les attentes prioritaires des adresseurs. Les résultats en sont éloquentes, « *plus de 50% des médecins de ville ayant répondu à l'enquête estiment que leurs relations avec l'AP-HP avant, pendant la prise en charge hospitalière du patient et autour de la sortie de ce dernier doivent être améliorées* »³. Des défauts d'organisation de prise en charge sont particulièrement pointés du doigt :

- 84% des médecins estiment que les délais de premier rendez-vous en consultation sont trop importants ;
- 80% font d'une priorité la possibilité d'échanger directement avec un médecin senior pour un avis,
- 77% souhaitent très fortement recevoir un compte-rendu synthétique dès la sortie de leur patient, en privilégiant un envoi dématérialisé.

A la suite de ces résultats, l'AP-HP s'est engagée dans une démarche de réassurance des médecins de ville. Nommé « Médecins Partenaires », ce projet de rapprochement ville/hôpital repose sur trois engagements principaux : permettre aux médecins de prendre

¹ Citation issue d'une note de la direction générale de l'AP-HP lançant le projet « Médecins Partenaires », avril 2016. La note est présente en annexe dans son intégralité.

² Fédération hospitalière de France ; *Renforcer le lien ville-hôpital*, 2018

³ Communiqué de presse de l'AP-HP, « L'AP-HP propose une nouvelle relation partenariale aux médecins de ville », publié le 6/10/2016

rendez-vous directement en ligne pour le compte de leur patient dans ses activités de consultations, assurer l'accès téléphonique à un médecin sénior dans les services d'hospitalisation et remettre au patient sa lettre de liaison et la faire parvenir au médecin de ville, complétée du compte rendu d'hospitalisation. A ces initiatives s'est ajouté un fort encouragement à créer un réseau de correspondants de l'AP-HP, visant notamment les structures de soins primaires de ville comme les centres de santé.

Parmi les groupes hospitaliers de l'AP-HP, les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud (HUPS), constitués des sites Antoine Bécère à Clamart, Bicêtre au Kremlin-Bicêtre et Paul Brousse à Villejuif, se sont particulièrement distingués par leur investissement dans ces thématiques. Quand bien même ce groupe hospitalier n'était pas d'un établissement pilote sur « Médecins Partenaires », il a été parmi les premiers à mettre en place les lignes directes d'accès à un senior pour avis et à assurer le déploiement de Doctolib pour faciliter la prise de rdv en ligne. Les HUPS ont également pris la décision de se rapprocher des centres municipaux de santé de leur territoire pour construire une démarche partenariale innovante. Ce mémoire va se centrer sur la construction de ce partenariat pour faire connaître les structures que sont les centres de santé et de montrer en quoi un rapprochement avec ces établissements est un levier pour développer les relations ville/hôpital. Pour s'ouvrir sur la ville, un hôpital use souvent de tous les moyens pour joindre les médecins libéraux de son territoire. Mais ce genre d'initiatives est difficile à mettre en place du fait de l'éclatement de l'offre libérale et de la difficulté à identifier des interlocuteurs parmi les médecins de ville. Le constat fait par les HUPS est simple : il est plus facile de s'adresser à une structure d'exercice collectif comme les centres de santé que de viser des cabinets médicaux individuels, dans un premier temps.

L'expérimentation menée par les HUPS est particulièrement intéressante. Il s'agit du premier groupe hospitalier de l'AP-HP à mener un rapprochement global avec plusieurs centres de santé de son territoire et à avoir défini des engagements communs avec eux. Pourquoi ces structures sont-elles des partenaires à cibler dans la construction du lien ville/hôpital ? Et sur quels axes la collaboration peut-elle se construire ?

Nous allons montrer dans un premier temps en quoi les centres de santé sont des partenaires privilégiés des hôpitaux à l'heure de leur ouverture sur la ville. Puis nous présenterons le modèle de coopération construit par les HUPS avec les centres municipaux de santé partenaires du Val de Marne et des Hauts de Seine.

1 Les centres de santé, des partenaires incontournables pour la construction du lien ville/hôpital

Les centres de santé ont été ciblés par l'AP-HP dans sa démarche d'ouverture vers la ville. Ces structures sont effectivement des partenaires intéressants pour les équipes hospitalières en général et les HUPS en particulier, ceci pour plusieurs raisons. Dans un premier temps, il est nécessaire de comprendre ce que sont les centres de santé, puisque cette appellation regroupe en son sein des structures très variées (1). L'ensemble des groupes hospitaliers (GH) de l'AP-HP ont été enjoins à se reprocher d'elles. Parmi ceux-ci, les HUPS se sont particulièrement illustrés dans cette démarche. Ils bénéficiaient d'un contexte particulièrement favorable, tant au plan territorial qu'institutionnel (2). Ainsi, un véritable projet de coopération HUPS/centres de santé a pu voir le jour (3).

1.1 Que sont les centres de santé ?

Le statut des centres de santé a été modifié par l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux Conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Le Code de la santé publique énonce depuis, dans son article L.6323-1, que : « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient.* » Sous cette appellation sont regroupés des établissements très variés dont il convient de faire un tour d'horizon.

1.1.1 Les centres de santé, des structures très hétérogènes

Dans son rapport de 2013 intitulé « Les centres de santé. Situation économique et place dans l'offre de soins de demain »⁴, l'Inspection Générale des Affaires Sociales souligne la grande variété des centres de santé. Elle retient alors quatre grands critères de classement (activité, mode de gestion, taille, répartition géographique) que nous avons repris dans ce mémoire, actualisés avec des chiffres plus récents. Ces derniers sont issus d'un état des lieux présenté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) lors du 57^{ème} congrès des centres de santé qui s'est tenu le 6 octobre 2017 (travaux de

⁴ Inspection générale des affaires sociales, Rapport « Les centres de santé. Situation économique et place dans l'offre de soins de demain », établi par Philippe GEORGES et Cécile WAQUET (Juillet 2013)

l'Observatoire des centres de santé, construits à partir de données recueillies en 2015⁵). Tous les tableaux synthétiques reproduits dans cette partie sont ceux créés par la DGOS.

Activité des centres de santé et mode de gestion

Les centres de santé exercent des activités de soins très diverses. Le code de la sécurité sociale, dans son article L. 162-32-1, les classe en quatre catégories :

- Les centres dentaires (658 établissements, soit 40,6% des CdS)
- Les centres infirmiers (471 établissements, soit 29,1%)
- Les centres médicaux (107 établissements, soit 6,6%)
- Les centres polyvalents (383 établissements, dont 341 sont polyvalents avec auxiliaire médicale (21%) et 42 sont polyvalents sans (2,6%))

En application de l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique, « *les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif. Un centre de santé peut également être créé et géré par une société coopérative d'intérêt collectif [...]* ».

Aujourd'hui, près de trois quarts des centres sont gérés par des organismes mutualistes ou associatifs :

- 640 sont gérés par des associations (40% des établissements, notamment des centres infirmiers)
- 560 par des mutuelles (35%, principalement des centres dentaires)
- 204 par des organismes d'assurance maladie (13%)
- 119 par des collectivités territoriales (7%), en grande majorité par des communes. C'est avec des centres municipaux de santé (CMS) que les HUPS ont décidé de construire un partenariat.
- 86 par d'autres organismes à but non lucratif (5%)
- 10 par des établissements de santé (0,5%)

⁵ Données récoltées auprès de 1619 répondants sur les 1931 centres de santé répertoriés dans Finess

	centres médicaux	centres "polyvalents"	centres pluri professionnels	centres dentaires	centres infirmiers	Total
Collectivité territoriale	24	4	78	8	5	119
Association	48	19	73	109	391	640
Mutuelle	7	13	34	474	32	560
Assurance maladie	13	2	116	64	9	204
autre organisme BNL	13	1	36	3	33	86
organisme BL	0	1	1	0	0	2
Etablissements de santé	2	2	3	0	1	8
Total	107	42	341	658	471	1619

Tableau synthétique présentant le nombre de centres de santé par activité et gestionnaire

Dimensionnement des centres de santé

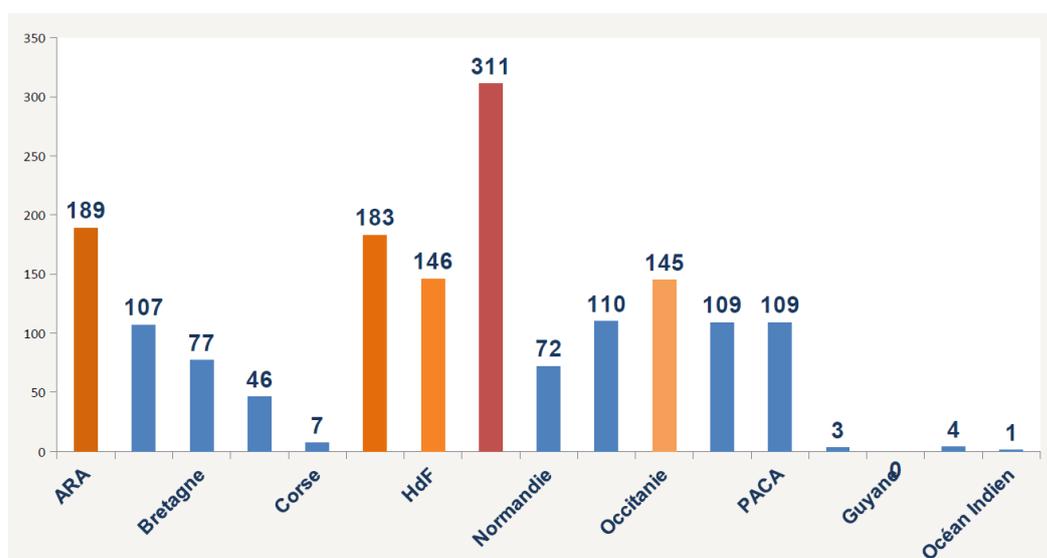
Près de 29 000 professionnels exercent en centres de santé dont 8 000 personnels administratifs, 7 500 médecins (soit 3,8% de la profession), 4 500 chirurgiens-dentistes (11% de la profession) et 5 200 infirmiers (0,2 % des infirmiers). Il faut retenir que les établissements sont de taille très variable. Les centres de soins infirmiers et dentaires, dans leur grande majorité, comptent moins de 10 ETP (selon les chiffres de l'IGAS). Quant aux centres médicaux et polyvalents, s'ils ne représentent qu'un tiers des CdS, ils emploient plus de la moitié des effectifs de l'ensemble des centres.

	Professionnels médicaux	pharmaciens	Professionnels para-médicaux	professionnels médico-sociaux	Professionnels administratifs	TOTAL
Centres médicaux	851 dont 273 MG	3	191 dont 78 infir* et 23 AD**	56	545	1 646
centres "polyvalents"	633 dont 123 MG	0	213 dont 15 infir et 155 AD	28	280	1 154
centres pluri professionnels	5 632 dont 1809 MG	35	2622 dont 853 infir et 827 AD	277	3015	11 581
SOUS TOTAL	7 116 dont 2 205 MG	38	3 026 dont 946 infir et 1 005 AD	361	3 840	14 381
centres dentaires	3 253 dont 3141 chir-dent et stomato + 26 MG	1	2818 dont 6 infir et 2714 AD	20	2 395	8 487
centres infirmiers	53 dont 21 MG	1	4345 dont 4294 infir	30	1 703	6 132
TOTAL	10 422 dont 2252 MG	40	10 189 dont 5 246 infir et 3 719 AD	411	7 938	29 000
	20 651 (71,21%)			8 349 (28,79%)		29 000
	* infir = infirmiers / ** AD = assistantes dentaires					

Tableau synthétique détaillant la répartition des professionnels travaillant en centre de santé

Répartition géographique des centres

Les centres de santé sont répartis de façon inégale sur le territoire. Cinq régions (Ile de France, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-est, Hauts-de-France et Occitanie) concentrent plus de 60% des structures. Cette répartition s'explique par l'histoire économique et politique de ces régions, qui ont connu une activité industrielle et minière importante, et/ou de longues années de socialisme et de communisme municipaux.



Répartition des centres de santé en région en 2016

1.1.2 Des structures variées aux missions et valeurs communes

Outre les activités de soins de premier recours, les centres de santé sont habilités, selon l'article L6323-1-1 du Code de santé publique, à :

« 1°) Mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale ;

2°) Contribuer à la permanence des soins ambulatoires ;

3°) Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales ;

4°) Pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10, selon des modalités définies par un cahier des charges

établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2 ;

5°) Soumettre et appliquer des protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions définies à l'article L. 4011-3 (protocoles de coopération) »

Parmi ces missions, il est intéressant d'étudier plus précisément l'investissement des CdS en matière de prévention. Il s'agit en effet de l'une leurs missions historiques. Le Dr Alain Brémaud a recensé de nombreuses initiatives aux trois niveaux de prévention⁶ :

- Prévention primaire : atelier prévention des chutes pour les personnes âgées, réunions d'information en santé destinées à différents publics (scolaires, entreprises, foyers migrants, seniors), prévention des addictions (tabac, alcool), interventions sur les thématiques du planning familial...
- Prévention secondaire : dépistage des risques cardio-vasculaires, des risques bucco-dentaires, du cancer du sein, du cancer colorectal, des infections sexuellement transmissibles (Sida, hépatites) ...
- Prévention tertiaire : soins à domicile pour les personnes âgées, consultations infirmières (aide aux diabétiques, aux asthmatiques), prise en charge de sujets contacts de tuberculose contagieuse...

Pour illustration, la DGOS a synthétisé dans le tableau suivant les principales actions de préventions mises en place par les centres de santé :

	centres médicaux	centres "polyvalents"	centres pluri professionnels	centres dentaires	centres infirmiers	TOTAL nb de centres
Aucune action	61	21	124	410	134	750
Amélioration de la couverture vaccinale	27	6	147	3	249	711
Lutte contre la tuberculose	2	1	16	0	3	41
Surpoids obésité ces les enfants	6	3	49	3	32	182
Souffrance psychique et conduite addictive chez l'enfant de 12 à 25 ans	3	1	33	0	10	99
Prévention du suicide	1	0	5	0	16	42
Prévention spécifique en direction ds personnes âgées	9	1	41	3	124	312
Prévention périnatale	4	1	28	2	5	74
Mission de relai d'information ou d'action de santé publique dans les thèmes visés par l'accord national	11	4	64	5	89	277
Prévention bucco-dentaire	2	17	86	251	9	505
Autre action (non visée dans l'accord national)	16	13	152	20	107	493

Centres de santé et activité de prévention en 2016

⁶ Dr Alain Brémaud, « Santé publique & Centres de santé » in *Les centres de santé en mouvement*, ouvrage collectif sous la direction du Dr Michel Limousin, Le temps des cerises, 2010

Au-delà de missions communes, l'homogénéité des centres de santé se retrouve plus particulièrement dans les valeurs qu'ils partagent. Pour le Dr Eric May, directeur de la santé des centres de santé municipaux de Malakoff, « *ce socle interdépendant et commun de règles et de valeurs a permis l'émergence de centres de santé de toutes formes, de toutes dimensions sur tout le territoire français et surtout adaptés aux besoins des populations.* ⁷ » En effet, différents en activités, en taille, et en gestion, les CdS sont avant tout des structures non lucratives. Elles ont pour objectif l'accessibilité sociale à la santé par la pratique du tiers payant souvent intégral (dispense d'avance de frais). Leurs professionnels de santé refusent les dépassements d'honoraires et sont salariés, y compris les médecins. Ce principe a été rappelé par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009 et inscrit dans l'article L. 6323-1-5 du CSP. Il s'agit d'une forme d'organisation inédite dans l'exercice de la médecine de ville. Les centres de santé sont également fers de lance de la défense de l'accès à la santé de tous, ce qui explique leur présence dans des zones défavorisées. Enfin, ils assurent une prise en charge coordonnée des patients, ses professionnels pratiquent une médecine d'équipe.

Parmi ces valeurs, l'exercice coordonné est une pratique qu'il convient d'étudier plus en détail. C'est un argument majeur qui a conduit l'AP-HP à cibler les centres de santé pour s'ouvrir sur la ville, comme nous le verrons plus loin. Pour le Dr Anne Moulin⁸, l'exercice coordonné facilite la prise en charge des patients (information harmonisée, pas d'examens redondants) et le travail des professionnels. Cette organisation est rendue possible grâce à plusieurs outils, mis en place dans tous les centres. Le premier d'entre eux est le projet de santé, qui définit les missions du centre et oriente l'activité des professionnels. Ces derniers y contribuent directement. Ensuite, sont organisées régulièrement des réunions d'équipe. Cela permet d'aborder le fonctionnement du centre, d'informer l'ensemble des services des nouvelles concernant l'un d'eux (campagne de prévention...). Ces échanges réguliers permettent la rédaction de protocoles de prises en charge prenant en compte les organisations au sein du centre de santé, l'offre de soins environnante et les besoins de la patientèle. Enfin, un dossier commun est établi pour chaque patient. Il peut être alimenté par l'ensemble des professionnels des centres et fait l'objet d'autorisations d'accès différentes selon le statut de ces derniers (il est possible d'avoir accès aux données administratives sans accès aux comptes-rendus des consultations par exemple).

⁷ Dr Eric May, « La réalité des centres de santé d'aujourd'hui » in *Les centres de santé en mouvement*, ouvrage collectif sous la direction du Dr Michel Limousin, Le temps des cerises, 2010

⁸ Dr Anne Moulin, « Exercice coordonné et protocolé, pratiques professionnelles en centre de santé » in *Les centres de santé en mouvement*, ouvrage collectif sous la direction du Dr Michel Limousin, Le temps des cerises, 2010

1.1.3 Les centres de santé partenaires des HUPS, des structures unies dans leur diversité

Répondant à la dynamique du Siège de l'AP-HP invitant au rapprochement GH-centres de santé, les HUPS ont contacté plusieurs centres municipaux de santé situés sur leur territoire (nord du Val-de-Marne et sud des Hauts-de-Seine). Six établissements ont été ciblés, parmi les principales structures de ville adressant des patients vers les HUPS⁹.

- Pour le territoire de santé nord Val-de-Marne : Arcueil, Ivry-sur-Seine, Gentilly et Villejuif
- Pour le territoire de santé sud Hauts-de-Seine : Malakoff et Fontenay-aux-Roses

A priori, ces CdS sont très semblables, ils partagent le même mode de gestion (communal) et sont tous des centres médicaux polyvalents. Cependant, malgré ces ressemblances, ils présentent chacun des spécificités, témoignant de leur adaptation aux besoins des populations qu'ils prennent en charge.

Spécificités de la gestion communale

La démarche partenariale construite par les HUPS est centrée sur un certain type de centre de santé : les centres municipaux. Ceux-ci sont gérés par des communes, les conseils municipaux en votent les budgets ainsi que l'ensemble des décisions de gestion importantes qui y sont prises (recrutement d'un médecin, signature d'une convention de partenariats).

Offre de soins des CMS partenaires

CMS	Arcueil	Fontenay aux Roses	Gentilly	Ivry-sur-Seine	Malakoff	Villejuif
Médecine générale	X	X	X	X	X	X
Addictologie		X				
Allergologie			X		X	
Angiologie						X
Cardiologie	X		X	X	X	X
Dermatologie	X		X	X	X	X
Endocrinologie			X		X	
Gynécologie	X	X	X	X	X	X
Ophtalmologie	X		X	X	X	X
ORL	X		X	X	X	X
Pédiatrie					X	
Phlébologie	X		X		X	X

⁹ Au fur et à mesure, d'autres villes se sont fait connaître pour intégrer les négociations partenariales (Bagneux et Vitry-sur-Seine principalement). Leur inclusion plus tardive les a tenus dans un premier temps en dehors des discussions, ce qui explique qu'ils n'apparaissent pas dans les tableaux suivants

Psychiatrie			X		X	X
Rhumatologie	X	X	X	X	X	X
Urologie					X	

Consultations médicales réalisées dans les CMS partenaires des HUPS

L'offre de soins médicaux est très diversifiée selon les établissements. Tous ne proposent pas les mêmes spécialités, et tous n'ont pas le même nombre de vacations pour chacune. Ce tableau illustre bien cette diversité. La ville de Malakoff, par exemple, compte deux centres de santé, particulièrement bien dotés en spécialistes. Il s'agit de l'un des plus grands CMS d'Ile de France. Non loin de là, dans le même département, le CMS de Fontenay-aux-Roses est une structure beaucoup plus modeste.

CMS	Arcueil	Fontenay aux Roses	Gentilly	Ivry-sur- Seine	Malakoff	Villejuif
Cabinet dentaire	X	X		X	X	
Cabinet de soins infirmiers	X	X	X	X	X	X
Imagerie médicale	X		X	X	X	X
Laboratoire d'analyses médicales			X		X	
Planning familial		X			X	
Diététique	X	X	X		X	
Rééducation			X	X		
Vaccination	X	X	X			X
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie						X

Offre de soins de support des CMS partenaires

Au-delà des consultations médicales, les CMS sont des structures polyvalentes permettant à leurs patients de réaliser les examens courants nécessaires à leur prise en charge (examens biologiques, actes d'imagerie). Les installations d'imagerie médicale regroupent le plus souvent des équipements de radiographie, d'échographie, de mammographie et de panoramique dentaire dans les centres équipés de cabinets dentaires. Le suivi paramédical par des infirmiers, kinésithérapeutes et diététiciens peut également être organisé. Cela permet une prise en charge ambulatoire globale et coordonnée des patients.

1.2 Les HUPS, groupe hospitalier tourné vers son territoire

Les HUPS, GH situé en banlieue parisienne, ont fait de leur positionnement territorial extra-muros une force. Ouvert sur les territoires où sont situés ses trois sites, le GH a conclu de nombreuses collaborations avec les acteurs de santé des Hauts-de-Seine et du Val de Marne. Ainsi, lorsque l'AP-HP a annoncé le déploiement du projet « Médecins Partenaires », les HUPS s'y sont pleinement investis. Conformément aux engagements pris par le Siège, ils ont mis en place des lignes d'accès direct aux médecins seniors de ses services dans une vingtaine de spécialités, sur ses trois sites. Celles-ci sont en fonction depuis juillet 2017¹⁰. Concernant le rapprochement avec les centres de santé, ils ont sollicité les six centres décrits supra pour entamer des discussions. Cette démarche a pu être construite car les HUPS bénéficiaient de nombreux atouts. Leurs trois sites sont situés sur des territoires de santé bien dotés en centres de santé. C'est également un GH particulièrement engagé dans une dynamique de coopérations, que ces dernières soient conclues au niveau institutionnel ou au niveau des services de soins.

1.2.1 Un positionnement territorial favorable à la coopération avec les CMS

Pour réussir à s'ouvrir sur leur territoire, les hôpitaux doivent le connaître et en identifier les forces et les faiblesses. Les HUPS sont situés en banlieue sud de Paris, une zone géographique qui, comme vu *supra*, est particulièrement bien dotée en centres de santé. Pourquoi la banlieue parisienne est-elle une opportunité territoriale favorable à cette collaboration ?

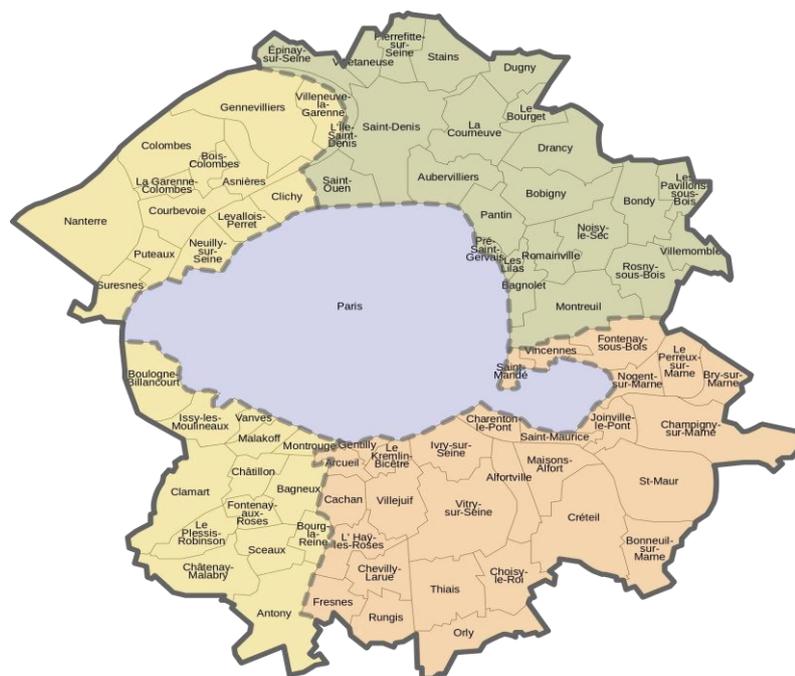
Au sein de l'ouvrage collectif *Les Centres de santé en mouvement*, la Dr Véronique Solano¹¹, réalise un historique de la création et du développement des centres de santé. Il faut remonter à la fin du XIX^e siècle et à l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 sur « l'assistance médicale gratuite », qui autorise les communes à créer des dispensaires. Cette loi marque la naissance des services municipaux de santé. Par la suite, la loi du 15 avril 1916 impose aux collectivités locales la création de dispensaires publics d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse lorsque la prévalence locale de la maladie le requiert. Ce sont des établissements publics qui prennent en charge indigents et malades payants et sont financés par l'Etat, les départements ou les communes. « *Dans ce contexte naissent les premiers dispensaires municipaux de soins, dans les villes ouvrières de banlieue parisienne* ».

¹⁰ La plaquette réalisée à destination des médecins de ville, listant ces lignes directes, est reproduite en annexe

¹¹ Dr Véronique Solano, « Historique » in *Les centres de santé en mouvement*, ouvrage collectif sous la direction du Dr Michel Limousin, Le temps des cerises, 2010

Après la Libération, la loi du 16 août 1946 fixe les conditions d'autorisation des « établissements privés de cures et de prévention » pour les soins aux assurés sociaux. Les dispensaires municipaux se développent, « *quasi exclusivement dans les départements de la Seine et de la Seine et Oise, dans cette banlieue rouge où s'expérimentent le socialisme et le communisme municipal* ».

La carte ci-dessous représente le département de la Seine, tel qu'il était constitué entre 1929 et 1968. Les départements en jaune font aujourd'hui partie des Hauts-de-Seine, les verts de la Seine-Saint-Denis et les orange du Val-de-Marne.



Carte du département de la Seine (1929-1968)¹²

Les HUPS, dont les trois sites sont situés dans les communes de Clamart, Le Kremlin-Bicêtre et Villejuif, ont une proximité immédiate avec de nombreux centres de santé. L'histoire politique, économique et sociale du territoire a favorisé le développement de ces derniers et leur gestion continue depuis les années 1950.

1.2.2 Une opportunité « institutionnelle » : la forte dynamique ville/hôpital des HUPS

Les HUPS sont un groupe hospitalier à l'origine de nombreuses collaborations avec les acteurs de santé de leurs territoires. Le GH est référent de trois groupements hospitaliers de territoire (les GHT Nord Essonne, Sud Essonne et Psy Sud) et possède des partenariats actifs avec l'Institut Gustave Roussy situé à Villejuif, l'Hôpital Marie

¹² Carte issue de l'article « Département de la Seine » sur Wikipédia : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Seine_\(d%C3%A9partement\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Seine_(d%C3%A9partement))

Lannelongue au Plessis-Robinson et l'Hôpital inter-armé Percy à Clamart. Lister l'ensemble des conventions serait bien trop long, mais illustrer cette dynamique partenariale est nécessaire. Cela explique pourquoi le GH s'est aussi vite investi dans le projet « Médecins Partenaires » et s'est rapidement rapproché des centres de santé. Ainsi, nous allons parler des réseaux de santé comme illustration de l'investissement des HUPS pour construire leur réseau ville-hôpital. Le partenariat HUPS/CMS est une forme innovante de coopération. Les réseaux de santé sont, de leur côté, la première forme de coopération qui incite l'hôpital à sortir de ses murs.

Avant d'être organisés par la loi, ces réseaux s'organisaient de manière informelle. Ils se concentraient autour de la prise en charge d'une pathologie particulière (VIH, hépatite C...). Les ordonnances du 24 avril 1996 leur ont donné une existence juridique mais il faut attendre la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour définir les réseaux tels qu'on les connaît aujourd'hui. Comme décrit à l'article L6321-1 du Code de la santé publique, *« les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations »*. Véritable outil de coordination du parcours de soin, les réseaux de santé peuvent être constitués *« entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers »*.

Les HUPS se sont investis dans plusieurs réseaux de santé aux thématiques variées (prise en charge de la personne âgée, orthogénie, réseau périnatal) et y tiennent un rôle particulièrement actif. Le réseau ONCO 94, qui compte parmi ses membres les hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse, se centre autour des spécialités de cancérologie, de gérontologie et de soins palliatifs. Ses missions visent autant les personnes malades (qu'ils accompagnent), les professionnels de santé libéraux (qu'ils appuient et forment) et les établissements de santé (qu'ils intègrent à un modèle de coordination institutionnelle et organisationnelle). Parallèlement, le réseau Osmose propose un accompagnement identique dans le sud des Hauts-de-Seine. L'hôpital Antoine Béclère en est partie prenante. Autre réseau centré sur les soins palliatifs et la gérontologie, Océane est très actif dans les

communes de Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Les patients de l'Hôpital Paul Brousse bénéficient de leur accompagnement.

La périnatalité est un domaine qui a vu se développer nombre de réseaux de santé. Les sites Bicêtre et Antoine Béclère ont chacun une maternité de niveau 3 où plus de 7000 enfants naissent chaque année. Ainsi, ils sont membres respectivement des Réseaux Périnataux Val de Marne et Hauts de Seine, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.

Enfin, les HUPS font partie de réseaux de santé construits autour de thématiques plus spécialisées. L'expertise de l'Hôpital Antoine Béclère en médecine du sommeil impliquait sa participation au réseau Morphée, consacré aux patients souffrant de troubles chroniques du sommeil. Les trois sites des HUPS sont également membre du Réseau ROMDES (réseau obésité des départements franciliens) qui organise le parcours de soins des patients adultes obèses autour de leur médecin traitant. L'investissement dans le réseau Ile de France d'Hématologie onco-pédiatrique (RIFHOP) était également une nécessité du fait de la forte activité de cancérologie des HUPS.

Les réseaux de soins étaient la première forme juridique organisant la coordination des acteurs de santé hospitaliers et de ville. Les HUPS s'y sont pleinement investis, ce qui témoigne de leur dynamisme partenarial. La mise en place d'un nouveau partenariat avec les centres de santé a été possible de fait de cette tradition d'ouverture vers les acteurs du territoire.

1.2.3 L'implication des services de soins des HUPS dans l'ouverture vers la ville

Le lien ville/hôpital ne se construit pas uniquement au niveau des directions et de la signature de conventions institutionnelles. Avant la mise en place du partenariat avec les centres municipaux de santé, de nombreux services des HUPS ont mené des démarches de rapprochement avec leurs adresseurs de ville. En 2016, la DOMU (Direction des organisations médicales et des relations avec les universités, une des directions centrales de l'AP-HP) a réalisé un recensement des coopérations ville/hôpital construites au sein des services de ses 39 groupes hospitaliers¹³. Cette enquête a été menée dans le cadre du premier axe du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP, « Penser le parcours patient de demain » et visait à identifier les types de coopérations existantes. Pour la DOMU, cela répondait à une ambition de valoriser ces initiatives venues des professionnels de santé. Il

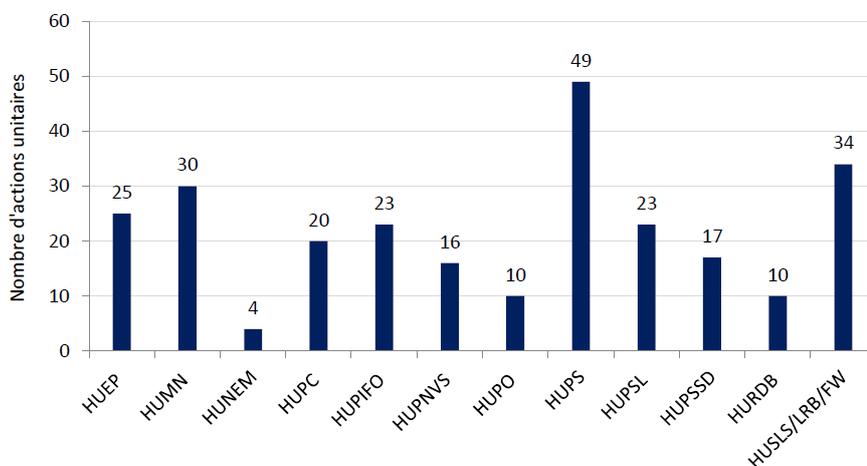
¹³AP-HP, Direction de l'Organisation médicale et des relations avec les universités, *Rapport sur les coopérations des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville*, 2016.

paraissait donc particulièrement intéressant de revenir sur les résultats de cette enquête, qui témoigne du grand dynamisme des HUPS et de ses services en matière d'ouverture sur la ville. Tous les chiffres cités dans cette partie sont issus du rapport de la DOMU.

Dans toute l'AP-HP, 261 initiatives ont été recensées. La plupart sont le fait de services médicaux (disciplines non chirurgicales) et 39 spécialités sont représentées, dont les plus actives sont la pédiatrie (39 actions), la psychiatrie (32), la gériatrie (32), la médecine interne (21) et la gynécologie-obstétrique (19). Ces actions sont autant orientées vers les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) que vers les structures d'exercice collectif (centres, maisons, pôle et réseaux de santé).

La DOMU a regroupé ces initiatives en plusieurs thèmes, dont les principaux sont l'accès aux soins hospitaliers (accès facilité à la prise de rdv en consultation, recours à l'expertise hospitalière, consultations avancées, postes partagés...), la formation (staffs en visio-conférence, formations animées en ville par des médecins hospitaliers...), la continuité des soins en sortie d'hospitalisation (transmissions destinées aux professionnels de ville, orientation des patients vers des réseaux de santé, des correspondants médicaux...), le suivi partagé des malades entre la ville et l'hôpital (partage d'informations, harmonisation des pratiques), la santé publique visant la population générale (toucher une population large sur des thématiques spécifiques : prévention des accidents domestiques, des IST...) et la recherche.

Les services des trois sites des HUPS (Bicêtre, Antoine Béclère et Paul Brousse), sont particulièrement dynamiques et ceci s'illustre par les nombreuses actions de collaboration qu'ils ont mis en place. Le tableau ci-dessous en témoigne : les HUPS sont le groupe hospitalier en tête du classement avec 49 actions recensées. Certaines, décrites dans le rapport de la DOMU, ont été reprises ici pour témoigner de la variété de ces initiatives.



Nombres d'actions de collaboration ville/hôpital mises en place par les services des
différents GH de l'AP-HP¹⁴

Accès aux soins hospitaliers - Exemple du service de pédiatrie d'Antoine Béclère

Le service de pédiatrie d'Antoine Béclère a mis en place 3 organisations complémentaires, permettant une réelle gradation de l'accès à l'expertise hospitalière par les médecins de ville.

- Pour les demandes non urgentes, une adresse mail générique a été créée. Le service s'engage à y répondre dans les 48 heures.
- Lorsque la demande ne peut attendre 48 heures, une ligne téléphonique est accessible aux heures ouvrables. Les médecins de ville sont assurés de pouvoir joindre un médecin sénior pour obtenir un avis.
- En complément de ces actions, une réunion hebdomadaire est organisée par le service. Elle est dédiée aux cliniciens de ville pour échanger autour des dossiers sur lesquels ils souhaitent un avis.

Continuité des soins – Exemple des équipes de soins palliatifs de l'Hôpital Bicêtre

Le service de soins palliatifs de Bicêtre inclut ses patients à la sortie de l'hôpital dans un réseau de soins palliatifs (Onco 94 pour les patients résidant dans le Val de Marne et Osmose pour les patients résidant dans le sud des Hauts de Seine). L'équipe mobile de soins palliatifs s'assure également de l'inclusion des patients hospitalisés dans d'autres services. Les deux réseaux de soins s'assurent de la continuité de prise en charge des patients.

Formation – Exemples des services de pédiatrie de Bicêtre et d'Antoine Béclère

Les services de pédiatrie de Bicêtre et Antoine Béclère, connectés en visio-conférence, organisent tous les jeudis matin une formation pédiatrique continue ouverte à tous les médecins libéraux (visant particulièrement les pédiatres du territoire). Le programme est disponible sur un site internet.

Santé publique – Le centre d'éducation et de planification familiale d'Antoine Béclère

Le centre d'éducation et de planification familiale d'Antoine Béclère travaille en partenariat avec les infirmières scolaires des établissements proches de l'hôpital pour définir un planning annuel d'interventions dans les classes

¹⁴ AP-HP, Direction de l'Organisation médicale et des relations avec les universités, *Rapport sur les coopérations des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville*, 2016.

Certains services sont engagés dans plus d'une action de collaboration avec la ville. C'est le cas du service de psychiatrie de Bicêtre, dont les différentes démarches concourent toutes à l'amélioration de la prise en charge des patients. De fait, les équipes sont investies dans plusieurs domaines :

- L'accès à l'expertise hospitalière par la mise de place d'une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint (CASC) pour les médecins de ville (en lien avec le réseau de santé « Dépression Paris-Sud » DEPSUD) ;
- L'organisation d'un suivi des patients partagé entre l'hôpital et la vie : le dispositif OSTA (Organisation d'un suivi thérapeutique adapté) permet de rappeler les patients suicidants lors de leur retour à domicile, en lien avec le professionnel de ville référent ;
- La formation à l'hôpital, avec la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques destiné aux psychiatres de ville, pouvant être suivi au titre du développement professionnel continu ;
- La formation en ville, avec l'organisation de soirées de formation médicale continue thématiques en ville.

1.3 Le rapprochement HUPS/CMS : une évidence dans la construction du lien ville/hôpital

La construction du partenariat HUPS/CMS a pu se faire grâce aux éléments d'opportunité vus plus haut. Mais pourquoi cibler précisément les centres de santé ? Quels sont les arguments pesant en faveur de ce rapprochement au-delà de ce contexte géographique et institutionnel favorable ? Et quels axes principaux de collaboration donner à ce partenariat ?

1.3.1 Hôpital public et centres municipaux de santé : des établissements complémentaires

Se mobiliser pour rapprocher l'hôpital de la ville est un projet indispensable mais il peut être freiné par la difficulté à identifier et mobiliser les professionnels de santé libéraux. Ces derniers font face à des contraintes de temps importantes, leur activité de soins ne leur permet pas toujours de se libérer pour s'investir dans des projets territoriaux de santé. Ils sont pourtant très demandeurs d'une relation plus étroite avec les hôpitaux. Les HUPS ont fait le choix, encouragés par l'AP-HP Siège, de se tourner vers des structures d'exercice collectif. Et parmi elles, les centres de santé municipaux présentent des atouts importants.

Comme l'hôpital public, ce sont des établissements accomplissant une mission de service public de santé. Ils partagent donc des valeurs communes et notamment garantir l'accès aux soins pour tous, en ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires et assurant la non-avance de frais. Les conditions d'exercice des praticiens hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé sont donc semblables. Autre élément facilitateur apporté par les centres de santé, leurs professionnels travaillent en équipe, quelle que soit leur fonction. Ils sont habitués à collaborer autour d'un dossier patient commun, comme nous l'avons vu plus haut. Cette pratique d'exercice coordonné est un véritable avantage pour construire une coopération entre eux et les personnels hospitaliers.

Les centres de santé sont de plus des structures visibles et plus accessibles que les cabinets libéraux. En tant que service municipal de santé, ils disposent de ressources administratives permanentes (gestionnaires, adjoints administratifs, secrétaires), ce qui facilite les échanges avec l'administration hospitalière. En tant que structures d'exercice collectif, employant des médecins salariés à plein temps et des spécialistes à temps non complet, elles sont un relais auprès d'une grande variété de professionnels de santé. Les centres de santé peuvent faire circuler l'information venant des hôpitaux à une large audience de professionnels de ville (offre de soins, de formation).

Pratiquant, de plus, une médecine ambulatoire de proximité, alliant suivi généraliste, consultations de spécialistes et soins de supports, les CMS représentent une force complémentaire pour l'hôpital public. Ce sont des établissements de premier recours, ils constituent un maillon fort de l'organisation de l'amont et de l'aval de la prise en charge hospitalière. En amont, ils assurent le suivi en ville des patients, positionnant leurs médecins généralistes comme médecins traitants. Ils peuvent effectuer des examens biologiques et d'imagerie courants et garantir une prise en charge globale des patients. En aval d'une hospitalisation, les médecins des centres de santé s'assurent de la continuité de la prise en charge et peuvent mobiliser, autour des patients, les professionnels paramédicaux nécessaires (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes).

Une collaboration bien établie entre hôpital et centre de santé garantit donc, pour les patients suivis par les deux institutions, un parcours de soins sans rupture. Ils sont suivis en ville en amont, bien orientés vers la structure hospitalière en cas de besoin et rassurés lors de leur sortie puisqu'elle a été pensée pour être la mieux organisée.

1.3.2 Les objectifs de la coopération HUPS/CMS

La coopération entre les HUPS et les CMS s'articulent autour de trois objectifs principaux que nous allons détailler.

- Harmoniser les conditions de prise en charge de la population,
- Optimiser les plateaux techniques et les infrastructures soignantes
- Maitriser l'activité d'urgence par une réponse organisée aux besoins de santé, pour prendre en charge la demande de soins au meilleur endroit et au bon moment.

L'harmonisation des conditions de prise en charge

L'exercice des professionnels de santé en CdS se rapproche d'un exercice hospitalier. Les prises en charges sont protocolisées et un dossier patient unique permet à chacun de suivre le patient dans son parcours de soins. Une harmonisation des conditions de prise en charge entre structure de ville et hôpital est donc possible. Des échanges réguliers entre professionnels hospitaliers et de ville, que ce soit au cours de staffs ou de formations communes, pourront conduire à la rédaction de protocoles de soins communs. D'autres initiatives, comme permettre aux soignants d'avoir un exercice partagé entre les HUPS et un centre de santé, iront également dans ce sens.

Dans un futur proche, cette harmonisation passera également par la mise en place d'un dossier médical commun. Alimenté par un dispositif territorial de partage d'informations, il assurerait une prise en charge continue du patient, sans perte d'information conduisant à des examens redondants. Aujourd'hui, le principal objectif est avant tout d'assurer la bonne information des médecins de ville lors de la sortie d'hospitalisation (lettre de sortie donnée au patient en temps et en heure, compte-rendu d'hospitalisation transmis au médecin traitant).

L'optimisation des plateaux techniques et des infrastructures soignantes

Les HUPS disposent d'un plateau technique de pointe, tant en chirurgie qu'en imagerie et laboratoires. Ces installations doivent bénéficier aux professionnels de santé de ville, qui y adresseront leurs patients de façon ciblée et adéquate.

La maitrise de l'activité d'urgence

Les urgences des hôpitaux Bicêtre et Antoine Béclère souffrent, comme bien d'autres en France, d'un afflux très important de patients dont les motifs de consultation ne relèvent pas toujours d'une prise en charge aux urgences. Les centres de santé ont un rôle à jouer dans le désengorgement des urgences, en assurant une prise en charge de premier recours. Ils garantissent une accessibilité financière et géographique aux soins qui relèvent d'un suivi en ville. Ceci vaut autant pour les consultations de médecine générale que pour

les consultations de spécialité. Les médecins des HUPS étaient particulièrement favorables à collaborer avec ces spécialistes de ville pour prendre en charge des patients dont ils considéraient la prise en charge à l'hôpital non pertinente.

2 Le modèle innovant de coopération entre les HUPS et les CMS

Les HUPS présentent de nombreux atouts pour construire leur rapprochement avec les centres de santé. Ces derniers, nombreux sur le territoire, sont des adresseurs de patients réguliers. De son côté, le groupe hospitalier est particulièrement investi dans la dynamique de coopération ville/hôpital. Tous ces facteurs ont favorisé la mise en place de cette convention de partenariat inédite à l'AP-HP par le nombre d'acteurs qu'elle a mobilisé. Nous verrons dans un premier temps quelle forme de convention (1) a été retenue avant d'en étudier le contenu. Cette convention comporte des engagements visant à rendre l'offre de soins hospitalière plus lisible pour les médecins de ville (2), à renforcer l'attractivité médicale du territoire et renforcer les liens entre médecins hospitaliers et praticiens des CMS (3) et à fluidifier le parcours des patients (4).

2.1 La forme de la convention

Le Siège de l'AP-HP a promu une certaine forme de coopération, adoptée par l'Hôpital Louis Mourier dans son partenariat avec le CMS de Gennevilliers. Ce modèle, précurseur, sera présenté dans un premier temps. Ensuite, nous verrons comment les HUPS se sont inspirés de cette démarche pour construire leur propre convention. Cette dernière, plus ambitieuse, a été travaillée avec six CMS partenaires.

2.1.1 La démarche d'affiliation proposée par l'AP-HP

Dans le cadre du projet Médecins Partenaires, l'AP-HP a présenté aux structures d'exercices en soins primaires (centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles) de son territoire une démarche d'affiliation. Ce modèle de convention, passée entre elle et la commune, l'organisme ou l'association gestionnaire de la structure, se concrétise par :

- Des engagements socles réciproques
- L'organisation de filières et parcours cliniques partagés
- Des principes de gestion partagée
- Une implication conjointe sur un territoire

Selon le projet présenté par la DOMU, la structure affiliée « *peut être conçue comme une structure avancée de l'AP-HP, dans le sens où les modalités de prise en charge sont communes et que l'accès, si besoin, à l'hôpital est le même que si le patient avait été vu en consultation hospitalière. De même, pour le suivi d'un patient en CdS après prise en charge*

hospitalière. A contrario, l'affiliation ne représente en aucun cas un lien de subordination d'une structure envers une autre, chacune restant totalement autonome et indépendante¹⁵ ».

Les engagements socles recouvrent plusieurs thématiques, résumées par le tableau suivant :

	Engagements AP-HP	Engagements CdS/MSP
Echanges d'informations médicales pour la prise en charge d'un malade	Envoi d'un CR définitif ou à défaut provisoire le jour de la sortie	Utilisation de fiches d'adressage
	Partage des résultats d'examens	
Facilitation de la coordination opérationnelle	Mise en place d'un dispositif d'admission directe dans les services	Equiper de tous les médecins avec une messagerie sécurisée et inscription dans médecins partenaires
	Partage de lignes téléphoniques médicalisées	
Renforcement de la prise en charge de proximité	Poursuite des partenariats avec les équipes de soins de ville déjà en place autour du patient (MT, IDE,...)	Prendre en charge comme médecin traitant les patients se présentant après un passage à l'hôpital et souhaitant avoir un médecin traitant
Développement et partage des connaissances	Ouverture des formations hospitalières,	Participation des personnels aux formations ouvertes
	Invitation croisée aux staffs de chaque structure voire organisation de staffs communs	
Communication	Charte graphique partagée. Le CMS affilié fait apparaître le logo APHP dans ses formulaires et autres documents de communication.	

L'organisation de filières et de parcours cliniques partagés sont à définir par les parties prenantes selon les besoins du territoire. Parmi les pistes de réflexion apportées par le Siège de l'AP-HP figurent des coopérations basées sur :

- L'accessibilité, pour les médecins des CdS ou MSP, à l'expertise hospitalière : téléconsultation, téléexpertise, staffs communs, avis téléphonique via des lignes dédiées, consultations avancées de médecins hospitaliers dans les structures de ville...
- Le partage de bonnes pratiques
- Des prestations de services offertes soit par l'AP-HP (examens biologiques avancés, imagerie de coupe), soit par les CdS/MSP (examens radiologiques courants, certaines explorations fonctionnelles)
- L'organisation de filières avec des protocoles de prises en charges communs : la DOMU donnant pour exemple des filières avec prise en charge initiale en ville avec

¹⁵ Document de travail de la DOMU, Service parcours patient, « Présentation de la démarche d'affiliation aux structures d'exercice collectifs en soins primaire », octobre 2017

besoin si recours à l'hôpital (pratique des interruptions volontaires de grossesse) et à l'inverse des prises en charge initiales à l'hôpital et suivi en CdS ou MSP (dans le cadre d'une sortie des urgences, pour le suivi de maladies chroniques)

Concernant, les principes de gestion partagées, les pistes de coopération sont principalement, en matière de ressource humaines, la promotion de postes partagés entre les hôpitaux et les structures de ville et des ambitions en matière de formation.

Les coopérations en matière de système d'information se traduiraient principalement par la simplification des échanges entre les deux structures, notamment dans le cadre de la prise en charge d'un même patient.

L'AP-HP souhaite également promouvoir une reconnaissance institutionnelle du partenariat, tant au niveau de son siège (par la présence de représentants des partenaires aux commissions de surveillance comme personnalité qualifiée) qu'au niveau de chaque groupe hospitalier (participation des cadres de santé des structures partenaires au sein des CSIRMT locales, des directeurs médicaux aux CME).

Enfin, par implication conjointe sur le territoire, l'AP-HP entend enjoindre ses GH et leurs partenaires à mettre en place un maillage territorial, en collaboration avec les structures médico-sociales. Ceci permettrait d'œuvrer plus globalement à la réduction des inégalités en santé.

Ce modèle de coopération, promu par le siège de l'AP-HP, reprend une initiative menée par l'Hôpital Louis-Mourier avec le CMS de Gennevilliers (Hauts de Seine). Cette convention d'affiliation a été signée en juillet 2017.

Les HUPS se sont inspirés de ce partenariat pour construire leur propre démarche.

2.1.2 Le modèle de convention HUPS/CMS

Les HUPS et les CMS ont fait le choix d'une convention telle que définit à l'article L6134-1 du CSP. « *Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières* ».

Cette convention identifie notamment la mise en commun de moyens et les conditions de répartition d'activités de soins, en fonction des besoins de santé des populations et des possibilités propres à chaque discipline médicale.

Le contenu de la convention

Les différentes thématiques discutées entre les HUPS et les CMS reprennent les grandes orientations proposées par le modèle de coopération de l'AP-HP (elles seront détaillées ci-après) :

- Thématique imagerie : faciliter l'accès à l'imagerie de coupe en secteur 1 pour les médecins de ville
- Thématique Hôpitaux de jour : raccourcir et graduer l'accès aux HDJ du groupe hospitalier
- Thématique consultations : raccourcir les délais d'accès aux consultations proposées sur Doctolib
- Thématique échanges de données : favoriser le partage d'informations entre médecins de ville et praticiens hospitaliers
- Thématique sortie du patient : s'assurer que les patients nécessitant un suivi en ville après leur hospitalisation puissent en bénéficier
- Thématique formation : répondre aux attentes des médecins des CMS en termes de formation continue
- Thématique démographie médicale : pallier le déficit de médecins sur les territoires des HUPS et des CMS

2.1.3 L'adaptation de la convention à chaque CMS

Rencontrer les directeurs des différents CMS a permis de se rendre compte que tous n'ont pas les mêmes besoins et les mêmes attentes vis-à-vis des HUPS. C'est pourquoi la direction des partenariats a fait le choix de proposer une convention-cadre, signée par l'ensemble des centres dans un premier temps, puis la rédaction d'avenants pour adapter chaque article en fonction des CMS.

Malgré la proximité géographique entre les établissements, ils ont chacun leurs forces et leurs difficultés, ainsi que des populations aux besoins de prise en charge spécifiques.

Les CMS ont donc été interrogés pour connaître leurs attentes en consultations médicales avancées (consultations en leurs murs par des praticiens des HUPS) et en accès facilité aux consultations à l'hôpital. Certaines spécialités sont unanimement évoquées : endocrinologie, gériatrie, cardiologie... D'autres font l'objet de demandes spécifiques.

Ainsi, les CMS du Val-de-Marne, proches de l'Aéroport d'Orly et prenant en charge de nombreux patients migrants ont besoin de renforcer leur offre de soins en infectiologie et immunologie (relevant de la médecine interne). Ce ne sont pas des besoins remontés par le CMS de Fontenay-aux-Roses, par exemple.

Le tableau synthétique ci-dessous, réalisé après avoir mené les rencontres bilatérales, illustre bien ces différences de besoins.

CMS	Consultations aux HUPS	Consultations avancées	HDJ
Arcueil	Endocrinologie	Médecine interne,	Médecine interne Gériatrie Diabétologie
Gentilly	Endocrinologie, Rhumatologie Dermatologie, Allergologie Pédiatrie	Médecine interne, rhumatologie et diabétologie	Endocrinologie Cardiologie Gériatrie
Fontenay aux Roses	Cardiologie, Neurologie, Gastroentérologie, Endocrinologie, Orthopédie	Rhumatologie, ORL, ophtalmologie, endocrinologie, psychiatrie	Gériatrie Médecine interne
Ivry-sur-Seine	Médecine interne, Psychiatrie	Radiologie, gynécologie, Phlébologie, pneumologie, allergologie, psychiatrie	Médecine interne, gériatrie
Malakoff	Médecine interne	Médecine interne	Gastroentérologie, médecine interne, sommeil, gériatrie
Villejuif	Cardiologie, Pneumologie, Gastroentérologie, Endocrinologie	Cardiologie, néphrologie	Diabétologie, cardiologie, médecine interne

Tableau synthétique de remontées des besoins des CMS en matière d'accès aux soins

De fait, la démarche partenariale s'est construite en deux temps. Tout d'abord, une réflexion avec l'ensemble des CMS contactés pour définir les principaux axes de coopération. Puis, dans un second temps, des rencontres bilatérales avec les directeurs des établissements ont été organisées pour connaître plus précisément les attentes de ces derniers. L'approche adoptée pour la plupart des axes de coopération a été de travailler sur des expérimentations avec chaque établissement sur les points les plus critiques.

2.2 Une offre de soins lisible et accessible pour les médecins adresseurs des CMS

L'un des premiers retours faits par les CMS lors des rencontres : les HUPS ont une offre de soins dense et complète. Il peut être difficile de trouver un interlocuteur quand le médecin du CMS souhaite adresser son patient pour une consultation. De même, s'informer sur l'offre de soins est en soi un défi, que ce soit pour appréhender les différentes spécialités que les formes d'hospitalisation (complète, de semaine, de jour) proposées.

2.2.1 L'accès à l'imagerie

En ville, l'accès à des examens d'imagerie de coupe en secteur 1 (sans dépassements d'honoraires) peut être très contraignant. Les CMS, souvent équipés en matériel d'imagerie standard tel que les échographes et radios, rencontrent des difficultés dès qu'il s'agit d'obtenir, pour leurs patients, une IRM ou un scanner dans un délai raisonnable. Les radiologues conventionnés en secteur 1 sont une ressource de plus en plus rare en libéral. L'accès aux soins des patients s'en retrouve fragilisé.

Les HUPS et les CMS ont donc travaillé ensemble pour faciliter l'accès aux équipements des trois sites du groupe hospitalier. Il a ainsi été acté que le GH met à disposition son plateau d'imagerie médicale afin qu'y soient réalisés des actes de diagnostic et/ou interventionnels au bénéfice des patients suivis dans les CMS. L'objectif posé est clair et ambitieux : une réponse doit être apportée au médecin adresseur du CMS lors d'une demande de scanner en moins de 48h et le patient devra être programmé dans les délais adéquats.

Pour cela, un formulaire unique d'adressage a été créé, en lien avec les équipes du service d'imagerie de l'Hôpital Bicêtre. Le document et le logigramme décrivant son utilisation sont tous deux reproduits en annexe. La contrepartie demandée aux médecins des centres de santé est d'évaluer de façon sincère le degré d'urgence de l'examen. En cas d'urgence, une date d'examen sera trouvée dans les 48h. En cas de semi-urgence, sous 15 jours. Si la demande n'est pas urgente, elle sera programmée aussi tôt que possible en fonction du flux d'examens. Dans tous les cas, le médecin adresseur obtiendra la réponse à sa demande d'examen dans les 48h suivant celle-ci. En cas de découverte d'une situation inattendue lors de la réalisation de l'examen, le CMS s'engage à faire le lien entre son médecin prescripteur et les équipes d'imagerie hospitalières.

Dans un premier temps, ces demandes seront adressées au service par fax. Les échanges seront faits par messagerie sécurisée dès que les CMS seront tous équipés (adressage du

formulaire du CMS vers les HUPS et envoi du compte-rendu d'examen des HUPS vers les CMS).

Pour les HUPS, cette organisation présente plusieurs avantages. Les patients des CMS forment une file active supplémentaire pour rentabiliser les installations, l'utilisation du formulaire unique permet un adressage fluidifié et la prise de rdv dans les délais.

L'expérimentation a été lancée pour les demandes de scanner. Le modèle sera ensuite étendu aux demandes d'IRM.

2.2.2 L'accès aux hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour sont un mode d'hospitalisation en pleine expansion avec le développement de l'ambulatoire. Aux HUPS, de nombreuses spécialités proposent ce type de prise en charge. Cependant, cette offre de soins reste mal connue des médecins de ville. A plusieurs occasions, les CMS partenaires ont insisté sur la volonté de leurs professionnels d'adresser leurs patients vers des HDJ qui leur offriraient la meilleure prise en charge. Mais les adresseurs se heurtent à une offre de soins difficile à appréhender. Tous les parcours ne sont pas connus et quand ils le sont, les médecins ne savent pas toujours quels sont les examens réalisés dans le cadre de ces HDJ. A cette visibilité restreinte de l'offre de soins, s'ajoute des modalités d'adressage multiples (mail, téléphone, fax, par le secrétariat, par l'infirmière coordinatrice...) qui diffèrent selon les spécialités. Il a donc été décidé de travailler ensemble pour trouver un moyen de rendre ce mode d'hospitalisation alternatif plus accessible. Pour les HUPS, un meilleur accès à ses HDJ signifie une file active de patients plus importantes, avec la garantie que ces patients relèvent bien d'une hospitalisation de jour.

Dans un premier temps, les HUPS ont réfléchi à un dispositif pour mieux informer les professionnels de ville sur leur offre d'hôpital de jour. Un recensement de l'ensemble de des parcours HDJ, sur les trois sites du groupe hospitalier, a été mené. L'objectif est de regrouper dans un document unique une information claire et complète sur les prises en charge en HDJ. Les neuf pôles cliniques du GH ont été sollicités pour construire ce répertoire. Une première version a été envoyée aux centres partenaires en juin. Réalisée sous forme de tableau, elle liste les différents parcours par spécialités et par site et renseigne les modalités d'adressage (numéro de téléphone, adresse mail), ainsi que les examens réalisés au cours de l'hospitalisation.

Dans un second temps, un travail a été mené à partir de ce document pour faciliter l'adressage en HDJ. Les parcours ont été classés en deux catégories, les parcours simples et les parcours complexes.

Les parcours simples sont des parcours bien structurés avec des procédures de prise en charge écrites et un guichet d'adressage unique, permettant aux médecins de ville d'inscrire leurs patients directement. Les HDJ de gériatrie de l'hôpital Paul Brousse, qui proposent cinq parcours de prise en charge (mémoire, chutes, fragilité, oncogériatrie, plaies et escarres, troubles urinaires de la femme âgées), en sont une bonne illustration. Ces parcours d'HDJ sont facilement identifiables pour les médecins de ville et l'adressage des patients peut se faire sans difficultés.

Les parcours complexes prennent en charge des pathologies plus spécifiques. Pour ces HDJ, les médecins de ville hésitent davantage à inscrire leurs patients, n'étant pas sûrs que ce soit le mode de prise en charge le plus adapté. Parmi les spécialités pointées par les CMS, la médecine interne et la neurologie se distinguent particulièrement.

Modalités de coopération et expérimentation

Un formulaire unique de demande d'hospitalisation de jour a été mise en place pour les médecins partenaires. Il leur permet d'adresser directement leur patient en HDJ avec toutes les informations nécessaires à sa programmation.

Pour les parcours d'HDJ « simples » et bien structurés, les médecins des CMS peuvent adresser directement leur formulaire au service, en utilisant les coordonnées à leur disposition dans le document unique regroupant les HDJ.

Pour les parcours complexes, le formulaire est envoyé à un médecin hospitalier spécialiste, qui reçoit alors le patient en consultation d'orientation. Cette consultation, proposée dans un délai raisonnable (15 jours) doit permettre d'assurer le bon adressage du patient en HDJ s'il en relève ou de l'orienter vers les soins adaptés s'il n'en relève pas (examens complémentaires, hospitalisation complète). Par exemple, si un médecin de CMS hésite à inscrire l'un de ses patients en hôpital de jour de neurologie pour un bilan d'épilepsie, il pourra l'adresser pour consultation d'orientation vers un neurologue identifié du service. Ce dernier décidera alors de la pertinence de l'inscription du patient en hôpital de jour.

Cette expérimentation va être menée dans un premier temps avec les différents hôpitaux de jour du pôle Immunologie, infectieux, inflammation et endocrinologie (I3E), regroupant notamment les différents parcours d'endocrinologie, de rhumatologie et de médecine interne.

2.2.3 Faciliter l'accès aux consultations aux HUPS via Doctolib

Parmi les critiques adressées par les médecins de ville aux hôpitaux, l'accès aux consultations revient très souvent. Le constat est simple : les délais de rendez-vous sont longs, bien trop longs et peuvent avoir pour conséquence une perte de chance pour les patients. Le moyen le plus efficace pour réduire ces délais reste une bonne relation avec le médecin hospitalier vers qui le médecin de ville souhaite adresser son patient.

Pourtant, aujourd'hui, la prise des rdvs en ligne est une avancée pour l'accès aux soins hospitaliers, facilitant les démarches pour les patients et les médecins de ville. En 2016, l'AP-HP a choisi le groupe Doctolib pour l'accompagner dans le déploiement de la prise de rdv en ligne (recherche et prise de rdv 24h/24 sur tout type de support). Cette entreprise est le leader européen de la recherche et prise de rendez-vous médicaux en ligne avec 4 millions de patients chaque mois et plus de 10 000 praticiens référencés. C'est donc avec ces prestataires qu'une solution a été recherchée pour faciliter l'accès des médecins adresseurs partenaires aux consultations hospitalières. Ces derniers peuvent prendre rdv pour leurs patients sur Doctolib mais leur demande passe dans le flux des consultations « normales », c'est-à-dire ouvertes à l'ensemble du public. Ils ne bénéficient pas d'un accès privilégié. En mars 2017, un test a été organisé avec le CMS de Villejuif, l'un des médecins souhaitant inscrire son patient en consultation d'endocrinologie à Bicêtre. Le premier créneau proposé était en novembre 2017, soit 9 mois plus tard. Cela pose un véritable problème pour les patients dont l'état de santé nécessite un avis rapidement. Les HUPS ont donc voulu permettre aux médecins des CMS d'accéder à des plages de consultations réservées sur Doctolib pour obtenir des rdvs au plus tôt. Pour les consultations ne requérant pas d'urgence, leurs demandes seront traitées de façon standard.

HUPS et CMS se sont donc tournés vers Doctolib avec cette requête. La mise en place de ces plages de rdvs présentant des avantages pour les patients, les médecins adresseurs et les médecins consultants. L'accès aux consultations hospitalières est facilité, les médecins hospitaliers prennent en charge des patients orientés par leur médecin de ville, qui fait office de « filtre » et garantit que le patient relève bien de la spécialité. Les avis des médecins des HUPS concernant Doctolib étaient en effet mitigés. Certains lui reprochaient que beaucoup de patients prenaient rdv pour des pathologies pouvant être prises en charge en ville. Avec un adressage par les médecins de ville, cette difficulté peut être palliée. Des rencontres ont été organisées entre les HUPS, les CMS partenaires et Doctolib pour définir un paramétrage permettant de satisfaire l'ensemble des parties prenantes.

Les avancées de Doctolib

Face à ces demandes, Doctolib a mis en place une nouvelle fonctionnalité : la possibilité pour un médecin hospitalier inscrit sur Doctolib de se constituer un « réseau » de professionnels adresseurs. Cette innovation est particulièrement intéressante pour le partenariat HUPS/CMS.

Jusqu'ici, chaque médecin pouvait définir ses motifs de consultations (rdv nouveau patient, suivi dans la spécialité, pathologies particulières). Les patients et les médecins se rendant sur le compte Doctolib du praticien devaient alors sélectionner, parmi ces motifs, celui qui correspondait à leur situation. Les motifs étaient visibles par l'ensemble des utilisateurs de Doctolib, dans les mêmes conditions. Ils accédaient donc au même planning de consultations.

Avec l'innovation proposée par Doctolib, les médecins vont pouvoir choisir d'associer un motif de consultation aux médecins de leur réseau. Ainsi, il suffit ensuite, pour chaque médecin inscrit sur la plateforme, de définir la fréquence associée à ce motif de consultation réservé (par exemple, une demi-journée fixe par semaine). Les médecins de son réseau pourront accéder à cette plage de consultation réservée en sélectionnant le motif auquel eux seuls ont accès. Cela leur permet de bénéficier de plages de consultations accessibles et réservées, avec des délais bien plus courts. Par exemple, un praticien hospitalier pourra définir un motif de consultation « urgence » ouvert aux médecins de son réseau. Ces derniers y inscriront leurs patients et seront assurés d'avoir une date rapidement. La force de cette innovation est que le réseau des praticiens peut être constitué avec n'importe quel médecin de ville ou hospitalier, tant que celui-ci dispose d'une adresse mail. Il n'est pas nécessaire que les médecins du réseau soient eux-mêmes inscrits sur Doctolib.

A présent, les médecins des HUPS vont pouvoir associer leurs motifs de consultation à un profil d'utilisateur particulier. Certains resteront accessibles à tous, quand d'autres pourront être réservés à un certain public (par exemple, les médecins partenaires).

Modalités de coopération et expérimentation

Les HUPS vont communiquer sur cette nouvelle fonctionnalité de Doctolib auprès des praticiens volontaires pour l'expérimenter. L'objectif fixé par la convention est la possibilité d'accéder à une consultation semi-urgente dans un délai de 15 jours.

Le service de médecine interne de l'Hôpital Bécère s'est proposé pour tester l'expérimentation. Si elle est concluante, elle pourra être étendue dans d'autres services utilisateurs de Doctolib.

2.3 Agir sur l'attractivité médicale du territoire

Le partenariat entre les HUPS et les CMS comportent une forte dimension visant les ressources humaines médicales. Les deux territoires de santé sur lesquels ils se trouvent sont densément peuplés mais viennent à manquer de praticiens pour assurer les prises en charge. L'enjeu était donc de construire une stratégie de territoire pour renforcer l'attractivité médicale, tant aux HUPS qu'au sein des CMS. Pour cela, trois axes de coopération ont été retenus. Tout d'abord, la création de postes partagés HUPS/CMS dans des spécialités où les difficultés de recrutement sont importantes (1). Ensuite, en organisant des consultations avancées de praticiens des HUPS dans les locaux des CMS (2). Enfin, l'ouverture des formations médicales hospitalières aux médecins de ville et la mise en place de staffs communs entre les différentes structures favoriseront les échanges et la coopération entre médecins (3).

2.3.1 La mise en place de postes partagés HUPS/CMS

L'exercice mixte ville/hôpital est un facteur d'attractivité important des personnels médicaux. Sur les territoires des HUPS et des CMS partenaires, les difficultés de recrutement sont bien présentes. Ils ont donc réfléchi à un moyen de pallier ces insuffisances.

L'exercice partagé présente des avantages indéniables. Du côté des CMS, les conditions de rémunération sont attractives, plus qu'elles ne le sont à l'hôpital public. Ils recrutent leurs praticiens sur la grille de rémunération des PH mais à un échelon plus élevé, au 11^{ème} échelon, sans critère d'ancienneté. Cette organisation particulière est due au fait que les centres de santé rémunèrent leurs professionnels « à la fonction », il n'y a pas de différence de rémunération entre un jeune médecin et un praticien plus expérimenté. Les CMS offrent également un confort de travail plus important qu'à l'hôpital, tout en gardant l'exercice de la médecine en équipe. De leur côté, les HUPS sont un GH de l'AP-HP, au plateau technique complet et dont l'offre de soins présente toutes les spécialités. Un poste partagé permet à un praticien de profiter de l'ensemble de ces avantages.

L'un des axes de collaboration HUPS/CMS concerne l'imagerie. A cette occasion, l'ensemble des parties ont eu l'occasion d'aborder les problèmes liés au recrutement de radiologues. Quand la question de la création de postes partagés a été soulevée, c'est donc naturellement que l'expérimentation s'est tournée vers la radiologie. Le service de l'Hôpital Bicêtre s'est montré très intéressé par ces nouvelles formes de coopération avec la ville et c'est avec ses équipes que les négociations ont été menées.

Modalités de coopération et expérimentation

Les HUPS connaissent des difficultés pour recruter des radiologues en exercice public exclusif. Le plateau technique d'imagerie présent sur les trois sites est à la pointe (4 IRM, 5 scanners, 2 mammographes, 26 salles d'écho, 3 gammas-caméras, 1 tep-scan, 10 salles de radiologie, un service de neuro-radio récent), les équipes médico-techniques de manipulateurs-radio sont au complet, mais ce n'est pas suffisant face aux avantages que peut offrir l'exercice libéral.

Les CMS, eux, sont souvent bien équipés en imagerie de proximité (radiographie, échographie, mammographie) mais manquent de professionnels pour tenir des vacations. Les trois centres les plus en difficulté sur ces questions (Arcueil, Ivry et Bagneux) se sont regroupés pour travailler sur la création de postes partagés. A eux trois, ils jugeaient avoir besoin de 5 à 6 vacations par semaine au total, soit un demi-poste de praticien.

Il apparaissait évident que la création d'un seul poste pour un exercice partagé sur 4 sites (les trois CMS et l'hôpital Bicêtre) était un non-sens. Arcueil étant plus en nécessité qu'Ivry et Bagneux, la discussion s'est orientée vers la création d'un poste partagé entre Bicêtre et Arcueil et un poste partagé entre Bicêtre, Ivry et Bagneux.

La construction des postes

Il a été décidé de créer deux postes d'assistants à mi-temps sur le Bicêtre et dans les CMS. Les assistants des hôpitaux sont des médecins ayant terminé leur internat et qui n'ont pas passé le concours de praticien hospitalier. Leur exercice peut être mixte entre plusieurs établissements. Leur statut est défini par l'article R.6152-501 du Code de la santé publique : « *Les médecins, odontologistes et pharmaciens mentionnés au 2° de l'article L. 6152-1 peuvent être recrutés en qualité d'assistant des hôpitaux dans les conditions définies par la présente section :*

1° Dans les établissements publics de santé ;

2° Dans les établissements publics mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Ils peuvent exercer leur activité dans plusieurs établissements, au sein des groupements hospitaliers de territoire mentionnés à l'article L. 6132-1 ou pour favoriser les actions de coopération mentionnées à l'article L. 6134-1. Dans ce cas, une convention passée entre les établissements, avec l'accord du praticien concerné et après avis du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement des établissements concernés ainsi que des commissions médicales des établissements intéressés, détermine les modalités de répartition de l'activité de l'assistant et la fraction des émoluments, indemnités et allocations prévus à l'article R. 6152-514 et les charges supportées par chacun des établissements. »

« Les assistants sont recrutés pour une période initiale soit d'un an, soit de deux ans, renouvelable par période d'un an, sans que la période totale d'exercice des fonctions en qualité d'assistant ne puisse excéder six ans » (article R.6152-511).

Pour quelles raisons ce statut a-t-il été choisi ? Il est très attractif pour les jeunes radiologues. D'un côté, les postes de chefs de clinique sont assez rares aujourd'hui. D'un autre, et c'est le principal avantage, deux ans d'exercice en tant qu'assistant des hôpitaux permet de porter le titre d'« ancien assistant des hôpitaux » (article R6152-537 du CSP). Ce titre est l'une des conditions permettant l'installation libérale en secteur 2.

De fait, il s'agit du statut le plus adapté pour construire un poste partagé de radiologue. Comme l'expliquait la cheffe de service de Bicêtre, si les assistants ont parfois besoin de supervision pour réaliser des actes spécifiques comme les mammographies, ils sont tout à fait compétents en matière d'échographie et de radiologie standard, ce que recherchent en priorité les CMS.

Les fiches de postes, rédigées par le service d'imagerie de Bicêtre et par les CMS, seront diffusées peu avant novembre 2018, début de la période de post-internat.

2.3.2 L'organisation de consultations avancées dans les CMS

Les consultations avancées sont des vacations assurées par les praticiens des HUPS au sein du centre de santé. Il s'agit d'une véritable ouverture sur la ville des médecins hospitaliers, qui viennent exercer régulièrement dans une structure différente. Ce point de discussion est central pour renforcer le lien ville/hôpital. En effet, pour une prise en charge optimale des patients, les hôpitaux comme les CMS ont intérêt à ce que ces collaborations se construisent. Ces consultations permettront d'assurer un repérage en amont des patients et d'éviter les hospitalisations tardives. C'est également un moyen de mobiliser plus facilement les patients qui ne pourraient pas se rendre à l'hôpital. De plus, les patients adressés aux spécialistes des HUPS auront déjà été vus par les médecins du CMS et relèveront bien d'une prise en charge dans la spécialité. Des patients bien orientés, vus rapidement par des médecins hospitaliers, dans un établissement proche de leur lieu de résidence est un progrès très important pour une prise en charge optimale. Sans compter que cela facilitera également les hospitalisations quand elles seront nécessaires.

Pour les praticiens des HUPS, ces nouvelles conditions d'exercice présentent des atouts. Ces nouveaux patients entreront dans la file active de leur service et seront pris en charge au bon moment. L'exercice en CMS est une façon de diversifier leur activité et est comptabilisable au titre de leur activité d'intérêt général telle que décrite à l'article R.6152-50 du Code de la Santé publique : « Les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à

titre permanent, peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé. »

Modalités retenues de coopération

Une première expérimentation de ces consultations avancées va être menée en septembre entre le service de médecine interne de l'Hôpital Bicêtre et les CMS de Malakoff et de Vitry-sur-Seine. Vitry n'était pas une ville présente aux premiers échanges entre les HUPS et les CMS mais ces derniers communiquent de façon régulière. Malakoff et Vitry se sont donc entendus au préalable pour comparer leurs situations et proposer des consultations avancées organisées sur leurs deux sites. Le regroupement des deux établissements rend plus facile la mise en place de cette expérimentation, il faut notamment s'assurer que les médecins des HUPS auront une file active suffisante lors de leurs vacances.

Pourquoi la médecine interne ? Cette spécialité polyvalente est revenue quasiment systématiquement dans les échanges avec les CMS. Les internistes prennent en charge des patients dont les symptômes n'appartiennent pas à une maladie précise ou recoupent plusieurs spécialités. De fait, ils sont spécialistes de nombreuses affections (maladies auto-immunes, pathologies infectieuses, immunodépression...). Or les CMS prennent en charge de nombreux patients précaires et étrangers. Ce public est davantage exposé à ce type de pathologies (hépatites virales, syphilis, VIH...). Une collaboration étroite avec le service de médecine interne de Bicêtre sera donc très profitable à la patientèle des établissements de Vitry et Malakoff.

Au cours des négociations, les deux CMS se sont dits intéressés par une vacation de 3h toutes les deux semaines, en alternance sur les deux sites. Après discussion avec la cheffe de service, les deux parties se sont entendues sur une vacation par mois, par CMS, soit deux demi-journées au total. Elles seront assurées par les médecins volontaires du service. Le modèle de convention utilisé pour sceller ce partenariat, qui figurera en avenant de la convention principale, est présenté en annexe.

Selon les retours d'expérience qui suivront cet accord, le nombre de vacations assurées par les médecins internistes pourraient augmenter. D'autres spécialités ont également témoigné de leur intérêt pour ce type de collaboration (notamment la gastro-entérologie). Cela ouvre de nombreuses perspectives d'approfondissement du partenariat et multiplication d'accords comme celui-ci avec les autres CMS partenaires.

2.3.3 Favoriser les échanges autour des pratiques professionnelles entre la ville et l'hôpital

Le renforcement de la coopération ville/hôpital ne peut se faire qu'en favorisant les rencontres entre médecins de ville et praticiens hospitaliers. Au-delà des postes partagés, suivre des formations communes constitue une voie privilégiée pour créer du lien entre professionnels. Ces rencontres leur permettront de se connaître, d'apprendre à travailler ensemble et à partager leurs connaissances et leurs pratiques.

Les HUPS et les CMS se sont entendus sur deux points principaux :

- La possibilité d'ouvrir les formations internes destinées aux médecins hospitaliers aux médecins partenaires : les médecins salariés des CMS (notamment généralistes) pourraient avoir plus facilement accès à des actions de développement professionnel continu.
- Les spécialistes de ville assurant des vacations dans les CMS pourront également bénéficier d'une information sur ces formations.

Formations internes aux HUPS

Les HUPS s'engagent à communiquer aux CMS les thèmes de formations internes destinés à la communauté médicale. Les médecins du CMS seront libres d'y participer dans la limite des places disponibles.

Staffs/revue de dossiers

En pratique, certains services des HUPS proposent déjà ces collaborations, comme décrit plus haut. Cela dit, comme pour tous les autres axes du partenariat, les CMS n'ont pas les mêmes attentes concernant les staffs. Certains sont davantage intéressés par l'animation d'un staff dans leurs murs par un médecin spécialiste sur des cas présélectionnés par les médecins des CMS, régulièrement. D'autres préféreraient l'intervention d'un médecin généraliste hospitalier ou encore des interventions ponctuelles, en fonction des besoins.

Ainsi lors de la remontée des besoins et des discussions bilatérales, le CMS de Fontenay-aux-Roses s'est dit intéressé par l'animation de staff de médecine générale mené par un médecin des HUPS deux fois par an quand Ivry-sur-Seine serait plus favorable à un staff assuré par un médecin spécialiste une fois par trimestre. Quant à Villejuif, les professionnels sont en faveur d'une intervention ponctuelle d'un spécialiste en fonction des cas.

La convention cadre a pris en compte ces différentes demandes, choisissant de décrire dans son article que « *Les praticiens des HUPS assurent de façon régulière un staff dans les locaux de CMS, le CMS communiquant au CHU les thèmes particuliers qui seront abordés à cette occasion. Ces staffs seront organisés pour discuter des cas des patients suivis à la fois par les HUPS et le CMS le nécessitant. Un médecin spécialiste des HUPS pourra être ponctuellement sollicité pour un avis sur un dossier précis.* »

Cela laisse libre cours à l'interprétation de cet article pour l'adapter aux différents CMS. La première expérimentation sera menée dans le sillage des consultations avancées de médecine interne. Cela consistera en la participation des médecins assurant ces consultations à certaines réunions d'équipe au sein des établissements partenaires.

2.4 Assurer la fluidité du parcours de soins des patients

Les dernières modalités de coopération des HUPS et des CMS s'articulent autour de la nécessité de fluidifier le parcours des patients entre suivi en ville et hospitalisation. Des axes de travail ont donc été travaillés : la sécurisation des échanges de données et une organisation spécifique pour la sortie des patients.

2.4.1 Des initiatives visant à faciliter les échanges de données

Une communication bien établie entre équipes hospitalières et professionnels de ville permet d'assurer une prise en charge continue du patient. Cela passe autant par un bon adressage par le médecin de ville en amont de l'hospitalisation que par la transmission d'information par le médecin hospitalier à la sortie du patient.

Pour cela, le premier engagement des HUPS et des CMS s'est porté sur la communication des lettres de liaison. Les médecins des CMS adresseront leur patient avec une première lettre de liaison, comprenant notamment le motif de recours à l'hospitalisation ainsi que

toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient (pathologies actuelles, antécédents, traitements au long cours). A la sortie d'hospitalisation, les médecins des HUPS s'engagent à remettre une deuxième lettre de liaison, la lettre de sortie, au patient et au médecin traitant. Dans cette lettre de sortie figurent en particulier le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les résultats d'examens, le traitement médical actualisé et les suites à donner (surveillance particulière, programmation des consultations de suivi, adressage vers une prise en charge paramédicale).

Les médecins des HUPS s'engagent également à faire suivre le compte-rendu d'hospitalisation, document de sortie plus exhaustif dans des délais raisonnables.

Le mode d'envoi des lettres de liaison et des CRH se fera par messagerie sécurisée, dès que les CMS partenaires en seront tous équipés.

La collaboration en matière d'échange de données passera également l'engagement réciproque des HUPS et des CMS à utiliser la plateforme Terr-eSanté pour l'échange de données médicales et le suivi des patients. Cette plateforme en ligne, dispositif expérimental, a été mise en place pour échanger et partager l'information pour améliorer la coordination des parcours de soins. Il s'agit de l'un des cinq projets régionaux sélectionnés en 2014 lors de l'appel à projet « Territoire de Soins Numérique ». Pour l'instant expérimenté dans le nord-ouest du Val-de-Marne, il a vocation à être déployé progressivement à l'ensemble de l'Ile-de-France. A destination des patients et des professionnels de santé, Terr-eSanté propose plusieurs services parmi lesquels la création d'un dossier de coordination patient pouvant comporter toutes les informations nécessaires à sa prise en charge (résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie, CRH...), un service d'e-prescription (partage d'informations relatives à la prescription, la dispensation et l'administration de médicaments), une possibilité de gestion de rdv, de préadmission des patients et de paiement en ligne.

Cet outil pourra être utilisé, par les médecins qui le souhaitent et les patients qui adhèrent à la démarche, pour faciliter les échanges d'information entre professionnels et améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge.

2.4.2 Assurer une prise en charge des patients complexes en sortie d'hospitalisation

La sortie de l'hôpital est un moment charnière dans le parcours de soins du patient. Or, il arrive régulièrement que les malades sortent sans suivi en ville. Le risque de sortie des soins et de rupture du parcours est alors particulièrement élevé. Les HUPS et les CMS ont donc réfléchi à une organisation permettant d'assurer le suivi en ville de patients n'ayant

pas de médecins traitants. En effet, organiser l'aval de l'hospitalisation peut être un défi pour les équipes hospitalières quand s'ajoutent aux problèmes de santé des difficultés sociales.

Les CMS se sont donc engagés à ce que leurs médecins se positionnent en médecins traitants des patients relevant de leur commune, présentant un risque de complexité médico-sociale, et sortant de l'un des hôpitaux du groupe hospitalier sans suivi. Ceci ne se fera, bien évidemment, que dans les cas où les patients donneront leur accord.

En soutien de cette mobilisation pour prendre en charge les patients complexes, les HUPS ont présenté aux CMS situés dans le Val-de-Marne la Plateforme territoriale d'appui (PTA) portée par le réseau de santé Onco 94¹⁶. De son nom complet « plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes », ce dispositif expérimental prévu par la loi de réforme de notre système de santé¹⁷ (2016) est destiné à informer, orienter et appuyer les médecins généralistes dans la prise en charge de situations complexes qu'ils rencontrent. Les hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse sont deux composantes de la Plateforme qui comportent également deux CLIC (centres locaux d'information et de coordination), une MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), l'Institut Gustave Roussy, le CH gériatrique Charles Foix et trois services d'hospitalisation à domicile. Pour les médecins des CMS, il s'agit d'une aide précieuse. Ils peuvent solliciter la PTA pour trois demandes principales : une demande d'information, un appui ponctuel au parcours et la coordination de parcours complexes. Le patient faisant l'objet de ces demandes se voit ouvrir un dossier partagé, auquel a accès l'équipe de la PTA. Cette dernière peut ensuite apporter une réponse adaptée. Après analyse du cas du patient, elle définit, parmi ses composantes, celle qui est la même à même d'assurer la coordination du parcours complexes. Une fois le relais effectué, la composante désignée prend rapidement contact avec le médecin, et remplit sa mission.

¹⁶ www.onco94.org

¹⁷ Cadre juridique : Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes pris pour application de l'article 74 de la loi no 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Conclusion

La démarche partenariale des HUPS, coconstruite avec les centres municipaux de santé du Val de Marne et des Hauts de Seine, est un projet innovant pour le rapprochement ville/hôpital. La convention approuvée est un premier pas pour assurer la continuité de la prise en charge des patients de ces structures. Les expérimentations lancées vont faire l'objet d'un suivi attentif et seront évaluées à six mois. Des modifications pourront être proposées, des aménagements apportés pour approfondir cette relation. Les initiatives de postes partagés et de consultations avancées pourront être étendues à de nouvelles spécialités. Le tout permettra une optimisation des prises en charge des patients suivis par les deux types de structures, hospitalières et de ville.

Pour conclure, analysons ce projet à la lumière des « Sept clés de la construction du lien ville » définies par la FHF dans son rapport *Renforcer le lien ville-hôpital*¹⁸. La première clé est « Liberté » : « *chaque territoire est unique et dispose de caractéristiques sanitaires et sociales spécifiques [...] Il ne peut y avoir de modèle unique transposable à l'ensemble de territoires* ». En faisant le choix d'une convention-cadre pouvant être adaptée aux besoins de chaque centre municipal de santé par avenant, les HUPS et les CMS ont tout à fait suivi cette idée. La deuxième est « Faire du patient le dénominateur commun des actions » : « *C'est en développant cette culture commune autour de la finalité « patient » que ville et hôpital pourront assumer, partager et construire collectivement la responsabilité territoriale et populationnelle* ». A nouveau, le partenariat HUPS/CMS s'est inscrit dans cette logique en plaçant l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient comme objectif de chacun des axes de collaboration. « Dialoguer » s'impose comme troisième clé. « *C'est en connaissant l'autre que ville et hôpital pourront identifier et imaginer de nouvelles modalités de complémentarité* ». Ce mot d'ordre a également dicté les négociations entre les HUPS et les CMS. Ils ont défini ensemble un socle d'engagements communs. Des rencontres bilatérales ont été organisées suite à ces discussions plénières pour connaître les spécificités de chacun et prioriser les enjeux par CMS. Après dialoguer vient « confiance et respect », la quatrième clé. « *Trop souvent, hôpital et ville sont considérés en opposition et en défaut de complémentarité sur les enjeux et obligations vis-à-vis de la population. C'est au contraire en reconnaissant les richesses et les compétences de chacun, tout en étant conscient de ses propres failles, que des réponses efficaces, concertées, honnêtes et adaptées pourront être apportées aux besoins de la population* ». HUPS et CMS ont su se faire mutuellement confiance pour travailler ensemble. C'est en échangeant sur leurs acquis, leurs atouts et leurs difficultés que les axes de coopération ont été définis et que les expérimentations ont été lancées. « Co-construire » est la cinquième clé identifiée par

¹⁸ Fédération hospitalière de France ; *Renforcer le lien ville-hôpital*, 2018

la FHF. « *Co-construire, c'est partager la décision, les informations, les responsabilités mais aussi les contraintes* ». Cette définition qualifie très bien le travail qui a été mené lors de la négociation du partenariat. Cela s'est reflété dans les engagements réciproques qui en ont suivi. Le sixième mot d'ordre est « coordonner », « *Il est indispensable que des canaux de coordination soient construits, identifiés, utilisés et réajustés par tous* ». Plusieurs points de coopération entre les HUPS et les CMS vont en ce sens : les engagements pour encadrer la sortie des patients, la mise en place de postes partagés, les actions de formation commune sont autant d'initiatives visant à coordonner l'action des structures de ville avec celle de l'hôpital. Quant à la septième et dernière clé, « valoriser les actions communes », elle se retrouve également au cœur du partenariat HUPS/CMS. Leur engagement commun visant à garantir l'accessibilité et la pertinence des soins est déjà cité en exemple par le Siège de l'AP-HP qui suit de très près la démarche. Ce mémoire est également, à sa manière, une façon de témoigner des efforts faits par l'ensemble des parties pour renforcer le lien-ville/hôpital et les valoriser.

Le partenariat HUPS/CMS valide donc les sept clés de réussite définies par la FHF. Cette initiative pourrait être reproduite sur d'autres territoires de santé, confrontés aux mêmes enjeux de décloisonnement et d'ouverture sur la ville. Hôpital et structures d'exercice collectif de ville doivent travailler ensemble pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients de leurs territoires. Ils ont tout à y gagner et les patients, encore plus.

Bibliographie

Ouvrages

- *Les centres de santé en mouvement*, ouvrage collectif sous la direction du Dr Michel Limousin, Le temps des cerises, 2010

Sources juridiques

- Code de la santé publique
- Code de la sécurité sociale
- Loi du 15 juillet 1893 sur « l'assistance médicale gratuite »
- Loi du 15 avril 1916
- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes pris pour application de l'article 74 de la loi no 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux Conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

Rapports

- AP-HP, Direction de l'Organisation médicale et des relations avec les universités, *Rapport sur les coopérations des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville*, 2016.
- Inspection générale des affaires sociales, « *Les centres de santé. Situation économique et place dans l'offre de soins de demain* », établi par Philippe GEORGES et Cécile WAQUET (Juillet 2013)

Présentations

- Direction de générale de l'Offre de soins, présentation d'un état des lieux des centres de santé en 2016 issu de l'Observatoire des centres de santé au 57ème congrès des centres de santé, octobre 2017

Liste des annexes

Annexe 1 - Note de Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP lançant le projet « Médecins Partenaires », avril 2016

Annexe 2 : Plaquette listant les numéros des lignes seniorisées destinées aux médecins de ville pour le site Bicêtre, mai 2017

Annexe 3 : Convention d'affiliation passée entre l'Hôpital Louis Mourier, AP-HP et le Centre municipal de santé de Gennevilliers (signée en juillet 2017)

Annexe 4 : Convention-cadre de partenariat entre les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud et les Centres municipaux de santé partenaires, septembre 2018

Annexe 5 : Coopération imagerie – Circuit de la procédure et modèle de formulaire unique de demande destiné aux médecins des CMS

Annexe 6 : Accès aux Hôpitaux de jour – Formulaire de demande unique et schémas des procédures

Annexe 7 : Sortie du patient et suivi en ville - Schéma de la procédure

Annexe 8 : Modèle de convention d'activité partagée des praticiens HUPS au sein des CMS, 2018

**Annexe 1 – Note de Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP lançant le projet
« Médecins Partenaires », avril 2016**



Paris, le 13 AVR. 2016

Mesdames, Messieurs, Chers collègues,

Mieux suivre nos patients, les orienter vers la meilleure prise en charge, assurer des délais d'accès aux soins compatibles avec leur état de santé, sont des objectifs que nous partageons. Ils mettent en jeu nos articulations et notre capacité à mieux partager de l'information. En tant que principal acteur du service public hospitalier d'Ile-de-France, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris a le devoir de s'y impliquer.

Vous connaissez généralement bien les hôpitaux de l'AP-HP, souvent pour y avoir été formés, parfois pour y avoir été hospitalisés ou pour entendre le récit que vos patients. Nombreux sont parmi vous ceux qui regrettent que nos liens soient insuffisants : *« les murs qui nous séparent de l'hôpital sont globalement épais, mais on a l'impression qu'ils ne sont pas de la même épaisseur entre l'AP-HP et les autres hôpitaux d'Ile-de-France »* est l'une des phrases prononcées récemment par l'un de vos confrères dans le cadre du travail que nous conduisons.

L'AP-HP fait du renforcement de nos relations une priorité majeure de son plan stratégique 2015-2019. Elle bénéficie du soutien de l'Assurance Maladie et de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé).

Pour évoluer, nous avons besoin de mieux connaître votre point de vue et vos attentes. Les médecins de ses hôpitaux ont établi, en lien avec des confrères généralistes et spécialistes, un bref questionnaire permettant d'avoir votre retour d'expérience et de recueillir vos suggestions. Nous vous demandons de bien vouloir y consacrer quelques minutes. Nous partagerons avec vous dès le mois de juin 2016 les résultats de cette enquête.

Dès à présent, nous nous mettons en situation de proposer une nouvelle relation partenariale.

Cette relation reposera sur 3 engagements :

Permettre aux médecins qui le souhaitent de prendre rendez-vous directement en ligne pour le compte de leur patient dans nos activités de consultation. Une plateforme de prise de rendez-vous sera déployée dans l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP à compter d'octobre 2016. Elle couvrira l'intégralité de nos consultations avant la fin de l'année 2017. Elle sera accessible directement à tous les patients. Nous ferons en sorte que des créneaux d'accès plus rapides soient réservés pour des médecins partenaires s'ils estiment que l'état du patient exige une prise en charge à brève échéance.

Assurer l'accès téléphonique à un médecin senior dans nos services d'hospitalisation, avec l'engagement d'un rappel dans les 24 heures si un message est déposé. Ce programme se déploie progressivement au sein de l'AP-HP et concernera dès le mois de juillet 2016 les hôpitaux de Cochin et Avicenne.

Remettre au patient sa lettre de liaison et vous la faire parvenir, complétée du compte rendu d'hospitalisation. Cet envoi se fait aujourd'hui par courrier. Demain il pourra également se faire par messagerie sécurisée.

L'évaluation du programme sera réalisée par la Chaire Hospinomics avec le concours de la Société Française de Médecine Générale.

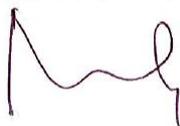
Nous vous invitons, si vous ne disposez pas déjà d'une messagerie sécurisée, à activer votre messagerie MSSanté. Vous pouvez le faire en vous rendant sur le site www.mssante.fr ou en sollicitant l'appui des équipes de l'ASIP Santé. La MSS est un outil public développé par une agence publique. Elle est gratuite et accessible à l'ensemble des professionnels de santé. Vous trouverez en pièce jointe un vade-mecum vous détaillant comment procéder.

Les engagements que nous prenons sont un point de départ. Pour s'installer dans la durée, cette démarche devra s'étoffer. Pour concevoir les initiatives à prendre, les hôpitaux Cochin et Avicenne jouent un rôle de pilote au sein de l'AP-HP.

Nous espérons que ce projet visant à rapprocher les soins de ville et les soins hospitaliers au service de la qualité de la prise en charge des patients emportera votre adhésion.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, Chers collègues, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur Général
de l'Assistance Publique-Hôpitaux Paris



Martin Hirsch

Le Président
de la Commission Médicale d'Établissement



Erea-Noël Gasabédian

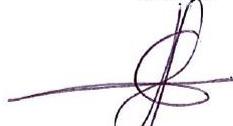
Pour les Directeurs des CPAM d'Ile-de-France

Le Directeur Général
CPAM 75



Pierre Albertini

Le Directeur Général
de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés
de Santé



Michel Gagneux

Annexe 2 : Plaquette listant les numéros des lignes seniorisées destinées aux médecins de ville pour le site Bicêtre (2017)



HÔPITAL BICÊTRE

**Adresser un patient,
Obtenir un avis seniorisé**

Mai 2017

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**Retrouvez toute l'offre de soins de l'hôpital
Bicêtre sur :**

hopital-bicetre.aphp.fr

Mieux nous connaître

L'hôpital Bicêtre de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris est situé au Kremlin-Bicêtre, dans le Val-de-Marne (94).

L'hôpital propose une large gamme de spécialités pour l'adulte et l'enfant. Doté d'une structure d'accueil des urgences, médicales et chirurgicales, il est reconnu pour la prise en charge des polytraumatisés et participe à la grande garde de neurochirurgie. Il bénéficie aussi d'une expertise en immunopathologie et en neuroradiologie interventionnelle. Il dispose d'une maternité de type III et d'un centre de chirurgie ambulatoire. L'hôpital Bicêtre accueille 20 centres de référence maladies rares et un centre cancers rares.

L'hôpital Bicêtre appartient aux Hôpitaux universitaires Paris-Sud avec l'hôpital Antoine-Bécère (92) et l'hôpital Paul-Brousse (94). Le groupe hospitalier propose une offre de soins complète caractérisée par des complémentarités fortes en termes de prise en charge enfant-adulte, dans un cadre d'excellence hospitalo-universitaire.

HOPITAL BICÊTRE

78, rue du Général Leclerc - 94270 Le Kremlin-Bicêtre - 01 45 21 21 21

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

hopital-bicetre.aphp.fr/

Suivez-nous sur les réseaux sociaux :

@HUParisSud



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

www.aphp.fr

Credits photos - Creativart / Freepik, Stéphane Heydel | Communication HUP5 - mai 2017

Hôpital Bicêtre

Mémo pour la médecine de ville

Dix-sept spécialités de l'hôpital Bicêtre s'organisent pour vous proposer un numéro vous permettant de joindre directement un médecin senior pour adresser un patient ou obtenir un avis.

Ce service sera prochainement étendu à l'ensemble de l'offre de soins de l'hôpital Bicêtre.

MEDECINE INTERNE	☎ 01 45 21 78 14 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00
NEUROLOGIE PEDIATRIQUE	☎ 01 45 21 78 17 ou 01 45 21 78 18 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00, excepté le mercredi
OPHTALMOLOGIE	☎ 01 45 21 78 28 🕒 24h/24, 7j/7
ORTHOPEDIE	☎ 01 45 21 78 19 ou 01 45 21 78 29 🕒 24h/24, 7j/7
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	☎ 01 45 21 78 27 🕒 24h/24, 7j/7
PNEUMOLOGIE	☎ 01 45 21 78 20 🕒 24h/24 et 7j/7
PSYCHIATRIE	☎ 01 45 21 78 21 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00
RHUMATOLOGIE	☎ 01 45 21 78 23 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00
RHUMATOLOGIE PEDIATRIQUE	☎ 01 45 21 78 24 ou 01 45 21 78 25 🕒 du lundi au vendredi de 9h30 à 17h00 ou centre.ceremai@aphp.fr
UROLOGIE	☎ 01 45 21 78 26 🕒 24h/24, 7j/7
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE	☎ 01 45 21 78 05 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 18h30
ENDOCRINOLOGIE	☎ 01 45 21 78 06 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00
CERIATRIE	☎ 01 45 21 78 07 ou 01 45 21 78 08 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	☎ 01 45 21 78 09 🕒 24h/24 et 7j/7
IMAGERIE PEDIATRIQUE	☎ 01 45 21 78 11 🕒 du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00
IMMUNOTHERAPIE CANCEREUSE (CENTRE D'EXPERTISE)	☎ 01 45 21 27 58 🕒 du lundi au vendredi de 8h00 à 15h30
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	☎ 01 45 21 78 12 ou 01 45 21 78 13 🕒 du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00

Annexe 3: Convention d'affiliation passée entre l'Hôpital Louis Mouier, AP-HP et le Centre municipal de santé de Gennevilliers (signée en juillet 2017)

Première convention à sceller un partenariat rapproché entre l'AP-HP et un CMS, elle a servi de base à la réflexion des HUPS.



**CONVENTION-CADRE D’AFFILIATION DU CENTRE MUNICIPAL DE SANTE DE GENNEVILLIERS A
L’ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS**

Entre

L’Assistance publique – hôpitaux de Paris, établissement public de santé, dont le siège est au 3, avenue Victoria à Paris (4^{ème}), représentée par son Directeur général, Monsieur Martin HIRSCH, et ci-après désignée par le sigle « AP-HP »

D’une part,

et

La Commune de Gennevilliers (Hauts-de-Seine) représentée par son Maire, Monsieur Patrice LECLERC et désignée par les mots, « la Commune »,

d’autre part,

Vu les articles L. 6134-1 et R. 6152-50 du Code de la santé publique,

Vu la convention cadre de partenariat entre la commune de Gennevilliers et l’AP-HP (hôpital Louis-Mourier) du 30 septembre 2002,

PREAMBULE

1. Depuis la conclusion d’une convention de coopération initiale conclue entre elles le 30 septembre 2002, et formellement caduque depuis 2011, l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (Groupe hospitalier « Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine » ou « HUPNVS », comprenant notamment le site de l’hôpital Louis-Mourier à Colombes / Hauts-de-Seine) et la commune de Gennevilliers (notamment dans son Centre Municipal de Santé ou « CMS ») ont mis en place une coopération médicale, visant plusieurs objectifs tenant compte de leur proximité géographique et de l’existence de ressources médicales complémentaires.
2. Cette coopération s’inscrit dans un projet médical global dont le périmètre est celui de la boucle nord du département des Hauts-de-Seine et celui du « T5 », territoire recouvrant Asnières, Colombes, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Bois-Colombes, Clichy et Argenteuil, caractérisé au plan sanitaire par une forte densité démographique, une population relativement défavorisée ainsi qu’une implantation réduite de médecins

spécialistes en secteur 1, cette situation posant de véritables difficultés d'accès aux soins pour la population concernée.

3. L'ouverture du campus hospitalo-universitaire Grand hôpital Nord à Saint-Ouen, programmée en 2025, rend indispensable de préparer dès à présent la structuration de l'amont et de l'aval hospitalier. Elle induit la sécurisation et la protocolisation préalables des parcours de soins, des entrées et sorties hospitalières, avec un appui performant de la médecine de ville.
4. C'est dans le droit fil de cette réflexion qu'a été pensé le projet expérimental de « cellule territoriale de coordination », qui verra le jour en septembre 2017 avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, associant pour deux ans l'hôpital Louis-Mourier et les acteurs de santé du territoire gennevillois. Son but est de fluidifier les hospitalisations programmées et non programmées au service de l'utilisateur et des professionnels concernés.
5. Petit à petit s'est dessiné le schéma, qui devra être formalisé et modélisé, d'une organisation territoriale à construire autour du campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord et qui pourrait s'étendre aux centres municipaux de santé implantés dans le « T6 », recouvrant une partie du département de la Seine-Saint-Denis : communes de Saint Ouen, Saint Denis et Pierrefitte notamment.
6. La coopération mise en place en 2002 s'articulait autour de plusieurs objectifs dont la pertinence demeure entière :
 - harmoniser les conditions de prise en charge de la population, par la mise en œuvre de protocoles communs, la promotion d'un dossier médical commun tirant partie d'un système d'information partagé,
 - optimiser les plateaux techniques et, de manière plus globale, les infrastructures soignantes,
 - maîtriser l'activité d'urgence, par une réponse organisée aux besoins de santé, visant à prendre en charge la demande de soins au meilleur moment, au bon endroit.Compte tenu de ce qui a été indiqué, il est apparu nécessaire de réactualiser la coopération spécifique construite entre l'AP-HP et la commune de Gennevilliers, ainsi que la convention signée en 2002 qui l'a initialement construite, tout en la renforçant.
7. Il faut désormais franchir une étape supplémentaire et « affilier » plus étroitement le CMS de Gennevilliers à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. En effet dans la perspective de l'ouverture du campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord sur les docks de Saint-Ouen, ce dispositif contribuera à la structuration de l'amont et de l'aval hospitalier, en faisant évoluer le CMS en « structure hospitalière avancée » de l'AP-HP, permettant de renforcer l'articulation de la médecine de ville et hospitalière autour de la prise en charge et du parcours du patient.
8. Les parties constitueront ce dispositif de prise en charge médicale dans le strict respect du principe du libre choix par le patient du professionnel et de l'établissement de santé.

Ceci précisé, il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 – Objet :

La présente convention a pour objet de définir les conditions des modalités d'affiliation du CMS de Gennevilliers à l'APHP.

Elle identifie notamment la mise en commun de moyens et les conditions de répartition d'activités de soins, en fonction des besoins de santé de la population visée au préambule et des possibilités propres à chaque discipline médicale.

Afin de progresser dans l'harmonisation de la prise en charge médicale et soignante, les deux parties s'engagent à promouvoir le temps partagé de personnels sur les deux sites, à élaborer et adopter des protocoles communs et à construire des filières de soins communes, dans le respect du libre choix des patients tout en favorisant systématiquement les organisations de soins programmés. Des actions de formation pourront compléter ce volet, au bénéfice des personnels paramédicaux et administratifs.

Les parties s'engagent en outre à œuvrer pour un dossier du patient partagé, afin de faciliter le partage d'informations administratives et médicales.

La forme juridique de la coopération pourra évoluer si les parties le jugent nécessaire

Article 2 – Activités médicales

2.1. Consultations médicales

L'AP-HP (Groupe hospitalier HUPNVS) assure des consultations médicales avancées au CMS autour des spécialités médicales de gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie, hématologie, urologie notamment, avec pour perspective de « couvrir » l'éventail complet des spécialités médicales présentes sur le CMS (VIH, obésité, oncologie, gériatrie, etc.).

Les modalités matérielles de mise en place des consultations sont décrites dans des annexes spécifiques de la présente convention.

Des téléconsultations médicales organisées pour des patients présents sur le CMS font l'objet d'analyses et d'expertises à distance par des praticiens de l'hôpital Louis-Mourier pour optimiser les prises en charge dans les conditions prévues à l'article 4.1 et en annexe à la présente convention.

2.2. Soins dentaires

Les parties engageront une réflexion sur l'odontologie dans la perspective de liens privilégiés à construire avec l'UFR d'odontologie de l'Université Paris Descartes, afin de permettre aux étudiants en fin de cycle de disposer de fauteuils dentaires supervisés par un maître de stage.

2.3. Examens d'imagerie médicale

L'AP-HP (HUPNVS – hôpital Louis-Mourier) met à disposition du CMS son plateau d'imagerie médicale installé au sein de l'hôpital, afin qu'y soient réalisés des actes de diagnostic et/ou interventionnels au bénéfice des patients suivis au CMS et vice et versa. Ces actes sont effectués par des praticiens de l'hôpital ou par des radiologues relevant du CMS. Dans cette seconde hypothèse, un avenant à la présente convention détaille les conditions de cet exercice : équipements concernés, composition des équipes, modalités d'intervention.

Le CMS facilite l'accès à son plateau technique afin de faire réaliser à la demande des équipes médicales de l'hôpital, par les médecins exerçant au CMS, des échodopplers, échographies fœtales et

des mammographies aux patients de l'hôpital. Les conditions de réalisation de ces examens sont décrites en annexe à la présente convention.

Une liaison par télémedecine sera mise en place, associant étroitement le service d'imagerie médicale de l'hôpital Louis-Mourier et celui du CMS, permettant la mutualisation des équipements, dans les conditions définies en annexe à la présente convention.

Une chefferie partagée entre le médecin directeur du CMS et le chef de service d'imagerie médicale de l'hôpital Louis Mourier peut être mise en place dans les conditions détaillées en annexe à la présente convention. Ce dispositif permettra aux hospitaliers si besoin de « techniquer » sur le centre en fonction des disponibilités et ainsi d'optimiser l'utilisation des équipements. Il facilitera les équipements et rationalisera les plannings.

2.4 Explorations fonctionnelles

Il est organisé au sein du service d'explorations fonctionnelles de l'hôpital Louis Mourier une lecture et une interprétation des holters cardiaques rythmiques et tensionnels posés au CMS, ainsi que des explorations relatives aux troubles du sommeil. Les modalités d'organisation de cette activité font l'objet d'un protocole commun et sont décrites dans une annexe à la présente convention.

Le CMS facilite l'accès à son plateau technique afin de faire réaliser à la demande des équipes médicales de l'hôpital Louis Mourier, par les médecins exerçant au CMS, des explorations fonctionnelles respiratoires aux patients de l'hôpital. Les conditions d'exercice de ces examens sont décrites par avenant en annexe à la présente convention.

Une chefferie partagée entre le médecin directeur du CMS et le chef de service des explorations fonctionnelles de l'hôpital Louis Mourier peut être mise en place pour les explorations fonctionnelles respiratoires dans les conditions détaillées par avenant à la présente convention.

2.5 Hospitalisation de jour

L'hôpital Louis-Mourier prend en charge les hospitalisations de jour médicales sur la Plateforme ambulatoire médicale (PAM), chirurgicales sur sa Plateforme ambulatoire de chirurgie et d'anesthésie (PACA) et au sein de son service des explorations fonctionnelles pour l'obésité.

2.6. Missions de santé publique.

L'AP-HP et la commune s'engagent, dans le cadre des programmes nationaux et régionaux de l'Etat et de l'Assurance maladie, à organiser dans le cadre de la présente convention des activités de santé publique et de prévention, notamment dans les domaines suivants :

- dépistage du cancer du sein,
- dépistage des cancers colorectaux,
- dépistage de l'insuffisance rénale chronique,
- action bucco-dentaire au sein des EHPAD.

Les objectifs en termes de calendrier, de modes d'action et de financement sont déterminés par voie d'avenant au fil de l'exécution de la présente convention.

des mammographies aux patients de l'hôpital. Les conditions de réalisation de ces examens sont décrites en annexe à la présente convention.

Une liaison par télé-médecine sera mise en place, associant étroitement le service d'imagerie médicale de l'hôpital Louis-Mourier et celui du CMS, permettant la mutualisation des équipements, dans les conditions définies en annexe à la présente convention.

Une chefferie partagée entre le médecin directeur du CMS et le chef de service d'imagerie médicale de l'hôpital Louis Mourier peut être mise en place dans les conditions détaillées en annexe à la présente convention. Ce dispositif permettra aux hospitaliers si besoin de « techniquer » sur le centre en fonction des disponibilités et ainsi d'optimiser l'utilisation des équipements. Il facilitera les équipements et rationalisera les plannings.

2.4 Explorations fonctionnelles

Il est organisé au sein du service d'explorations fonctionnelles de l'hôpital Louis Mourier une lecture et une interprétation des holters cardiaques rythmiques et tensionnels posés au CMS, ainsi que des explorations relatives aux troubles du sommeil. Les modalités d'organisation de cette activité font l'objet d'un protocole commun et sont décrites dans une annexe à la présente convention.

Le CMS facilite l'accès à son plateau technique afin de faire réaliser à la demande des équipes médicales de l'hôpital Louis Mourier, par les médecins exerçant au CMS, des explorations fonctionnelles respiratoires aux patients de l'hôpital. Les conditions d'exercice de ces examens sont décrites par avenant en annexe à la présente convention.

Une chefferie partagée entre le médecin directeur du CMS et le chef de service des explorations fonctionnelles de l'hôpital Louis Mourier peut être mise en place pour les explorations fonctionnelles respiratoires dans les conditions détaillées par avenant à la présente convention.

2.5 Hospitalisation de jour

L'hôpital Louis-Mourier prend en charge les hospitalisations de jour médicales sur la Plateforme ambulatoire médicale (PAM), chirurgicales sur sa Plateforme ambulatoire de chirurgie et d'anesthésie (PACA) et au sein de son service des explorations fonctionnelles pour l'obésité.

2.6. Missions de santé publique.

L'AP-HP et la commune s'engagent, dans le cadre des programmes nationaux et régionaux de l'Etat et de l'Assurance maladie, à organiser dans le cadre de la présente convention des activités de santé publique et de prévention, notamment dans les domaines suivants :

- dépistage du cancer du sein,
- dépistage des cancers colorectaux,
- dépistage de l'insuffisance rénale chronique,
- action bucco-dentaire au sein des EHPAD.

Les objectifs en termes de calendrier, de modes d'action et de financement sont déterminés par voie d'avenant au fil de l'exécution de la présente convention.

Article 3 – Projet de formation

L'AP-HP (HUPNVS, hôpital Louis Mourier) et la commune s'engagent, dans le cadre de la présente convention, à coordonner leurs activités de formation.

Les HUPNVS ouvriront aux professionnels du CMS toutes les initiatives de formation en accès libre déployées au sein du groupe hospitalier.

A titre d'exemple, les journées thématiques sur l'alimentation, la douleur, l'hygiène hospitalière, la transplantation, la qualité, la radioprotection ou encore les séminaires d'éthique ou de philosophie seront ouvertes aux professionnels du centre de santé.

Dans le cadre de la présente coopération, les programmes de ces formations seront transmis par la direction de la communication du groupe hospitalier au CMS de Gennevilliers.

Les professionnels qui participeront à ces initiatives le feront sous couvert d'une autorisation et sous la responsabilité du CMS. Les frais annexes type frais de transport ou de restauration seront à la charge de la personne ou du CMS selon la politique de ce dernier. La participation à ces formations donnera lieu à une attestation de présence et le cas échéant à une évaluation.

A la demande d'une des parties, afin de répondre à des projets spécifiques qui pourront concerner un professionnel ou une équipe, les HUPNVS et le CMS s'efforceront d'accueillir dans les meilleures conditions les demandes de formation ponctuelles pour des techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs ou matériels médicaux ou encore des stages de découverte.

Dans le cadre de la présente convention, une réunion annuelle fixera les objectifs conjoints HUPNVS/Louis-Mourier et le CMS dans le domaine de la formation. Ces objectifs donneront lieu à un programme arrêté par les directeurs et communiqué aux instances des deux établissements.

Article 4 – Moyens mis en place

4.1. Personnels médicaux

Des praticiens à temps plein non hospitalo-universitaires de l'AP-HP exercent une partie de leur activité au sein du CMS dans le cadre des dispositions de l'article R. 6152-50 du code de la santé publique.

Des praticiens hospitalo-universitaires exerçant à l'APHP peuvent exercer au sein du CMS une partie de leur activité dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 84-135 du 24 février 1984.

Les modalités d'intervention de ces praticiens sont décrites en annexe de la présente convention pour chaque praticien.

La durée de leur intervention ne peut déroger à la durée maximale statutaire s'appliquant à chaque praticien.

La prise en charge médicale des patients du CMS s'appuie en tant que de besoin sur une participation aux staffs hospitaliers par le biais de téléconférences.

Les séances de téléconsultations mentionnées supra à l'article 2.1 font l'objet de programmes établis en commun et soumis au financement par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France dans les conditions prévues par avenant à la présente convention.

4.2. Personnels non médicaux

Des personnels non médicaux participent aux échanges organisés entre les parties dans le cadre de la présente convention.

Les modalités d'organisation et financières de ces échanges sont déterminées en annexe. Tout déplacement d'un agent fait l'objet d'un ordre de mission qui définit précisément les conditions des interventions, par référence aux dispositions de la convention.

Article 5 - Cellule territoriale de coordination et messagerie sécurisée

5.1. Cellule territoriale de coordination

La cellule territoriale de coordination, mise en place à titre expérimental, répond aux besoins locaux suivants :

1. faciliter aux médecins de la commune (médecins du CMS et médecins libéraux) l'accès pour leurs patients aux consultations de spécialités de l'hôpital Louis-Mourier, notamment lorsqu'il semble pertinent de coordonner plusieurs consultations (consultation de spécialité et imagerie, par exemple).
2. organiser les hospitalisations programmées pour les patients résidant à Gennevilliers, sans recourir aux urgences hospitalières,
3. être informée systématiquement de la sortie de leur patient hospitalisé, 24 à 48 h avant le jour de la sortie, pour transmettre l'information aux intervenants du secteur médico-social.

Les modalités spécifiques sont déterminées en annexe.

5.2. Messagerie sécurisée

Son déploiement avec les médecins de la commune de Gennevilliers est un pré requis au bon fonctionnement de la coordination : la plupart des échanges seront en effet doublés par la communication d'informations sur le patient via la messagerie.

Article 6 – Charges financières

Les dispositions en la matière sont décrites dans les annexes nominatives de la présente convention prévoyant les mises à disposition de personnels et dans celles prévoyant la collaboration entre les parties s'agissant des plateaux techniques d'imagerie médicale.

L'activité médicale réalisée est enregistrée au titre de la partie dans les locaux de laquelle elle a été effectuée.

S'agissant des autres charges de l'exploitation courante, les budgets de fonctionnement respectifs des parties couvrent les dépenses afférentes, sans engager de flux financiers entre les parties.

Article 7 – Coordination de fonctions transversales

- La coordination de la fonction « ressources humaines » sera renforcée entre l'AP-HP et la commune de Gennevilliers avec notamment la coordination des parcours métiers et compétences.
- Une aide au reclassement professionnel d'agents du CMS sera apportée par le groupe hospitalier en cas de besoin, et réciproquement.

Article 8 – Identité visuelle

L'APHP et la commune travaillent conjointement sur des éléments d'affichage qui seront précisées en annexe, notamment pour un label commun.

Article 9 – Accidents de travail et de trajet et pathologies professionnelles

L'AP-HP assure à l'égard de ses agents contribuant au titre de la présente convention à l'activité du CMS, notamment dans les locaux de ce dernier, toutes ses obligations d'employeur pour couvrir sa responsabilité au titre des accidents de travail et de trajet ainsi que pour les pathologies professionnelles.

Toutefois, elle sera fondée à demander à la commune de Gennevilliers, par action récursoire, le remboursement des sommes qu'elle aura été amenée à verser au titre de leur réparation, pour le cas où la responsabilité de la commune serait directement engagée, notamment à la suite d'un défaut d'organisation ou de fonctionnement du service.

Article 10 – Responsabilités au titre de l'activité médicale et assurances

Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité relatives aux activités de soins respectivement conduites par l'AP-HP et la commune s'effectuent chacune pour ce qui la concerne dans les conditions prévues par l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

Chaque partie fait son affaire de son obligation légale d'assurance, l'AP-HP précisant qu'il l'assume pour sa part en qualité de propre assureur.

Article 11 – Règlement intérieur

Les personnels de l'AP-HP respectent le règlement intérieur du CMS dans le cadre de leur intervention dans ses locaux.

Réciproquement, les agents du CMS intervenant dans le cadre de la présente convention sont tenus au respect du règlement intérieur de l'AP-HP pour leur activité au sein des sites de l'AP-HP.

Article 12 – Comité de suivi

Un comité de suivi est constitué par l'AP-HP et la commune de Gennevilliers qui en assurent alternativement l'animation.

Il se réunit au moins une fois par semestre.

Il comprend notamment pour l'AP-HP :

- le directeur général de l'AP-HP ou, par délégation, le directeur du Groupe hospitalier HUPNVS
- le président de la commission médicale d'établissement locale (CMEL) du Groupe hospitalier HUPNVS ou son représentant
- le directeur du site de l'hôpital Louis-Mourier
- le directeur des soins de l'hôpital Louis-Mourier
- le directeur des services informatiques du Groupe hospitalier HUPNVS

Pour la commune de Gennevilliers :

- le Maire de Gennevilliers ou son représentant
- le médecin directeur du CMS
- le directeur administratif du CMS
- le cadre infirmier du CMS
- le directeur informatique de la commune de Gennevilliers.

Le comité de suivi peut se réunir dans un format élargi à un comité médical représentant les spécialités médicales et chirurgicales impliquées dans la coopération.

Le comité de suivi a pour mission, en collaboration avec les responsables médicaux concernés, de suivre l'application de la présente convention, de définir les axes de collaboration et de complémentarité et de dresser le bilan des activités et actions menées en commun.

Article 13 – Mise en place et exploitation commune de supports informatisés - confidentialité

La mise en place par les parties de fichiers informatisés contenant des données nominatives et à caractère personnel, ainsi que leur exploitation, fait l'objet des demandes d'autorisation prévues par la législation sur l'Informatique, les fichiers et les libertés. La mise en place d'un dossier médical commun est organisée en lien avec la Direction des systèmes d'information de l'AP-HP et le Service informatique de la commune de Gennevilliers.

Article 14 – Date d'effet, durée, modification, résiliation

La présente convention prend effet à la date de sa signature par les parties pour une durée de trois ans. Elle est renouvelable par avenant pour des durées de trois ans renouvelables.

Elle peut être modifiée à tout moment par voie d'avenant.

Elle peut être résiliée avant son échéance, notamment en cas de non-respect des engagements conventionnels, sous réserve d'un préavis d'au moins six mois notifié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception.

Annexe 4 : Modèle de convention-cadre entre les HUPS et les CMS partenaires

CONVENTION-CADRE DE PARTENARIAT ENTRE LE CENTRE MUNICIPAL DE SANTE DE X A L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS
--

Entre

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, établissement public de santé, dont le siège est au 3 avenue Victoria à Paris (4^{ème}), représentée par son Directeur général, Monsieur Martin HIRSCH, et ci-après désignée par le sigle « AP-HP »

D'une part ,

Et

La commune de X (Département X) représentée par son/sa Maire, Monsieur/Madame X et désignée par les mots « la Commune »

D'autre part,

Vu les articles L.6134-1 et R.6152-50 du Code de la Santé publique,

PREAMBULE

1. L'AP-HP a fait du renforcement de ses relations avec les médecins de ville une priorité majeure de son plan stratégique 2015-2019. Lancé en juin 2016, le projet Médecins Partenaires vise à améliorer et renforcer les relations avec les correspondants de ville (médecins généraliste, spécialiste, maisons et centres de santé). Dans ce cadre, les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud s'engagent dans la construction de partenariats avec les centres municipaux de santé de leur territoire afin de structurer les relations ville-hôpital
2. Cette coopération s'inscrit dans un projet médical global dont le périmètre est celui du département de X, territoire regroupant notamment les communes A,B,C..., caractérisé au plan sanitaire par une forte densité démographique et une implantation réduite de médecins spécialistes en secteur 1. Cette situation pose de véritables difficultés d'accès aux soins pour la population concernée.
3. Il est indispensable de préparer dès à présent l'amont et l'aval hospitalier. Cela induit la sécurisation et la protocolisation des parcours de soins, des entrées et des sorties hospitalières, avec un appui performant de la médecine de ville.
4. La coopération s'articulera autour de plusieurs objectifs précis :
 - Harmoniser les conditions de prise en charge de la population, par la mise en œuvre de protocoles communs, la promotion d'un dossier médical commun grâce à un dispositif territorial de partage d'informations

- Optimiser les plateaux techniques et les infrastructures soignantes
 - Maitriser l'activité d'urgence par une réponse organisée aux besoins de santé, pour prendre en charge la demande de soins au meilleur endroit et au bon moment
5. Les parties constitueront ce dispositif de prise en charge médicale dans le strict respect du principe du libre choix par le patient du professionnel et de l'établissement de santé.

Ceci précisé, il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 – Objet

La présente convention a pour objet de définir les modalités de partenariat entre le CMS de X et l'AP-HP.

Elle identifie notamment la mise en commun de moyens et les conditions de répartition d'activités de soins, en fonction des besoins de santé de la population visée au préambule et des possibilités propres à chaque discipline médicale.

Afin de progresser dans l'harmonisation de la prise en charge médicale et soignante, les deux parties s'engagent à promouvoir le temps partagé de personnels sur les deux sites, à élaborer et adopter des protocoles communs et à construire des filières de soins communes, dans le respect du libre choix des patients tout en favorisant systématiquement les organisations de soins programmés. Des actions de formation pourront compléter ce volet, au bénéfice des personnels médicaux.

Les parties s'engagent en outre à œuvrer pour un dossier du patient partagé, afin de faciliter le partage d'informations administratives et médicales.

La forme juridique de la coopération pourra évoluer si les parties le jugent nécessaire.

Article 2 – Activités médicales

2.1 Examens d'imagerie médicale

L'AP-HP (HUPS – Site concerné) met à disposition du CMS son plateau d'imagerie médicale afin qu'y soient réalisés des actes de diagnostic et/ou interventionnels au bénéfice des patients suivis au CMS et vice et versa.

Programmation des patients

Dans un premier temps, l'Hôpital Bicêtre/A. Béclère apportera une réponse dans les 48h à un adressage pour scanner. Cet adressage sera fait par l'envoi d'un formulaire-type où les praticiens du CMS indiqueront de façon précise et honnête le degré d'urgence de l'examen.

En cas de découverte d'une situation inattendue lors de la réalisation de l'examen, le CMS s'engage à faire le lien entre son médecin prescripteur et les équipes d'imagerie hospitalières.

Le formulaire type de demande d'examen radiologique ainsi que le logigramme décrivant la procédure sont joints en annexe de la présente convention.

Dans un second temps, le déploiement sur l'IRM de procédures identiques sera organisé.

Transmission des comptes-rendus

L'Hôpital assurera la transmission des comptes-rendus d'imagerie par messagerie sécurisée dès la mise en place de cette dernière en son sein et au sein du CMS.

2.2 Adressage direct en hôpital de jour

Parcours simples

L'Hôpital Bicêtre/Béclère s'engage à identifier des parcours simples pour un adressage direct en hôpital de jour des patients du CMS. Cet adressage sera fait par l'envoi d'un formulaire-type par les praticiens du CMS.

Le formulaire type de demande d'entrée en hôpital de jour ainsi que le logigramme décrivant la procédure sont joints en annexe de la présente convention.

Parcours complexes

L'Hôpital Bicêtre proposera une consultation d'orientation par un médecin spécialiste dans les 7 jours pour programmer une prise en charge en HDJ dans les meilleurs délais.

Ce dispositif concerne dans un premier temps la médecine interne, la gériatrie et la neurologie et pourra être étendu à tous services volontaires.

2.3 Consultations médicales

Des créneaux de consultation dans les services de l'Hôpital Bicêtre/Béclère seront réservés pour l'adressage des patients des praticiens du CMS. Cette possibilité sera offerte par la mise en place de plages de consultation dédiées sur le site « Doctolib ». L'Hôpital s'engage à assurer une consultation sous 15 jours en cas de semi-urgence.

Article 3 – Echange de données

3.1 Déploiement des messageries sécurisées

Les parties prenantes à la convention assureront le déploiement de la messagerie sécurisée entrante et sortante sur leurs sites.

3.2 Contribution à la plateforme Terr-eSanté

Les parties prenantes à la convention s'engagent à contribuer à l'alimentation de la plateforme TerreSanté pour l'échange de données médicales et le suivi des patients.

Le CMS assurera notamment l'information sur la possibilité d'ouverture des comptes à ses patients éligibles.

Article 4 – Organisation de la sortie des patients

Le CMS s'engage à ce que ses praticiens se positionnent comme médecins traitants des patients habitant la commune et présentant un risque particulier de complexité médico-sociale qui sortiraient de l'Hôpital Bicêtre/Béclère sans suivi en ville.

Article 5 – Formations

L'AP-HP (HUPS) et la commune s'engagent, dans le cadre de la présente convention, à coordonner leurs activités de formation.

5.1 Animation de staff par un médecin des HUPS au sein du CMS

Les praticiens de l'Hôpital Bicêtre/Béclère assurent de façon régulière un staff dans les locaux de CMS, le CMS communiquant au CHU les thèmes particuliers qui seront abordés à cette occasion.

5.2 Participation des médecins du CMS aux formations internes aux HUPS

L'Hôpital Bicêtre/Béclère s'engage à communiquer au CMS les thèmes de formations internes destinés à la communauté médicale. Les médecins du CMS seront libres d'y participer dans la limite des places disponibles.

Les professionnels qui participeront à ces initiatives le feront sous couvert d'une autorisation et sous la responsabilité du CMS. Les frais annexes type frais de transport ou de restauration seront à la charge de la personne ou du CMS selon la politique de ce dernier. La participation à ces formations donnera lieu à une attestation de présence et le cas échéant à une évaluation.

A la demande d'une des parties, afin de répondre à des projets spécifiques qui pourront concerner un professionnel ou une équipe, les HUPS et le CMS s'efforceront d'accueillir dans les meilleures conditions les demandes de formation ponctuelles pour des techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs ou matériels médicaux ou encore des stages de découverte.

Article 6 – Démographie médicale

6.1 Modalités de coopération

L'AP-HP (Groupe hospitalier HUPS) assure des consultations médicales avancées au CMS autour de plusieurs spécialités médicales.

Ces consultations avancées pourront être organisées selon deux modalités :

- Consultations de praticiens hospitaliers au sein du CMS
- Création de postes partagés

Les modalités matérielles de mise en place des consultations sont décrites dans des annexes spécifiques de la présente convention.

6.2 Statut des personnels médicaux

Des praticiens à temps plein non hospitalo-universitaires de l'AP-HP exercent une partie de leur activité au sein du CMS dans le cadre des dispositions de l'article R. 6152-50 du code de la santé publique.

Des praticiens hospitalo-universitaires exerçant à l'APHP peuvent exercer au sein du CMS une partie de leur activité dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 84-135 du 24 février 1984.

Les modalités d'intervention de ces praticiens sont décrites en annexe de la présente convention pour chaque praticien. La durée de leur intervention ne peut déroger à la durée maximale statutaire s'appliquant à chaque praticien.

La prise en charge médicale des patients du CMS s'appuie en tant que de besoin sur une participation aux staffs hospitaliers par le biais de téléconférences.

Article 7 – Charges financières

Les dispositions en la matière sont décrites dans les annexes nominatives de la présente convention prévoyant les mises à disposition de personnels et dans celles prévoyant la collaboration entre les parties s'agissant des plateaux techniques d'imagerie médicale.

L'activité médicale réalisée est enregistrée au titre de la partie dans les locaux de laquelle elle a été effectuée.

S'agissant des autres charges de l'exploitation courante, les budgets de fonctionnement respectifs des parties couvrent les dépenses afférentes, sans engager de flux financiers entre les parties.

Article 8 – Accidents de travail et de trajet et pathologies professionnelles

L'AP-HP assure à l'égard de ses agents contribuant au titre de la présente convention à l'activité du CMS, notamment dans les locaux de ce dernier, toutes ses obligations d'employeur pour couvrir sa responsabilité au titre des accidents de travail et de trajet ainsi que pour les pathologies professionnelles.

Toutefois, elle sera fondée à demander à la commune de X, par action récursoire, le remboursement des sommes qu'elle aura été amenée à verser au titre de leur réparation, pour le cas où la responsabilité de la commune serait directement engagée, notamment à la suite d'un défaut d'organisation ou de fonctionnement du service.

Article 9 – Responsabilités au titre de l'activité médicale et assurances

Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité relatives aux activités de soins respectivement conduites par l'AP-HP et la commune s'effectuent chacune pour ce qui la concerne dans les conditions prévues par l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

Chaque partie fait son affaire de son obligation légale d'assurance, l'AP-HP précisant qu'il l'assume pour sa part en qualité de propre assureur.

Article 10 – Règlement intérieur

Les personnels de l'AP-HP respectent le règlement intérieur du CMS dans le cadre de leur intervention dans ses locaux.

Réciproquement, les agents du CMS intervenant dans le cadre de la présente convention sont tenus au respect du règlement intérieur de l'AP-HP pour leur activité au sein des sites de l'AP-HP.

Article 11 – Modalités de suivi du partenariat

11.1 Comité de suivi HUPS - CMS

Un comité de suivi est instauré entre la direction de l'offre de soins et des partenariats des HUPS et la direction du CMS. Il a pour mission, en collaboration avec les responsables médicaux concernés, de suivre l'application de la présente convention, de définir les axes de collaboration et de dresser le bilan des activités et actions menées en commun.

Ce comité se réunit une fois par an.

11.2 Comité plénier

Une réunion annuelle associant l'ensemble des CMS partenaires et la direction des HUPS est organisée. Ce comité plénier est l'occasion d'un partage d'expérience entre les CMS sur les conventions conclues et de réflexions sur les suites à donner à cette coopération.

Ce comité est composé pour les HUPS :

- De la directrice générale, ou de son représentant
- Du président de la commission médicale d'établissement ou son représentant

- Du directeur de l'offre de soins et des partenariats

Pour les CMS partenaires :

- Du médecin directeur
- Du directeur administratif

Le comité plénier peut se réunir dans un format élargi à un comité médical représentant les spécialités impliquées dans la coopération.

Article 12 – Mise en place et exploitation commune de supports informatisés - confidentialité

Les partenaires à la présente convention s'engagent à faire de l'outil Terr-eSanté l'instrument privilégié des échanges de données et de constitution et de conservation des informations pour leurs patients communs.

Article 13 – Date d'effet, durée, modification, résiliation

La présente convention prend effet à la date de sa signature par les parties pour une durée de trois ans. Elle est renouvelable par avenant pour des durées de trois ans renouvelables.

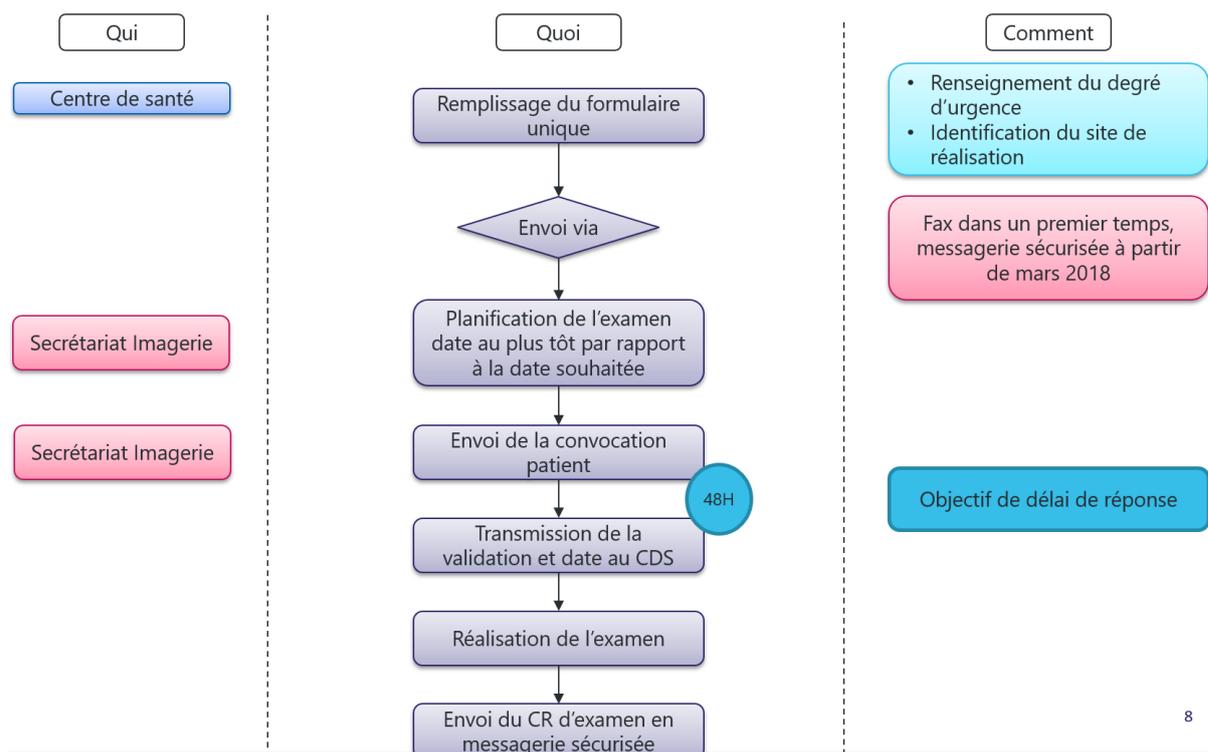
Elle peut être modifiée à tout moment par voie d'avenant.

Elle peut être résiliée avant son échéance, notamment en cas de non-respect des engagements conventionnels, sous réserve d'un préavis d'au moins six mois notifié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception.

Annexe 5 : Coopération imagerie – Circuit de la procédure et modèle de formulaire unique de demande destiné aux médecins des CMS

Les HUPS mettent à disposition du CMS leur plateau d'imagerie médicale afin qu'y soient réalisés des actes de diagnostic et/ou interventionnels au bénéfice des patients suivis dans les centres de santé.

Les demandes s'effectueront selon la procédure exposée ci-dessous.



8

A la date de signature, les deux parties s'engagent à utiliser le document de demande d'examen radiologique ci-dessous pour l'adressage et l'inscription des patients pour les examens de scanner et d'échographie.

Site ABC

Site BCT

Site PBR

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

PATIENT

Si Enfant

Prescripteur :

Nom :

Poids :

Nom :

Prénom :

Terme de la naissance

Service :

Date de naissance :

si prématurité :

Téléphone :

Téléphone :

Date de la demande :/...../.....

Externe : Hospitalisé : URGENT : SEMI-URGENT : NON URGENT :

RÉGION À EXPLORER ET TYPE D'EXAMEN :

TDM

ECHO

DOPPLER

RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE

IRM

Objectifs précis de l'examen :

Résultats des examens radiologiques réalisés antérieurement (si possible) :

Prémédication :

OUI

NON

Si oui faire ordonnance pour 1 cp ATARAX 100 mg, la veille de l'examen au coucher, puis 1 cp ATARAX 100 mg, 2 heures avant l'examen + 1 cp POLARAMINE REPETABS, matin et soir, 48 heures avant l'examen pour les patients très allergiques

Contre-Indications à l'injection d'iode :

<u>TDM</u>	NON	OUI
Myélome avec insuffisance rénale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, Taux de créatinémie :		
Diabète ^① :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
① Si oui, Traitement à remplir obligatoirement :		
.....		

☛ MÉDICAMENTS INCOMPATIBLES AVEC L'INJECTION D'IODE (TDM)

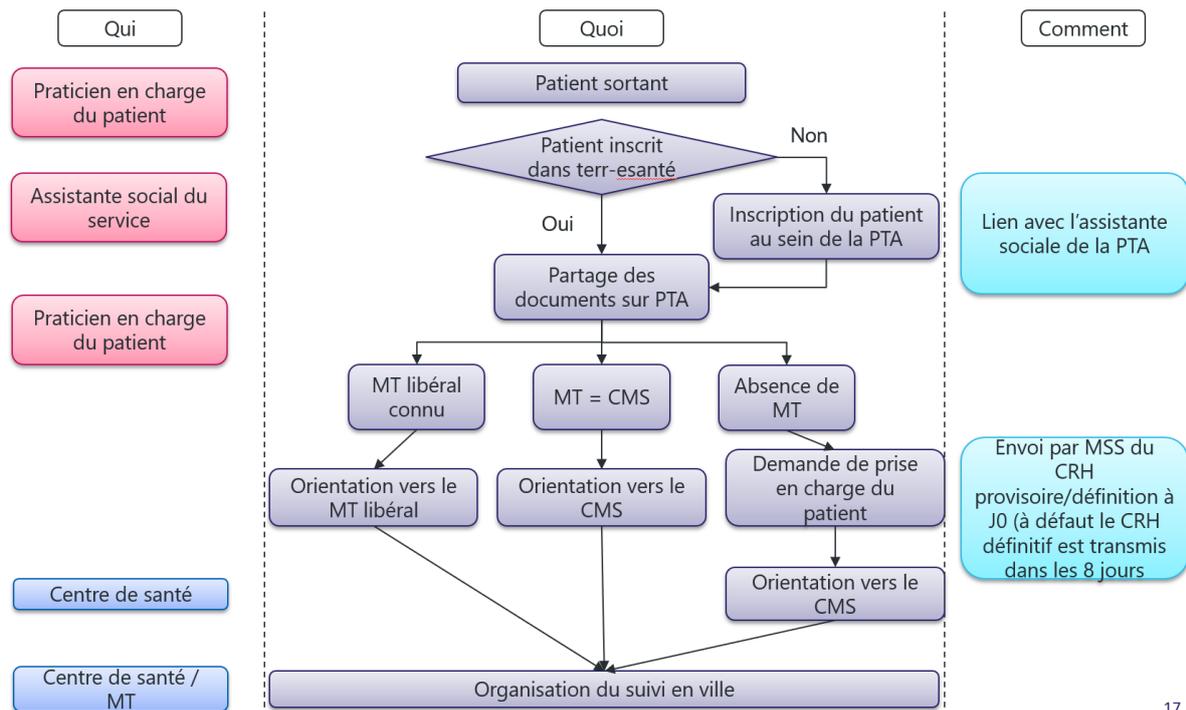
nécessitant un arrêt du traitement 3 jours avant l'examen et 4 jours après

BIGUANIDES : GLUCOPHAGE / GLUCOSULFA / DIAMIPHAGE / GLUCINAN / GLUCAGON / STAGID

Annexe 7 : Sortie du patient des HUPS et suivi en ville par les CMS- Schéma de la procédure

Les CMS s'engagent à ce que ses praticiens se positionnent comme médecins traitants des patients habitant leur commune et présentant un risque particulier de complexité médico-sociale qui sortiraient des HUPS sans suivi en ville.

La procédure est schématisée comme ci-après :



17

Liste des sigles :

- PTA : Plateforme territoriale d'appui
- MSS : MSSanté, messagerie sécurisée
- MT : Médecin traitant

Annexe 8: Modèle de convention d'activité partagée entre les HUPS et les CMS

CONVENTION D'ACTIVITE PARTAGEE
Entre
Les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud – site Bicêtre
Et
Le CMS xx

ENTRE :

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris dont le siège est, 3 avenue Victoria – 75004 PARIS
Représentée par Monsieur Martin HIRSCH, son Directeur Général et par délégations Madame Elsa GENESTIER, Directrice des Hôpitaux Universitaires Paris Sud, Madame Marie LAJOUX, Directrice de l'hôpital Antoine-Béclère
Désignée ci-après « **HUPS** »

ET :

Le CMS **xx**, situé **xxx**
Représenté par son directeur **xxxx**
Désigné ci-après « **CMS xx** »

d'une part,

Vu L'article R6152-4 du Code de la Santé Publique,

Vu l'arrêté du 17 octobre 2001, relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnels médicaux

Il est convenu ce qui suit :

Préambule :

Dans le cadre du projet « médecin partenaire » les HUPS se sont inscrits dans une démarche de renforcement des partenariats avec les centres municipaux de santé du territoire. Des pistes de travail axées sur l'organisation des consultations et des hospitalisations, notamment concernant la sortie des patients en ville, l'hospitalisation directe mais aussi une réflexion sur les terrains de stage d'interne ou la mise en place de consultations avancées ont été explorées en lien avec le service de médecine interne de l'hôpital Bicêtre.

ARTICLE 1 : Objet

La présente convention permet de formaliser l'organisation des consultations entre les deux structures.

ARTICLE 2 : Modalités

Cette activité de consultation sera assurée par les praticiens du service de Médecine Interne du Pr X à hauteur de **X demi-journée par semaine/mois**.

ARTICLE 3 : Dispositions matérielles

Afin d'assurer les activités médicales visées à l'article 2 ci-dessus, le CMS **xx** mettra à la disposition des praticiens les moyens nécessaires tant en personnel qu'en matériel.

ARTICLE 4 : Dispositions financières

Pendant la durée de la présente convention, les HUPS continuent à servir l'intégralité des émoluments des praticiens.

En contrepartie, le CMS verse aux HUPS, la part de traitement et de charges correspondant à 10% du coût total employeur moyen d'un PHC 3^{ème} échelon et tenant compte de la revalorisation, telle que définie par la grille de rémunération des personnels médicaux publiée au Journal Officiel le 1^{er} juillet 2016 ».

PHC 3^{ème} échelon : 6 305,31 euros

Montant de la demi-journée : 145,49 euros

Le CMS s'engage à transmettre l'état des présences trimestrielles des praticiens afin de préparer la facturation.

Ce règlement sera effectué au moyen d'un titre de recette émis par trimestre et libellé à l'ordre du Trésorier Payeur Général de l'AP-HP .

ARTICLE 5 : Responsabilité

La répartition des dommages causés ou subis par le praticien à l'occasion de leurs activités dans le cadre des fonctions qu'ils exercent pour le compte du CMS **xx** sont à la charge de celui-ci. Il appartiendra en conséquence au CMS **xx** de souscrire toutes polices d'assurances utiles à cet effet.

Les conséquences d'un accident de travail ou de trajet seront prises en charge par les HUPS au titre de son obligation d'employeur. Le CMS **xx** s'engage à rembourser les sommes éventuellement versées au titre de la législation sur les accidents de travail.

ARTICLE 6 : Durée, renouvellement, résiliation

La présente convention prend effet à compter du **xx**, pour une durée d'un an, renouvelable par reconduction expresse sous la forme d'un avenant.

La convention peut être dénoncée par chacune des parties avec un préavis de trois mois par lettre recommandée adressée à chaque signataire.

GIORDANO	Camille	Octobre 2018
Directeur d'hôpital Promotion Camille Claudel 2017-2018		
Structurer les relations ville/hôpital à l'AP-HP La démarche partenariale innovante des Hôpitaux Universitaires Paris-Sud avec les centres municipaux de santé		
<p>Résumé :</p> <p>L'AP-HP a lancé en juin 2016 une démarche de réassurance vis-à-vis des professionnels de santé de ville. Baptisé « Médecins Partenaires », ce projet incite les groupes hospitaliers à s'ouvrir sur la ville. Les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud, constitués des sites Bicêtre, Antoine Béclère et Paul Brousse, se sont particulièrement investis dans cet élan. Ils ont construit, avec plusieurs centres municipaux de santé de leur territoire, une convention de partenariat ambitieuse. Trois objectifs ont été fixés : harmoniser les conditions de prise en charge de la population, optimiser les plateaux techniques et les infrastructures soignantes, et maîtriser l'activité d'urgence par une réponse organisée aux besoins de santé. Ce mémoire retrace la construction de cette collaboration et détaille le contenu du partenariat. Son ambition est de démontrer que les hôpitaux et structures d'exercice collectif de soins primaires de ville doivent travailler ensemble pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des patients de leurs territoires. Les avantages réciproques des deux types d'établissements sont importants et ceux des patients, plus encore.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Lien ville/hôpital – Centre de santé – Assistance Publique-Hôpitaux de Paris – Territoire - Coopération – Accès aux soins – Attractivité – Coordination – Parcours patient – Expérimentation</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		