



EHESP

Filière DH

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

**L'optimisation du lien Ville-Hôpital et
la coordination des parcours de santé.
L'exemple du CH de Fécamp**

Gilles LAVENU

Remerciements

- ✓ A l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Monsieur Mourier, cher Alain, Mesdames Daubus et Houzé, Chères Isabelle,

Je vous remercie pour votre soutien constant dans cette formation de Directeur d'Hôpital et en particulier pour ce travail de fin d'études, qui constitue un temps fort de ces deux années passées à l'EHESP de Rennes. J'espère que ce mémoire retiendra votre attention et que nous pourrons en discuter plus longuement autour d'un café dans les semaines à venir.

- ✓ A l'Ecole des Mines, et en particulier Monsieur Frédéric Kletz, Enseignant chercheur et référent de ce mémoire,

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour m'avoir guidé et soutenu pour ce travail. Vos conseils m'ont permis de me questionner sur le contour de ce thème et sur les problématiques connexes à mon sujet. Votre bienveillance m'a été d'une aide précieuse afin d'avancer sereinement dans mes recherches. J'espère que le résultat de ce travail correspond à vos attentes, que nous aurons l'occasion d'en rediscuter rapidement, voire poursuivre les recherches sur une thématique qui me paraît essentielle actuellement pour parvenir à mettre en place un vrai parcours de santé cohérent et coordonné de l'utilisateur.

- ✓ A mon maître de stage, Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier de Fécamp, Monsieur Lefèvre, cher Richard,

Je vous adresse un grand merci pour votre accompagnement et vos conseils durant ces mois passés ensemble. Vous m'avez permis d'être régulièrement à vos côtés lors de rendez-vous importants, stratégiques et essentiels à mes yeux pour réaliser une vraie analyse systémique des organisations en place. Je suis ravi de pouvoir poursuivre notre collaboration dans les mois et années à venir et vous remercie par conséquent vivement pour la confiance que vous m'accordez.

- ✓ A l'équipe de Direction du Centre Hospitalier de Fécamp,

Votre accueil a été chaleureux à mon arrivée et vos conseils précieux. Merci pour tout ! Travailler prochainement à vos côtés et poursuivre ce travail m'enchantent !

- ✓ A l'ensemble des médecins et personnel du Centre Hospitalier de Fécamp qui m'ont accordé une partie de leur temps pour répondre à mes interrogations et m'ont apporté leur éclairage sur ce sujet. Merci
- ✓ Aux médecins et paramédicaux libéraux qui ont largement contribué à ce travail et aux premières actions impulsées pour renforcer nos liens
- ✓ A ma famille et à mes amis, tant Havrais que Rennais, pour votre soutien dans cette formation et la réalisation de ce mémoire, je ne saurais vous remercier assez...

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite ». Henry Ford

Sommaire

Introduction	1
1. Le renforcement du lien Ville-Hôpital, un fondement relativement ancien mais qui doit progresser compte tenu des enjeux et de la nécessité d'une approche par parcours	5
1.1. Une mise en place progressive du lien Ville-Hôpital	5
1.1.1. Rappels historiques	5
1.1.2. La mise en place des réseaux renforce les liens Ville-Hôpital.....	8
1.1.3. Le lien Ville-Hôpital se poursuit progressivement	9
1.2. La notion de parcours renforce la nécessité du lien Ville-Hôpital.....	12
1.2.1. Une nouvelle vision territoriale des prises en charge	12
1.2.2. Les parcours de santé, véritable changement de paradigme	14
1.3. Des enjeux importants pour le lien Ville-Hôpital et en particulier pour l'hôpital de Fécamp	15
1.3.1. Des enjeux de communication.....	15
1.3.2. Des enjeux de sécurité et de qualité des prises en charge	18
1.3.3. Des enjeux économiques	21
2. Malgré des initiatives locales, nationales, voire internationales, la difficulté à mettre en place une vraie coopération Ville-Hôpital est réelle.....	23
2.1 Des actions locales pour promouvoir le lien Ville-Hôpital	23
2.1.1 Une collaboration ancienne entre l'hôpital de Fécamp et les libéraux.....	23
2.1.2 De nouvelles initiatives pour impulser un vrai rapprochement.....	25
2.2 Certaines initiatives nationales, voire internationales renforcent la coordination	29
2.2.1 Les expérimentations françaises en matière de coordination Ville-Hôpital ne manquent pas.....	29
2.2.2 Certains systèmes de santé étrangers sont plus en avance sur la coopération Ville-Hôpital	31
2.3 Néanmoins, les freins et les limites au lien Ville-Hôpital perdurent... ..	32
2.3.1 Des freins ralentissent le processus de rapprochement !.....	32
2.3.2 Des limites à cette coordination existent malgré tout.....	33

3. Des résultats et des perspectives encourageants pour le lien et la coopération Ville-Hôpital.....	35
3.1. Des résultats qui vont dans le bon sens... pour la coordination Ville-Hôpital	35
3.1.1 Les partenariats se renforcent en matière de coordination Ville-Hôpital.....	35
3.1.2 De nouvelles consultations spécialisées de médecins libéraux au sein de l'hôpital.....	37
3.1.3 La participation des généralistes à la permanence des soins aux urgences	38
3.2. Des perspectives encourageantes à l'échelle locale	39
3.2.1 Le projet de Groupement de Coopération Sanitaire.....	39
3.2.2 Le nouveau projet d'établissement de l'hôpital de Fécamp.....	40
3.2.3 Les coopérations au sein du GHT doivent s'ouvrir à la ville	40
3.3. Des propositions nationales porteuses pour développer le lien Ville-Hôpital	41
3.3.1 La stratégie nationale de santé 2018-2022 et de transformation du système de santé	41
3.3.2 Les propositions de la FHF en faveur du renforcement du lien Ville-Hôpital	43
Conclusion	47
Bibliographie	49
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
AdAH	Adjoint Administratif Hospitalier
ACE	Actes et Consultations Externes
ADC	Adjoint des cadres
ADESM	Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale
AMA	Assistante Médico-Administrative
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Capacité d'autofinancement
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CGI	Code général des impôts
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNCC	Compagnie nationale des commissaires aux comptes
COSTRAT	Comité stratégique du GHT
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CRC	Chambre Régionale des Comptes
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
CRP	Comptes de résultats prévisionnels
CRPA	Compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CTE	Comité technique d'établissement
DAF	Direction des affaires financières
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier Médical personnel

DIM	Département d'information médicale
DLF	Direction de la législation fiscale
DM	Décision modificative
DMLA	Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DPI	Dossier Patient Informatisé
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
FHF	Fédération hospitalière de France
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MAD	Mise à disposition
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
ONDAM	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PFME	Pôle femme-mère-enfant
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMSP	Projet Médico Soignant Partagé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
SAAD	Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
SIH	Système d'information hospitalier
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée

Introduction

Lors de son discours à Eaubonne¹, le mardi 13 février 2018, le Premier ministre Edouard Philippe, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, ont présenté la « **stratégie de transformation du système de santé** » du gouvernement. Cinq grands chantiers ont été évoqués. Ils portent sur la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé ainsi que l'organisation territoriale des soins.

La **coordination et la mise en place d'un tissage de liens Ville-Hôpital plus forts** apparaissent également **au cœur de cette stratégie de refonte du système de santé**. Il s'agit en effet de mieux organiser le maillage territorial en renforçant la collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et en particulier entre hospitaliers et libéraux. Les prises en charge des usagers du système de santé doivent en effet dorénavant s'inscrire avec un focus « parcours de santé » et non plus avec un focus hospitalo-centré.

Il est particulièrement difficile de définir ce lien ou cette coordination Ville-Hôpital. Toutefois, lorsque l'on se réfère aux travaux² de la Haute Autorité de Santé³, plusieurs aspects apparaissent clairement. En effet, un grand nombre de pathologies chroniques nécessitent aujourd'hui l'intervention d'une **pluralité d'acteurs et d'une réelle coordination de ces derniers** afin de suivre efficacement le patient. Cette notion de coordination Ville-Hôpital, s'apparente à celle de coordination des soins, mais cette fois-ci pas seulement au niveau d'un établissement de santé mais à l'échelle d'un territoire. Lors d'une revue de la littérature, publiée en 2007⁴, les auteurs ont défini la coordination des soins, comme « *l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins.* ».

¹ Discours de M Edouard PHILIPPE, Premier Ministre – Stratégie de transformation du système de santé – Hôpital Simone Veil – Eaubonne – Mardi 13 février 2018 – Service de communication de Mignon – Février 2018

² Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » - Septembre 2014

³ Lire partout HAS

⁴ McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

La coordination des soins, comme la coordination du parcours de santé de la personne ne peuvent se mettre en place et être efficaces que si certains éléments essentiels sont réunis⁵ :

- **Implication des différents intervenants** dans la prise en charge de l'utilisateur ;
- **Interdépendance** ;
- **Connaissance des ressources disponibles** et du **rôle de chacun** ;
- **Échange d'informations entre les intervenants**

Avec cette proposition de définition et ces orientations, on se rend compte en effet de l'importance de la pluralité d'acteurs et de la communication entre ces derniers. Pour ce qui est du lien Ville-Hôpital, ce travail pluri professionnel doit donc se mettre en œuvre entre les professionnels libéraux et hospitaliers. Cela est essentiel afin de permettre un **parcours de santé coordonné, sécurisé et de qualité pour l'utilisateur**.

Les enjeux liés à l'efficacité de cette coordination Ville-Hôpital sont très importants. Tout d'abord, différents **enjeux de sécurité et de qualité des prises en charge** apparaissent. En effet, un manque de relai lors d'une sortie d'hospitalisation, un problème de communication entre les acteurs, une rupture dans le parcours de santé... peuvent conduire à de graves incidents dans la prise en charge de l'utilisateur. Ce travail de partenariat apparaît donc essentiel pour garantir des suivis efficaces et de qualité. Ensuite, les **enjeux économiques** peuvent être également considérables si cette coordination n'est pas mise en œuvre : multiplication d'examens, non pertinence des actes ou des soins, ré-hospitalisations... Enfin, en cas de manque de fluidité entre les acteurs, l'utilisateur se verra « balloté » au sein d'un système pour lequel la complexité ne pourra qu'aggraver son état initial...

Aujourd'hui, force est de constater que malgré différentes évolutions législatives ou réglementaires favorables, cette coordination, ce lien Ville-Hôpital peinent encore à se mettre en place. De nombreux freins limitent son efficacité. Ils peuvent être d'ordre technique (absence ou problème de messagerie cryptée et sécurisée...), d'ordre relationnel entre les différents acteurs, liés encore à un hospitalocentrisme trop prononcé sur certains territoires ou tout simplement une volonté affichée de ne pas travailler ensemble parfois corrélée à une crainte de concurrence, ou de perte de liberté...

⁵ Op cit en référence 4

Il est d'ailleurs intéressant de constater que les initiatives sur cette thématique partent souvent de l'hôpital. Ne devrait alors-t-on pas parler de lien Hôpital-Ville ?

Le centre Hospitalier de Fécamp, en particulier médecins et directeurs, a depuis de nombreuses années voulu s'inscrire dans un travail de collaboration avec les professionnels de ville. Dès septembre 2002, certains médecins de l'hôpital se sont rapprochés des professionnels libéraux. Ces praticiens interviennent à la fois dans la maison de santé à proximité de l'hôpital et à la Clinique de l'Abbaye de Fécamp. A cette date, un premier partenariat a en effet vu le jour avec la Clinique, conduisant par la suite et de manière progressive à l'ouverture de l'Hôpital - Clinique du Pays des Hautes Falaises en 2006. Depuis cette date, de nombreux liens se sont mis en place et différentes conventions ont été signées entre les acteurs et les deux entités juridiques. Mais la démarche doit se poursuivre pour encore mieux travailler ensemble. Les directions des deux établissements doivent être mobilisées en vue de cette perspective, tout en développant également le lien avec les autres libéraux de ville travaillant en cabinet.

Alors, dans quelle mesure, le Directeur d'Hôpital peut-il contribuer à renforcer les partenariats externes et contribuer ainsi à l'optimisation du lien Ville-Hôpital et à une meilleure fluidité des parcours?

Après avoir réalisé un premier diagnostic du contexte, des enjeux et des fondements juridiques sur le lien Ville-Hôpital (I), les actions mises en place au CH de Fécamp seront analysées en parallèle de ce qui s'est construit sur cette thématique à l'échelle nationale, voire internationale (II), pointant encore des difficultés malgré de futures perspectives encourageantes (III).

1. Le renforcement du lien Ville-Hôpital, un fondement relativement ancien mais qui doit progresser compte tenu des enjeux et de la nécessité d'une approche par parcours

1.1. Une mise en place progressive du lien Ville-Hôpital

1.1.1. Rappels historiques

La loi du 7 Octobre 1796 (Loi du 16 vendémiaire An V)⁶ avait consacré **un lien étroit entre les communes et les hôpitaux**. En effet à cette époque, le Directoire s'était déchargé de sa gestion hospitalière au profit des communes. Les hôpitaux furent municipalisés. Pour autant, notre système de santé français reste aujourd'hui encore assez particulier. Il s'inscrit historiquement au cœur d'un système de protection sociale hybride original, entre modèle Bismarckien et Beveridgien. Initialement fondé sur un système de solidarité professionnelle, financé par des cotisations issues du travail, nous nous sommes dirigés au fil des réformes vers un modèle de solidarité nationale. Financé en grande partie par l'impôt sur les revenus, ce modèle est contrôlé par le Parlement et piloté par l'Etat. Le système de santé français apparaît cependant comme très complexe. Il associe libéraux et secteur public et donne une grande liberté aux patients et aux médecins. Lors de la mise en place des assurances sociales, les médecins libéraux ont mené un véritable combat pour conserver leur indépendance.

En Novembre 1927, la mise en place d'une **charte de médecine libérale** consacra une grande autonomie aux médecins libéraux. **Les médecins partageaient leur temps entre leur cabinet de ville, l'hôpital** et intervenaient ponctuellement en faculté. Après la rénovation hospitalière initiée par le Professeur Robert Debré en 1958⁷ créant les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et instituant l'exercice médical à temps plein dans les hôpitaux publics, la place des médecins de ville a peu à peu évolué. Cette réforme relança le secteur public hospitalier en France alors que certains réfléchissaient pour une structure semi-privée. Différents partenariats ont pu malgré tout se maintenir mais parfois non sans difficultés. Les ordonnances de 1958 ont accentué par ailleurs le desserrement des liens entre la collectivité locale et les établissements de soins, tout en préservant le

⁶ Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P), « Les tribunes de la Santé », Editions de santé, n°33, disponible sur internet via le Lien : <<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-4.htm>>

⁷ Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

caractère local de l'hôpital. Ces ordonnances ont créé indiscutablement une première démarcation entre les médecins hospitaliers salariés et les médecins libéraux

La Loi du 31 décembre 1970⁸ dite Loi Boulin, amena un **nouveau bouleversement dans la vision du lien Ville-Hôpital**. En effet, elle instaura une carte sanitaire mais qui au final, ne sera qu'une carte hospitalière car, contrairement aux ambitions du législateur, le secteur médical libéral ne fera pas l'objet d'une planification, préservant ainsi la liberté d'installation. Cette Loi proposa, en supprimant de nombreux petits établissements hospitaliers publics, **une coopération inter hospitalière** entre structures publiques sous forme de syndicats inter hospitaliers (SIH) auxquels pourront s'adjoindre des cliniques privées assurant le service public hospitalier. Les médecins de ville ont ainsi dû modifier leurs habitudes et contribuer à ce nouveau système. Avec cette réforme de 1970, les premiers vrais jalons d'un système hospitalier voient le jour mais peut-être un peu trop hospitalo-centristes. Cette réforme définit par ailleurs la notion de Service Public Hospitalier (SPH).

Dans les années 1980, les maladies chroniques sont en constant développement. Cette transition épidémiologique a un impact sur l'hôpital public qui est l'un des acteurs de la prise en charge chronique. **Les patients attendent que se coordonnent les différents professionnels du système de santé**. Cette nécessaire coordination dépasse d'ailleurs largement le cadre des maladies chroniques, mais cette problématique la met particulièrement en exergue. De la même façon, le vieillissement de la population est un nouveau défi pour le système de santé français. Les besoins des personnes âgées sont multiples et nécessitent aussi une bonne coordination des différents intervenants soignants et sociaux relevant de différentes institutions. **Il n'est pas judicieux que l'hôpital soit le seul ou même le principal intervenant** dans la prise en charge des personnes âgées. Il est intéressant de se reporter à l'enquête nationale sur les inadéquations hospitalières en établissement de santé⁹. En effet, elle établit que la proportion de séjours et journées inadéquates augmente avec l'âge¹⁰. Les séjours à l'hôpital ne sont pas toujours justifiés pour les personnes âgées. L'IGAS pointe que l'organisation de l'hôpital très souvent classée par spécialité ne facilite pas l'approche holistique et transversale nécessaire à une bonne prise en charge des polyopathologies des personnes âgées fragiles¹¹.

⁸ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁹ Etude lancée par la DGOS en 2009 avec l'appui méthodologique de la DEES et réalisée par la société SANESCO

¹⁰ Panorama des établissements de santé, DREES, 2011, p 40

¹¹ A. Fouquet, P. Sitruk, J.-J. Trégoat, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », Rapport IGAS, mai 2011

En parallèle du développement des maladies chroniques, les progrès de la médecine font fortement reculer la durée moyenne des séjours (DMS) à l'hôpital. Toutefois, les sorties anticipées de certains patients nécessitent un relai fiable à domicile afin d'éviter toute aggravation. **Les médecins et paramédicaux libéraux sont ainsi amenés à progressivement collaborer avec les hospitaliers.**

La Loi du 31 juillet 1991¹² instaure les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et **offre des alternatives à l'hospitalisation, particulièrement demandées par les usagers du système de santé.** La Loi introduit également de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, management hospitalier, **organisation hospitalière et coopération entre établissements**, dans un double objectif de santé publique (qualité et accès aux soins) et de maîtrise des dépenses hospitalières. Au travers de cette loi, c'est la première fois, qu'un texte de loi cite la possibilité pour les établissements de santé de créer des **réseaux coordonnés de soins** pour améliorer les prises en charge. Elle invite ainsi les hôpitaux à davantage et mieux collaborer avec les médecins libéraux.

L'ordonnance hospitalière du 24 Avril 1996¹³ veut rationaliser l'hôpital et lance l'accréditation. Elle attribue aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, des missions communes et prévoit pour chacun des dispositions spécifiques. Elle reconnaît l'unicité du système hospitalier au-delà du statut des établissements. Tous les établissements sont désormais, dans l'intérêt des malades, tenus d'assumer certaines missions, d'adopter des conditions techniques de fonctionnement comparables pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de concourir à l'évaluation de ces soins. Elle est organisée autour de quatre axes :

- la création d'un système d'accréditation destiné à améliorer la qualité de l'offre hospitalière,
- la régulation régionale du système hospitalier avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH),
- la contractualisation comme outil de gestion interne et externe des établissements,
- le **renforcement de la coopération entre les différentes structures hospitalières, et entre médecine hospitalière et ambulatoire**

Toutefois, les dépenses de l'hôpital et des soins de ville restent bien séparés et différenciés. En effet, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité

¹² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

sociale du 22 juillet 1996¹⁴ a mis en place un cadrage financier des dépenses d'assurance maladie par la création de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) avec un fléchage spécifique par catégorie¹⁵.

Toutes ces recommandations réglementaires et législatives viennent malgré tout progressivement renforcer les liens Ville-Hôpital mais de manière difficilement évaluable car il n'y a pas un suivi spécifique sur les réunions ou rendez-vous informels entre praticiens hospitaliers et de ville. Toutefois, peu à peu, une meilleure coordination se met en place compte tenu essentiellement du développement des maladies chroniques, l'apparition du VIH mais également le vieillissement de la population. **Le désir de qualité** est de plus en plus fort **chez l'ensemble des acteurs de la santé**. Les pratiques doivent évoluer en conséquence. A l'approche des années 2000, une réelle évolution des pratiques voit le jour et apparaissent progressivement les réseaux de santé.

1.1.2. La mise en place des réseaux renforce les liens Ville-Hôpital

La prise de conscience de la non-qualité en santé et le renforcement du besoin d'une meilleure structuration des prises en charge, apparus depuis une à deux décennies, sont liés à plusieurs facteurs, qui additionnent et combinent leurs effets : la difficulté croissante des métiers de la médecine, due à l'explosion des connaissances, à la **balkanisation des spécialités**, à une certaine perte de considération sociale (et souvent financière) de la profession¹⁶. Une conclusion s'est imposée à beaucoup de médecins : il n'est plus possible de faire correctement ce métier en solitaire. Parmi eux, un certain nombre ont pris conscience que cela **signifie ne plus le faire dans l'isolement**, et pour d'autres qu'il est urgent de redevenir des acteurs de la réflexion et de la décision sur le devenir du système. Les réseaux de santé sont donc apparus dans ce contexte. Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une approche globale adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Inscrits dans la loi depuis 2002, **les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs** (sanitaire, médico-social et social)

¹⁴ Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

¹⁵ Dépenses de soins de ville – Dépenses relatives aux établissements de santé – Dépenses pour les établissements et services pour personnes âgées...

¹⁶ M.Daigne, M.Bonnin, F.Farsi, F.Grémy, « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique. Santé Publique Vol 16 Edition S.F.S.P, 2004/1

intervenant sur le parcours des patients. En effet, depuis le 4 mars 2002¹⁷, les réseaux de santé ont une définition officielle (Code de la santé publique, article L6321-1) : *"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."*

Cependant, les réseaux de santé ont rapidement dû être évalués afin de déterminer leur efficacité dans le système de santé. L'évaluation de ces réseaux constitue un préalable indispensable à leur accréditation, prévue également par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. En 2011, Il existait environ 700 réseaux de santé, financés par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (167M€ en 2011), puis intégrés dans le Fonds d'Intervention Régional. Alors que les réseaux constituent à cette époque l'un des principaux dispositifs de coordination, **leur bilan est contrasté et il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement.** Les évolutions qui ont suivi (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc.) ont permis que la coordination des soins soit partiellement réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes. Toutefois, il importe d'inscrire les réseaux de santé dans ces évolutions, afin d'une part, qu'ils favorisent cette intégration progressive et d'autre part, qu'ils interviennent en appui des acteurs pendant cette phase transitoire.

1.1.3. Le lien Ville-Hôpital se poursuit progressivement

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹⁸ **a posé de nouvelles orientations en matière de coordination en santé.** Ainsi dans son titre I, plusieurs dispositions traitent de l'amélioration de l'offre de soins et favorise une coordination des soins effective. Tout d'abord, **l'instauration d'un dossier médical personnel (DMP).** L'outil mis en avant pour assurer et symboliser cette coordination est le dossier médical personnel (article 3 de la loi), dont chaque bénéficiaire de l'assurance maladie devra disposer à compter de 2007. Il devrait permettre de suivre le cheminement du malade dans le système de soins. La loi offre des garanties renforcées afin que le secret de la vie

¹⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁸ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

privée des patients soit strictement respecté. La consultation du dossier médical en dehors de la prise en charge médicale du patient par un professionnel de santé en ville ou dans un établissement de santé et ce, même avec son consentement, est interdite (ce qui interdit, par exemple, l'accès du médecin du travail ou de l'assureur au dossier médical du patient). Les conditions d'accès des professionnels de santé aux informations de l'assurance maladie sur les soins dont ont bénéficié leurs patients (art. 21) sont précisées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Ensuite, la loi du 13 Août 2004 prévoit une **meilleure organisation d'un parcours de soins coordonnés pour l'usager**. Le développement de ce parcours autour d'un médecin traitant ou dans le cadre des réseaux de soins constitue un deuxième moyen de favoriser la coordination (articles 7 et 8). L'entrée en vigueur de ce dispositif a été progressive à partir du 1er juillet 2005 pour tous les assurés de plus de seize ans.

Le médecin traitant a pour mission d'orienter le patient dans le système de soins et de gérer son dossier médical. Il prescrit, en tant que de besoin, la consultation d'un autre médecin (généraliste ou spécialiste). Toutefois, l'accès à certains spécialistes ne nécessite pas de prescription du médecin traitant. Ils sont « d'accès direct spécifique ». Il s'agit des gynécologues, psychiatres et neuropsychiatres. Les patients en affections de longue durée (ALD) peuvent également accéder directement à leurs spécialistes sans prescription médicale préalable lorsqu'ils s'inscriront dans le cadre de leur protocole de soins. Enfin, certaines situations dispensent aussi d'une consultation du médecin traitant : l'urgence médicale ou le déplacement hors du lieu de résidence. Les textes réglementaires prévoient d'autres exceptions (soins itératifs, séquences de soins...).

Lorsque le patient n'a pas recours au médecin traitant ou qu'il refuse l'accès à son dossier au professionnel qu'il consulte, la loi prévoit que son ticket modérateur peut être majoré. Les conditions de cette majoration sont définies par plusieurs textes. La convention médicale approuvée par un arrêté du 3 février 2005¹⁹ (Journal officiel du 11 février 2005) autorise, par ailleurs, les spécialistes de secteur I à pratiquer un dépassement d'honoraires lorsqu'ils sont consultés par des patients sans prescription de leur médecin traitant. Pour les consultations externes hospitalières, une majoration non remboursable est applicable en cas de non-respect du parcours de soins. Le modèle du formulaire « déclaration de choix du médecin traitant » a été fixé par un arrêté du 20 décembre 2004²⁰. Chaque foyer (une par personne et une par enfant de plus de seize ans) a reçu

¹⁹ Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

²⁰ Arrêté du 20 décembre 2004 fixant le modèle du formulaire « déclaration de choix du médecin traitant »

ce formulaire de choix qu'il a retourné à sa caisse d'affiliation. Ce formulaire est également accessible sur le site internet www.ameli.fr ou auprès de son médecin ou de son pharmacien.

La loi **promeut également une coordination ville / hôpital** à travers la création de missions régionales de santé (MRS), regroupant les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) chargées de l'organisation de l'offre de soins régionale et de la coordination des deux secteurs du système de soins (article 67). Ainsi, les missions régionales de santé (MRS) devront définir les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution de dispositifs d'aide visant à favoriser l'installation des professionnels de santé ou des centres de santé, proposer des dispositifs de permanence des soins et définir des programmes d'action dont elles assureront la conduite et le suivi, notamment en matière de développement de réseaux.

Le décret d'application de cet article²¹ précise que les modalités d'organisation et de fonctionnement de la mission sont fixées par une convention. En outre, la loi ayant prévu une direction alternée de la mission, ce texte prévoit que le premier directeur de chaque MRS sera nommé sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du directeur général de l'UNCAM. Dans chaque région, les directeurs ont été désignés. Au-delà de ce cadre, la loi prévoit l'expérimentation d'agences régionales de santé intégrant complètement ARH et URCAM dans une structure unique (article 68).

En outre, dans son titre III, cette loi a renforcé le caractère contraignant joué par l'ONDAM en instaurant un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, toujours fléchées par typologie.

L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2004²² renforce le rôle des ARH par le transfert de compétences encore détenues par les préfets vers les ARH (sécurité sanitaire des établissements de santé, suspension du droit d'exercer des médecins ...). Elle **apporte une simplification de la planification sanitaire et de la coopération sanitaire**. « L'organisation sanitaire est simplifiée », avec en particulier la suppression de la carte sanitaire, le secteur sanitaire étant remplacé par « le territoire de santé ».

²¹ Décret n°2004-1327 du 2 décembre 2004 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement des missions régionales de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat)

²² Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

1.2. La notion de parcours renforce la nécessité du lien Ville-Hôpital

1.2.1. Une nouvelle vision territoriale des prises en charge

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire)²³ apporte de nombreuses modifications au système de santé français, en introduisant notamment une vraie approche territoriale de la santé. Jusqu'alors le système était encore très concentré autour de l'hôpital. Avec cette loi, le législateur a voulu sortir de l'hospitalocentrisme²⁴ et orienter le système de santé autour du patient. La place prépondérante de l'hôpital, incluant les soins de première ligne, découlait du choix fait par le gouvernement dans l'après-guerre d'adopter une politique de financement public graduel des soins en commençant par les hôpitaux. La loi HPST réorganise en profondeur **l'organisation et la planification des politiques de santé**. Dans un objectif de simplification, de déconcentration et de mise en cohérence, elle crée les **Agences Régionales de Santé qui se substituent à sept services de l'Etat et de l'Assurance maladie** :

- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
- les DDASS et DRASS
- le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)
- l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)
- la Mission Régionale de Santé (MRS)
- la Caisse Régionale Assurance Maladie (CRAM) pour les parties sanitaires

Les ARS, établissements publics, constitueront désormais l'institution administrative régionale unique dépendant des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. **Favorisant une organisation mieux ancrée dans les territoires** et davantage décentralisée, au plus proche des besoins des patients, elles représentent un dispositif administratif plus visible et plus accessible pour les professionnels de santé, les usagers et leurs associations de représentants, les élus, les gestionnaires d'établissements ou de services. Deux objectifs prioritaires pour les ARS: améliorer d'une part la santé de la population et, d'autre part, l'efficacité du système avec les moyens dont dispose chaque territoire. Ceci implique d'améliorer la cohérence des réponses apportées aux problématiques de santé publique, ce qui réclame de la part des ARS de veiller à la transversalité des interventions.

²³ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

²⁴ L'hospitalo-centrisme est un qualificatif donné aux systèmes de santé lorsque l'hôpital se trouve à la place centrale et prépondérante du système de santé. Le système de santé en France est un excellent exemple d'hospitalocentrisme.

Elle propose, en 4 grands titres, une réorganisation globale du système de soins, en traitant prioritairement les questions de la lutte contre les déserts médicaux, du décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, de la performance des hôpitaux, de l'attractivité des métiers de la santé, de la santé des jeunes et, d'une manière générale, de la coordination du système de santé.

Le lien Ville-Hôpital est également renforcé par la création des ARS qui sont chargées d'organiser l'offre de soins hospitalière et de ville. En effet, la loi HPST acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé.

Elle renforce également le rôle des acteurs de ville et des usagers avec la mise en place des conférences de territoire et de la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

La loi redéfinit les missions de service public attribuées jusqu'alors aux hôpitaux et introduit la possibilité d'en déléguer aux cliniques, notamment. **Elle favorise aussi les actions de coopération entre établissements à l'échelle des territoires de santé.** Tout en réaffirmant la mission générale des établissements de santé, **elle introduit les notions de coordination des soins entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social**, de mise en œuvre de la politique de santé publique et de garantie de la sécurité sanitaire, ainsi que la délivrance des soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.

Tout en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux, la loi permet la réorganisation du système de soins en **améliorant la place du parcours de soins coordonné**. Celui-ci se décline en 2 niveaux de recours : les **soins de 1er recours centrés autour du médecin généraliste** qui assure l'orientation du patient, et les **soins de 2nd recours, dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé**, voire dans des structures adaptées comme les centres hospitaliers universitaires (CHU). Il s'agit également de renforcer la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, **en invitant à l'exercice regroupé des professionnels**.

Si le fonctionnement de l'hôpital est rénové, l'articulation entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social est clarifiée, dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment de désengorger les services d'urgence. Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit **l'organisation d'une permanence des soins ambulatoire (PDSA) assurée par les médecins généralistes de ville**, en concertation avec les établissements de santé, ainsi que le développement d'un exercice regroupé des professionnels. Celui-ci pourra se faire au sein de structures

particulièrement encouragées, les « services de santé », que la loi identifie comme acteurs essentiels de l'offre de soins de 1er recours. Ces services revêtent plusieurs formes : les maisons de santé pluri-professionnelles, les centres de santé, les pôles de santé, pour les soins de 1er recours ainsi que les réseaux de santé, en charge de coordonner ces soins et les acteurs qui les dispensent. Ce mode d'exercice pluriel facilite la **mise en œuvre de nouvelles modalités de prise en charge des patients, comme la télémédecine ou les coopérations entre professionnels de santé**. A cet effet, la loi prévoit également de **renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital afin de faciliter le suivi d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge**, notamment au travers de la télémédecine. Celle-ci est définie par la loi comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication », qui permet « d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ». La télémédecine est un des exemples des nouveaux modes de coopération entre professionnels de santé, également favorisée par la loi.

1.2.2. Les parcours de santé, véritable changement de paradigme

La loi de Modernisation de Notre Système de Santé²⁵ interroge à **nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours** pour les usagers. Il **faut en effet stopper le raisonnement par secteur** : soins hospitaliers, soins de ville, soins médico-sociaux. Le parcours apparaît aujourd'hui comme le meilleur système permettant une prise en charge holistique du patient, structurée et continue et à proximité de son domicile. Il faut en fait davantage réunir prévention, soins, suivi social et médico-social. **Faire émerger les « soins primaires » et accompagner le « virage ambulatoire »** sous-entend une **meilleure gradation des prises en charge**. Avec la notion de parcours de santé, les différents acteurs travaillent ensemble de manière coordonnée avec une responsabilité collective. De cette manière, ce type de travail nécessite une constante communication entre les intervenants afin de viser une cohérence de groupe permettant d'atteindre l'objectif final.

L'approche de la loi est de permettre aux Français de recevoir « les bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures et au bon moment ».

²⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Il s'agit d'une approche globale de l'usager mais graduée nécessitant un lien Ville-Hôpital fort et organisé. Cette **logique de décroisement** des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social, va encore plus loin dans la notion de parcours par rapport à la loi HPST. Avec cette notion de parcours, le système s'adapte à l'ensemble des besoins des usagers et non plus l'inverse. En outre, elle conforte les ARS dans leurs missions de structuration et de sécurisation des parcours. La coordination entre établissements de santé, médico-sociaux et médecine de ville apparaît essentielle dans ce processus.

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, les parcours se déclinent progressivement sous forme de filières. Les Projets Médicaux et Soignants Partagés mis en place au niveau des Groupements Hospitaliers de Territoires vont dans ce sens.

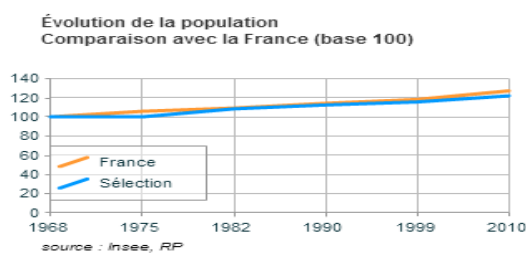
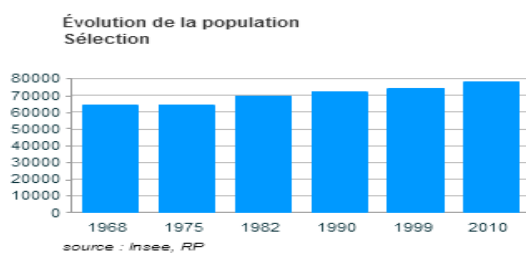
Mais au-delà de cette évolution législative dense autour du lien et de la coordination Ville-Hôpital, différents enjeux apparaissent, essentiels également pour l'hôpital de Fécamp.

1.3. Des enjeux importants pour le lien Ville-Hôpital et en particulier pour l'hôpital de Fécamp

1.3.1. Des enjeux de communication

Sur le territoire de Fécamp, les premiers liens Ville-Hôpital sont assez anciens. Compte tenu des particularités de cette région (morbidité importante, densité médicale faible...), la nécessité de coopérer entre hospitaliers et libéraux apparaît clairement depuis de nombreuses années. Le territoire de santé de Fécamp regroupe plus de 78 000 habitants. Un des premiers points à noter est celui d'une culture cauchoise très sédentaire : les habitants du Pays de Caux préfèrent attendre pour se faire soigner localement plutôt que de se faire soigner ailleurs. Il s'agit d'un territoire relativement peu peuplé et précaire.

La population croît structurellement dans des niveaux similaires à la France grâce à des soldes naturels et migratoires positifs :



Comme de nombreux territoires, le littoral Cauchois est touché par le vieillissement de la population. La ville de Fécamp l'est particulièrement avec 28% des habitants ayant au moins 60 ans (contre 24% pour le Département). Le territoire de premier recours de Fécamp a un indice de vieillissement élevé : 77 contre une moyenne régionale de 59,8. Le vieillissement de la population a pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires : HTA, Angor, Infarctus du myocarde..., cancers et maladies neurodégénératives (en premier lieu la maladie d'Alzheimer) etc. La part des personnes en ALD y est plus importante avec 18,07 % contre 16,90 % à l'échelle du Département. Par ailleurs, il existe un faible niveau de qualification au niveau de la zone urbaine.

Afin de mettre en lumière la perception que peuvent avoir les professionnels de santé libéraux sur le CH de Fécamp et de leur souhait de collaboration, une première enquête avait été réalisée en 2010 par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP). Un échantillon de 45 professionnels exerçant sur le territoire de santé (cantons de Criquetot-L'Esneval, Fauville-en-caux, Fécamp, Goderville et Valmont) avait été identifié. Ces professionnels se répartissaient de la façon suivante : 11 médecins généralistes, 2 médecins spécialistes, 10 infirmiers (ères) libéraux (ales), 6 kinésithérapeutes, 12 pharmaciens et 4 professionnels travaillant dans un centre médico-social.

Les interviews ont eu lieu par téléphone sur le lieu de travail des personnes interrogées.

	Effectifs bruts	%
SEXE DE L'INTERVIEWE		
Homme	19	42
Femme	26	58
AGE DE L'INTERVIEWE		
Moins de 35 ans	5	11
35 ans et plus	40	89

35 à 49 ans	16	36
50 à 64 ans	22	49
65 ans et plus	2	4
PROFESSION DE L'INTERVIEWE		
Médecin généraliste	11	24
Médecin spécialiste	2	4
Infirmier(ère) libéral(e)	10	22
Kinésithérapeute	6	13
Pharmacien (ne)	12	27
Professionnel dans un centre médico-social	4	9
EXERCICE DE LA FONCTION EN LIBERAL		
Oui	40	89
Oui (en libéral)	37	82
Oui (en libéral et dans un hôpital / une Clinique)	3	7
NON	5	11
CANTON DE RESIDENCE		
Fécamp	28	62
Goderville	4	9
Valmont	3	7
Fauville-en-caux	5	11
Criquetot-L'esneval	5	11

100% des professionnels de santé libéraux ont affirmé connaître le CHI des Hautes Falaises de Fécamp. 92% d'entre eux ont une vision assez précise des différentes spécialités présentes. 76% considèrent qu'ils reçoivent des informations régulières de l'hôpital et que la collaboration existe. **Les professionnels interrogés argumentent que les liens se font différemment en fonction des praticiens.** Selon eux, **certains praticiens hospitaliers souhaitent davantage coopérer et travailler avec les libéraux que d'autres.** 65% des personnes interviewées estiment que l'image du CHI s'est améliorée (Pour 24%, l'image est restée stable, pour 11%, elle s'est détériorée). 66% considèrent que le suivi des patients après leur hospitalisation est bien réalisé par les médecins hospitaliers.

Le groupe hospitalier du Pays des Hautes Falaises à Fécamp semble donc être **bien implanté sur son territoire de santé.** Toutefois, dans le détail, si les services les plus communs ou du moins les plus utilisés sont logiquement assez bien identifiés, en revanche les services les plus spécifiques sont plus méconnus. Parallèlement, la notoriété

des différents services et notamment des personnes qui les dirigent, est peu constituée d'une manière générale. Les **bénéfices du rapprochement entre le CHI et la Clinique de l'Abbaye sur la qualité de l'offre hospitalière sont majoritairement reconnus** par les professionnels de santé.

Les collaborations entre le personnel hospitalier et les professionnels de santé libéraux sont fortement appréciées par ces derniers mais ils ne cachent pas cependant un **souhait d'amélioration des échanges** entre les différents partenaires, dans l'optique d'un meilleur suivi du patient. Pour qu'ils puissent coopérer, les acteurs doivent **partager des informations**, ce qui implique des espaces d'échange et de communication qui peuvent être matérialisés par du temps commun, un espace commun ou des outils de communication (évaluation, fiche navette,...). D'autre part, pour que la communication soit efficace, **il est indispensable que les acteurs se comprennent**. Pour cela, ils ont besoin de références communes, d'une culture commune sur laquelle la communication pourra s'appuyer. S'agissant de métiers différents, un travail de compréhension et de partage des concepts comme des valeurs de chaque profession peuvent permettre de construire cette culture commune. C'est ce qui donnera du sens au travail conjoint. La coopération est intéressante pour les usagers si les acteurs apportent des compétences différentes au service du projet commun. Pour qu'ils puissent tirer parti des apports de chaque profession, **il est également essentiel que les professionnels se connaissent, connaissent leurs champs d'action réciproques, leurs limites, leurs logiques d'action**. Les médecins libéraux ont mis en évidence de nombreux besoins dont 5 priorités essentielles : la connaissance des mouvements de leurs patients (entrée / sortie / mouvements internes / décès / urgences), la réception rapide des lettres de liaison, la réception des lettres de sortie, la mise à disposition des résultats de laboratoires (tant des laboratoires de ville que des laboratoires hospitaliers), les résultats des examens médicotechniques effectués pendant l'hospitalisation. Au total, 78% des professionnels libéraux attendent encore de meilleurs échanges avec l'hôpital. Cela démontrait déjà en 2010 que le renforcement des liens Ville-Hôpital devait s'accroître.

1.3.2. Des enjeux de sécurité et de qualité des prises en charge

Il y a de réels enjeux de sécurité et de qualité des prises en charge autour de ce lien Ville-Hôpital. En effet, force est de constater qu'une mauvaise préparation de sortie, de mauvaises transmissions entre professionnels... peuvent avoir de graves conséquences pour l'utilisateur. Le risque est lié au particularisme des activités en matière de santé. Les

accidents peuvent survenir du fait de ces risques et de leur complexité. En outre, à domicile, les services se multiplient, mais les périodes de weekend, de jours fériés et la nuit montrent encore de multiples défaillances. La carence de places en soins à domicile et les quotas infirmiers sont source de difficultés également. A l'hôpital, la volonté de maîtriser les dépenses de santé conduit au raccourcissement des durées de séjour et n'aide pas toujours à la bonne gestion des sorties. Une étude a été réalisée en 2012²⁶ en Seine-et-Marne et en Val-de-Marne sur les points de vue des acteurs hospitaliers, en matière de trajectoires de soins des patients ayant une broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les trajectoires identifiées concernaient les patients les plus gravement atteints. Il a été constaté une grande variabilité de ces trajectoires de soins dans les 25 principaux établissements hospitaliers de ce territoire, sans que l'on puisse en déterminer une typologie. Ces dernières dépendaient en grande partie de l'offre en santé locale. Toutefois, **le principal constat de cette étude a été l'absence globale de coordination ville-hôpital en pré et post hospitalier, nuisant nécessairement à la qualité et sécurité de la prise en charge.**

Par ailleurs, les problèmes peuvent parfois naître de profondes divergences entre médecins hospitaliers et médecins de ville. Récemment encore, un conflit a vu le jour entre un cardiologue de l'hôpital et un médecin généraliste. Ce dernier adressait systématiquement ses patients vers les professionnels libéraux d'une clinique de la région alors que les usagers en question habitaient sur le territoire de Fécamp. Se pose la question de savoir pourquoi parfois ces médecins communiquent si difficilement entre eux ? Dans certains cas, les problèmes de communication sont influencés par certaines données économiques. En effet, on peut supposer que les praticiens de ville se défient des structures hospitalières pour des aspects de rentabilité. Il peut s'agir là de relations concurrentielles en terme de marché et de clientélisme, et donc pas seulement de difficultés inhérentes à des questions relationnelles. Il n'empêche que l'aspect économique a naturellement un retentissement sur la communication entre ces médecins.

Les notions de coopération, de coordination, de liens ville-hôpital apparaissent donc comme essentielles en matière de sécurité et de qualité des prises en charge. Par conséquent, derrière cette dimension collective de l'activité, il s'agit pour ces professionnels de mieux coopérer entre eux.

²⁶ Jacques Cittée, Bruno Sauteron, Sophie Brossier, Emilie Ferrat, Claude Attali, Christos Chouaid, Bruno Housset, « Trajectoires de soins des patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive : points de vue des acteurs hospitalier », Santé Publique HS, 2015

Guy Le Boterf, Docteur en lettres et sciences humaines, propose cette définition de la coopération²⁷ :

« Une mission commune est définie et le groupe se répartit des activités à réaliser. Les solutions trouvées sont plus réelles grâce aux apports réciproques et il y a possibilité de recouvrement d'erreurs par composition entre les membres du groupe. En revanche, il y a risque de propagation d'erreurs et de freinage de créativité dus à des phénomènes d'influence sociale ».

Pour Guy Le Boterf, trois conditions²⁸ doivent être réunies pour favoriser le travail en interdisciplinarité :

- Le « *savoir coopérer* » comprenant un langage et des valeurs communes entre les intervenants, d'où l'importance de la communication et de la construction d'une compréhension réciproque afin de mettre en place des objectifs et un projet communs, base du travail collaboratif,
- Le « *pouvoir coopérer* » nécessitant un référent de projet qui assurera les conditions du bon fonctionnement, et un découplage des professions afin que chaque membre du groupe de travail conserve son identité professionnelle tout en évitant les glissements de tâches et confusion des rôles de chacun,
- Et le « *vouloir coopérer* » impliquant une adhésion des participants au projet, qui, avec du temps et de l'énergie, aboutira à des relations de confiance entre eux. Nous comprenons ainsi que le travail collaboratif nécessite une équipe, avec son leader, ses membres au rôle défini et ayant envie de participer au projet, définissant ensemble un objectif commun. Pour cela, l'environnement et la politique de la structure dans laquelle les professionnels évoluent doivent leur permettre et leur donner les moyens de travailler ensemble. La communication entre les membres du groupe permettra, en plus de l'échange d'informations et de savoirs, la mise en place d'un respect mutuel et une réelle complémentarité entre les professionnels.

L'intelligence doit donc être collective et le pouvoir donné à une bonne coordination.

²⁷ Guy LE BOTERF, « De la compétence à la navigation professionnelle », Paris, Les éditions d'organisation, 1997, p 260

²⁸ Guy LE BOTERF, « Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective » Paris, Collection Ressources Humaines, les éditions d'organisation, 2012

1.3.3. Des enjeux économiques

Les enjeux économiques sont également particulièrement présents avec ce lien Ville-Hôpital. **Il s'agit en effet de ne pas multiplier certains examens**, actes ou soins qui auraient déjà été pratiqués. Le **Dossier Médical Partagé**, version numérique de l'ancien Dossier Médical Personnel devrait permettre à terme un meilleur suivi des prescriptions médicales afin qu'elles soient encore plus pertinentes et efficaces. Cela est encore plus vrai lorsque l'utilisateur a réalisé un certain nombre de bilans à l'hôpital mais que les résultats ne sont pas transmis à son médecin traitant ou enregistrés au niveau du DMP. L'échange de l'ensemble des informations gravitant autour du parcours de l'utilisateur entre tous les professionnels de santé permettra de manière certaine des économies importantes. En outre, l'impulsion du **virage ambulatoire** mise en place par le précédent gouvernement devrait également permettre, dès lors que la coordination Ville-Hôpital se renforce, une meilleure efficacité du système de santé. En effet, les coûts générés par la chirurgie ambulatoire ou les hôpitaux de jour sont moindres par rapport à des hospitalisations complètes traditionnelles. L'optimisation du lien Ville-Hôpital apportera en parallèle une sécurisation encore meilleure des sorties précoces des usagers.

2. Malgré des initiatives locales, nationales, voire internationales, la difficulté à mettre en place une vraie coopération Ville-Hôpital est réelle

2.1 Des actions locales pour promouvoir le lien Ville-Hôpital

2.1.1 Une collaboration ancienne entre l'hôpital de Fécamp et les libéraux

Comme nous l'avons souligné précédemment, **les coopérations et autres partenariats entre médecins hospitaliers et libéraux sont assez anciens au centre hospitalier de Fécamp.** Par exemple, le **réseau Ville-Hôpital en matière de soins palliatifs** est apparu dans les années 2000 afin de coordonner les prises en charge des personnes en phase palliative d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Des réunions régulières de coordination entre libéraux et hospitaliers ont permis de réaliser des soins et des suivis efficaces auprès des patients, sans rupture dans leurs parcours. Dès le démarrage, la **dynamique partenariale** a bien fonctionné et a permis de réunir établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, associations, intervenants bénévoles... Dès cette époque, l'hôpital a souhaité ouvrir ses portes vers l'extérieur. **Les médecins et les directeurs étaient déjà sensibilisés à la nécessité de mieux travailler ensemble pour le bénéfice de l'utilisateur. De la même manière, l'adhésion précoce au réseau périnatalité** a permis au CH de Fécamp d'échanger avec différents professionnels hospitaliers et libéraux sur la thématique de la naissance de l'enfant. Ce réseau a également pour but de **favoriser l'accès aux soins, la coordination des acteurs entre eux, la continuité et l'interdisciplinarité** de la prise en charge des mères et de leurs nouveaux nés. Pour d'autres spécialités, telles que l'imagerie, ou encore la médecine, ce fut également le cas. En effet, des partenariats avaient été mis en place très tôt avec les praticiens de ville pour échanger les bonnes pratiques en matière d'imagerie, voire associer les libéraux à l'activité hospitalière. Le service de radiologie de l'hôpital a d'ailleurs maintenu cette coopération à travers la **mise en place d'un Groupement d'Intérêt Economique (GIE)** pour l'activité du scanner. Les différentes plages de rendez-vous sont ainsi distribuées entre radiologues hospitaliers et radiologues d'un cabinet privé de la ville de Fécamp. L'installation prochaine d'un appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique va permettre d'aller encore plus loin dans ce rapprochement avec la ville et renforcer ainsi la coopération. En effet, un autre GIE va être mis en place pour cette nouvelle activité, avec cette fois-ci, la participation de deux cabinets libéraux, Fécampoïis et Havrais, permettant une permanence des soins pérenne. Mais ce qui a réellement permis d'améliorer les échanges avec les libéraux, a été la **mise**

en place précoce d'une messagerie cryptée et sécurisée, Apycript. Compte tenu de l'adhésion assez importante des professionnels libéraux du territoire de Fécamp à cette solution numérique, les comptes rendus d'hospitalisation, les différents examens... peuvent désormais être envoyés dès la sortie du patient. Cela permet un relai efficace auprès des praticiens de ville. Cependant, le déploiement en parallèle de la messagerie MS Santé, solution numérique similaire mais quasi gratuite et en partie portée par la sécurité sociale a diminué le nombre d'adhérents à Apycript. Cela a compliqué la transmission des informations car nous devons désormais vérifier quelle solution a été choisie par le professionnel de ville. Un paramétrage est en outre nécessaire pour que le Dossier Patient Informatisé (DPI) de l'hôpital puisse transmettre automatiquement les synthèses d'hospitalisation ou d'examens.

Les initiatives de rapprochement sont également liées aux **nombreux partenariats mis en place avec les professionnels libéraux de la Clinique de l'Abbaye de Fécamp**, qui comme nous l'avons expliqué, occupent désormais une partie des locaux de l'hôpital. Plus de trente conventions lient les deux entités juridiques. Les thématiques partagées sont éclectiques puisqu'elles concernent les soins au niveau de la maternité, des urgences... mais également les activités de restauration, blanchisserie, service de sécurité intérieure... La **mutualisation ou la coopération autour de ces domaines permet des économies d'échelle** tant pour la clinique, que pour l'hôpital. Progressivement, une interdépendance s'est mise en place entre les deux structures, qui auraient des difficultés aujourd'hui à fonctionner l'une sans l'autre. Pour l'hôpital, la présence de chirurgiens spécialisés travaillant à la clinique renforce la sécurité des soins, notamment en cas de césariennes compliquées, pratiquées par les gynécologues hospitaliers. Du côté des libéraux, le coût des fonctions mutualisées avec l'hôpital est très inférieur à ce qu'ils auraient dû payer s'ils devaient réaliser eux-mêmes ces missions. Les réflexions autour de la mise en place de fonctions mutualisées entre l'hôpital et la clinique se poursuivent sur d'autres domaines : gardes et astreintes du bloc opératoire, plan blanc commun, cellule de communication partagée... Une étude est en cours sur l'opportunité de créer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) avec la clinique afin de renforcer la sécurité juridique et éviter un nombre trop important de conventions.

L'hôpital travaille également avec la ville au regard de sa collaboration avec le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), particulièrement en matière de pauvreté et d'exclusion mais également en partenariat avec différentes associations dont l'ACOMAD, siège d'un service d'aide à domicile, d'un SSIAD, d'un service MAIA... Les rencontres avec ces partenaires permettent de mieux organiser les parcours de santé voire de vie de certains usagers, de réaliser des évaluations des prises en charge... En matière de

gérontologie par exemple, un « guichet unique » a été mis en place avec la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA). Il permet la mise en place de réunions de coordination pluridisciplinaire hebdomadaire afin de mieux orienter la personne âgée en situation complexe. De la même façon, certains de ces partenaires participent aux réunions d'admissions au sein des EHPAD hospitaliers. En outre, des réunions de suivi permettent de comprendre pourquoi l'admission ou la sortie d'un patient ne s'est pas bien déroulée et de **mettre en œuvre des plans d'actions interdisciplinaires pour améliorer les pratiques**. Pour l'hospitalisation à domicile (HAD), le centre hospitalier de Fécamp, détenteur de l'autorisation d'activité, travaille également en étroit partenariat avec les libéraux, notamment les cabinets de généralistes et les IDEL. **Certaines prises en charge de patients sont d'ailleurs « partagées » avec les professionnels de ville afin de maintenir des repères pour l'usager**. Des échanges réguliers (réunions, mails, appels, courriers... ont lieu entre le médecin coordonnateur de l'HAD et les médecins et infirmiers libéraux afin qu'il y ait une complète continuité dans la prise en charge des patients. Le rôle des différents acteurs est essentiel pour parvenir à mettre en place un parcours sécurisé et fluide pour la personne. **Le directeur d'hôpital, comme les autres professionnels, doit s'inscrire dans cette dynamique pluridisciplinaire, voire l'impulser**. Toutefois, il apparaît nécessaire d'aller encore plus loin dans le renforcement de ce lien Ville-Hôpital afin qu'il devienne le socle du parcours patient.

2.1.2 De nouvelles initiatives pour impulser un vrai rapprochement

Lors du stage extérieur effectué auprès du Directeur Général des Services de la Ville du Havre et auprès de la Directrice du CCAS²⁹, **nous avons déjà pu réfléchir à cette thématique du lien Ville-Hôpital**. Afin d'évaluer la qualité du parcours des usagers et en particulier des personnes âgées, nous avons utilisé la **méthode patient traceur « Ville-Hôpital » de l'HAS³⁰** et mis en évidence certains axes d'améliorations pour renforcer le lien Ville-Hôpital. Il nous est donc apparu intéressant de reproduire la mise en place de cette méthodologie mais cette fois-ci au niveau du territoire de santé où est implanté le centre hospitalier de Fécamp. Cette méthode permet d'évaluer le ressenti des personnes prises en charge tant à l'hôpital, qu'après leur sortie, par les professionnels de ville. **Le patient traceur est une démarche d'analyse collective et a posteriori du parcours global d'un patient**, réalisée avec son accord.

²⁹ Rapport de stage extérieur - Gilles Lavenu - Ville du Havre – Octobre 2017

³⁰ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2614161/fr/le-patient-traceur-en-ville

Il a fallu dans un premier temps contacter au niveau du territoire de santé de Fécamp l'ensemble des partenaires gravitant autour de la personne âgée en situation complexe : MAIA, Réseaux de santé, Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), cabinets libéraux, Services d'Accompagnement et d'Aide à Domicile (SAAD)... afin de **confirmer leur volonté de travailler en équipe pluridisciplinaire** autour de cette méthode pour améliorer les parcours des personnes âgées en situation complexe. **L'objectif final de ce travail est en effet d'optimiser la qualité et la sécurité des soins, l'organisation des parcours et les interfaces professionnelles, tout en consolidant les bonnes pratiques.** Les partenaires ont validé avec enthousiasme le principe de travailler tous ensemble sur cette thématique. L'hôpital de Fécamp a été moteur dans ce travail, ce qui avait été plus difficile pour l'établissement sanitaire, lors du stage extérieur. En effet, lors de la précédente expérimentation réalisée sur le territoire havrais, nous avons ressenti d'abord quelques hésitations, notamment de la part des différents professionnels de l'hôpital de référence en raison de l'introspection de la méthode sur les organisations mises en place. Afin de pouvoir réaliser de nouvelles études de dossiers, nous avons remis en place la même méthodologie. Tout d'abord, nous avons élaboré en partenariat un rétro planning organisationnel. Il a permis de cadrer les différentes étapes du travail, d'assurer le suivi des actions à mener et de garantir le respect des délais. **Plusieurs réunions de travail se sont tenues** dans le calendrier pré défini. Le rappel sur la méthodologie HAS a été réalisé afin de ne pas s'écarter de l'objectif initial et de **souligner l'approche pédagogique, bienveillante et non culpabilisante de ce travail.** Il a également fallu repérer des patients susceptibles de pouvoir rentrer dans le dispositif « patient traceur » et obtenir leur accord. Il s'agissait essentiellement de patients sortis récemment de l'hôpital de Fécamp puis pris en charge par les partenaires de ville et en capacité de s'exprimer sur leur ressenti de ce parcours de santé.

Les principes de cette méthode sont les suivants :

- ❖ Approche qualitative
- ❖ Association des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social
- ❖ Accord du patient (ou d'un proche) et prise en compte de son point de vue
- ❖ Analyse globale et rétrospective du parcours du patient : croisement des perceptions du patient et des professionnels
- ❖ Temps dédié et défini pour cette étude
- ❖ Présence des principaux professionnels impliqués dans l'analyse des parcours ciblés et en particulier le médecin traitant
- ❖ Comparaison des pratiques mises en place aux pratiques de référence (recommandations, réglementation, guide parcours...)

- ❖ Approche non stigmatisante
- ❖ Respect du secret professionnel lors des échanges
- ❖ Anonymisation des données relatives aux patients dès lors qu'une personne extérieure à sa prise en charge est présente lors des réunions de travail.

La méthodologie de la HAS prévoit six principales étapes que nous avons mises en place en groupe de travail pluri disciplinaire :

Mobiliser les professionnels autour d'une problématique « parcours » Choisir le ou les patients et les référentiels pour l'analyse du parcours Reconstituer le parcours et préparer la réunion avec les professionnels



Entretien avec le patient

Réunir les professionnels pour analyser le parcours

Mettre en œuvre un plan d'améliorations et en suivre les effets

Pour les entretiens avec les patients ou les proches, nous avons utilisé les documents mis à la disposition par la HAS ainsi que les différents outils créés³¹. Ces entretiens ont eu lieu, dans la majorité des cas, au domicile des seniors afin de leur faciliter les choses et qu'ils soient à l'aise dans l'expression de leur ressenti. Nous avons également insisté sur

³¹ Confère annexes 1, 2, 3 et 4 - Documents HAS

l'anonymisation des données personnelles. Ce travail a été particulièrement riche d'enseignements pour tous. Il a pu démontrer une **vraie volonté des différents acteurs de davantage travailler ensemble et de s'inscrire dans une démarche constante d'amélioration des parcours.** Toutefois, l'échantillon de patients était, comme lors du stage extérieur faible, au regard du temps imparti pour cette investigation. Ce travail ne constitue donc que le **démarrage d'un long processus visant à nous questionner de manière collégiale sur les améliorations à apporter à la coordination Ville-Hôpital et aux parcours patients en général.** Pour l'hôpital, cela a permis une ouverture plus importante encore sur la ville et un nécessaire décloisonnement. Le processus a pu fonctionner car il a été établi en partenariat avec les acteurs de la ville, déjà regroupés via la MAIA et souhaitant travailler en équipe pluridisciplinaire. Cette démarche a également permis une meilleure connaissance des rôles de chacun. L'implication des médecins libéraux n'a néanmoins, comme sur le territoire havrais d'ailleurs, pas toujours été aisée, souvent par manque de disponibilité.

Afin de renforcer les liens et le dialogue avec la ville, nous avons souhaité également, dès le début de notre stage de professionnalisation, participer à l'organisation de réunions thématiques avec les acteurs libéraux. **Deux soirées avec les sages-femmes libérales** ont ainsi permis de faire progresser **la coordination des soins en matière de maternité.** En effet, force était de constater que les relations professionnelles entre les gynécologues hospitaliers et les sages-femmes libérales étaient jusqu'alors assez complexes et peu fluides. Ces réunions ont favorisé la communication car chaque acteur a pu exprimer son ressenti. Les sages-femmes souhaitaient participer aux staffs hospitaliers afin d'être mieux informées du suivi de certaines patientes. A l'inverse, les gynécologues considéraient qu'elles ne s'inscrivaient pas toujours dans un vrai partenariat avec l'hôpital. Bien que ces rencontres n'aient pas pu tout solutionner, elles ont impulsé de vraies discussions collégiales, intéressantes pour l'avenir.

De la même manière, nous avons organisé une **soirée Ville-Hôpital à plus grande échelle en juin 2018**³² afin de réunir différents professionnels libéraux, structures d'aide à domicile, médicosociales, SSIAD, HAD... et échanger sur nos pratiques. Après avoir expliqué les objectifs de cette rencontre, plusieurs intervenants se sont succédés. Tout d'abord, la CPAM du Havre a réalisé une présentation du Dossier médical Partagé, axe fort de la CNAM pour la rentrée de Septembre 2018. Un gériatre et une partie de son équipe ont fait état du rôle et des missions de l'Equipe Mobile de Gériatrie dans le réseau Ville-Hôpital. Par la suite, le médecin coordonnateur de l'HAD du CH de Fécamp et un

³² Confère annexe 5.6 et 7

IDEL et président de l'URPS de Normandie ont donné leur approche du parcours patient au travers deux offres complémentaires, celle de l'HAD et celles des Infirmiers libéraux. En conclusion, un ophtalmologue de la clinique a présenté les avancées en matière de traitement de la DMLA. Des échanges très riches ont eu lieu au fur et à mesure des conférences et ont pu se poursuivre au moment d'un cocktail dinatoire. Plusieurs ateliers (éducation thérapeutique, maternité, HAD) ont complété les interventions au cours de la soirée. Au final, près de 90 personnes ont pu échanger sur cette question essentielle du lien Ville Hôpital. Ces dernières initiatives, portées en grande partie par l'hôpital, ont pu encore une fois démontrer **le rôle essentiel du directeur d'hôpital dans cette dynamique de rapprochement avec la ville**. Il ne peut toutefois agir seul mais il a la possibilité de mettre à disposition les moyens de l'hôpital au service du parcours de l'utilisateur et impulser les partenariats. Il peut en outre participer aux organisations à mettre en place pour que la coordination Ville-Hôpital fonctionne bien entre les professionnels. **En effet, les médecins libéraux et hospitaliers sont globalement de plus en plus intéressés pour travailler ensemble mais il leur faut un cadre de travail, qui sans aide, est plus difficile à mettre en place, compte tenu de leurs emplois du temps déjà très chargés.**

2.2 Certaines initiatives nationales, voire internationales renforcent la coordination

2.2.1 Les expérimentations françaises en matière de coordination Ville-Hôpital ne manquent pas...

Depuis plusieurs années, surtout depuis la loi HPST, mais également depuis **l'explosion du numérique**, nous pouvons constater que **le nombre de projets autour des liens ville-hôpital se multiplie**. Les médecins généralistes acceptent de plus en plus volontiers de travailler avec les hospitaliers. Dès 2009, une structure Ville / Hôpital a vu le jour à **Paris, à l'hôpital Bretonneau (AP-HP)**. Situé dans un quartier où l'on retrouve une forte population de personnes âgées, ce lieu de dépistage des troubles cognitifs a permis une réelle complémentarité avec les consultations mémoires hospitalières. D'autres expérimentations font progresser la coordination des parcours Ville-Hôpital. A **Toulouse** par exemple, dès 2011, un travail de partenariat a été mené avec le CHU³³ afin d'améliorer la transmission d'informations parfois tardive entre les acteurs. Il s'agissait d'optimiser la communication entre les différents professionnels s'inscrivant autour des parcours d'utilisateurs atteints d'un cancer. En effet, comme nous l'avons précédemment

³³ Dr Sylvie LEGAC « Comment optimiser les liens ville-hôpital ? », le Quotidien du médecin, 2011

souligné, les échanges doivent être fiables et réguliers entre professionnels de ville et ceux de l'hôpital. Dans le cas présent, un gros travail avec le CHU a permis de réaliser un suivi rigoureux des patients et de prendre des décisions collégiales. En 2013, un contact téléphonique infirmier au domicile du patient a complété le dispositif, permettant un suivi entre les cures de chimiothérapies. Lorsque la transmission d'informations n'existe pas ou n'est pas complète, les incidents apparaissent plus régulièrement. En **PACA**, depuis Avril 2013, l'URPS porte un projet visant à structurer la prise en charge post hospitalière grâce à une meilleure coordination Ville-Hôpital. Différentes rencontres entre pharmaciens libéraux, généralistes, infirmiers... et hospitaliers ont permis la **mise en place d'outils de transmissions fiables et pratiques utilisés au moment des sorties de l'hôpital**. Début 2016, à l'Institut Gustave Roussy de **Villejuif**, le projet CAPRI³⁴ a été déployé. Il s'agit d'une plateforme de coordination web visant à prendre en charge le patient atteint également d'une pathologie cancéreuse et d'assurer la sécurité des soins tout au long de son parcours. Le patient a en effet son portail et peut entrer différentes informations (poids, température, douleur, signes cliniques particuliers...) permettant une analyse immédiate par un médecin ou un(e) infirmier(ère). Un autre exemple intéressant concerne l'amélioration médicamenteuse Ville-Hôpital. La **nouvelle Aquitaine** a en effet vu se mettre en place un groupe de travail pluri professionnel associant établissements de santé, médico sociaux, professionnels de santé libéraux, les ordres, les URPS et des usagers autour de la conciliation médicamenteuse. Il s'agit de simplifier les prescriptions médicales des patients suivis et d'éviter ainsi de nombreux effets secondaires dus à des interactions médicamenteuses, projet d'ailleurs très bien argumenté dans une enquête parue en 2015 sur l'iatrogénie médicamenteuse³⁵. Autre exemple de projet : le réseau RESPECTICOEUR³⁶ a été mis en place à **Nantes** en partenariat avec le CHU. Il permet un suivi régulier du patient insuffisant cardiaque par des infirmières spécialisées en collaboration avec le médecin traitant. Après quelques années de fonctionnement, il a montré d'importantes améliorations dans la coordination du parcours patient et a diminué le nombre d'hospitalisations et la mortalité des personnes prise en charge. Par ailleurs, les programmes de retour à domicile après une hospitalisation de type **PRADO**, ont fortement contribué à optimiser les liens Ville-Hôpital.

³⁴ **CA**nCer - **P**arcours de soins - **R**égion Île de France - Institut Gustave Roussy

³⁵ Hiance-Delahaye, A., Teillet, L., Lechowsky, L., Aquino, J. P., & Harboun, M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital: enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(85), 3-11. 2015

³⁶ Gely Florence, « Impact pronostic d'une consultation précoce du médecin traitant dans les suites d'une hospitalisation pour une poussée d'insuffisance cardiaque : analyse de l'influence des facteurs médicaux, sociaux et culturels », Thèse de Doctorat en médecine, 2014

Cette liste n'est bien évidemment pas exhaustive mais **elle traduit le dynamisme des projets autour de la coordination Ville-Hôpital**. Toutefois, force est de constater que la France accuse un retard certain par rapport à d'autres systèmes de santé dans ce domaine ou celui de la recherche en soins primaires d'ailleurs.

2.2.2 Certains systèmes de santé étrangers sont plus en avance sur la coopération Ville-Hôpital

Dans certains pays, les liens et la coordination Ville-Hôpital sont davantage présents voire sont intégrés au système de santé lui-même. Prenons **l'exemple du Canada**, où des évolutions récentes ont renforcé la coordination des parcours. Le système de soins de santé du Canada fait face, comme en France à de nombreux défis³⁷ depuis les dernières années. Un certain nombre de facteurs impactent ce système comme les nouveaux modes de prestation de services, les contraintes financières, le vieillissement de la population mais également les coûts élevés des progrès de la médecine. Depuis la création du système public de soins de santé du Canada, l'organisation des prises en charge a changé. Auparavant, les patients se rendaient dans les hôpitaux pour consulter des médecins et se faire soigner. Désormais, ils reçoivent leurs premiers soins dans des **centres de soins de santé primaires, des centres de santé communautaire ou à domicile**. Une plus grande importance a été accordée à la **prévention et à la promotion de la santé**. De plus, la coopération avec les hôpitaux existe. En effet, lorsque le patient nécessite des soins plus importants, il peut être adressé vers un établissement de santé bénéficiant d'un plateau technique moderne. De la même façon, **en Suisse**, les institutions médicales sont organisées **par cantons au sein de réseaux de santé, comme le Réseau santé Valais par exemple**. En effet, le système des soins de santé en Suisse³⁸ est organisé en plusieurs sous-systèmes. Les soins de santé sont dispensés au sein d'établissements de soins publics, semi-privés ou privés. Les établissements semi-privés prennent en charge les usagers en amont et en aval d'un hôpital. Le secteur privé regroupe les cabinets des médecins libéraux et les cliniques. Une communication assez efficace existe la plupart du temps entre les secteurs mettant en lumière le système de santé Suisse, considéré comme très fiable mais assez coûteux pour l'utilisateur. La **Finlande**, quant à elle, présente un système assez original intégrant soins de ville et hospitaliers puisqu'il s'agit d'un des seuls pays européens où des lits sont présents dans les centres de santé, ce qui en fait véritablement une **structure intermédiaire entre médecine ambulatoire et hospitalisation**.

³⁷ <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante>

³⁸ https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_en_Suisse

Ces différents exemples étrangers montrent qu'il est possible de mieux travailler ensemble et de renforcer la coordination Ville-Hôpital. Toutefois, en France, certains freins et limites persistent et ralentissent la co-construction des parcours.

2.3 Néanmoins, les freins et les limites au lien Ville-Hôpital perdurent...

2.3.1 Des freins ralentissent le processus de rapprochement !

En effet, de nombreux freins altèrent la dynamique de ce rapprochement Ville- Hôpital. Notons dans un premier temps, **l'échec passé du déploiement du DMP**. Cet outil devant constituer le socle de la communication Ville-Hôpital n'a pas connu le développement escompté, malgré une importante communication réalisée par la sécurité sociale. Dans un ouvrage destiné au développement du numérique en santé³⁹, et plus précisément dans le chapitre consacré « à la quête de la coordination des soins », Jean Yves Robin, directeur d'Open Health Company, revient sur l'histoire du DMP, qu'il considère comme "un sujet incontournable dès que l'on évoque l'e-santé". Il évoque que l'échec du DMP est principalement corrélé à la suppression par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) de son budget de déploiement de 15 millions d'euros et de la réduction du budget du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs). "Le DMP n'a plus de budget de déploiement alors même que la construction du système vient d'être achevée", résumait Jean-Yves Robin. Le DMP, qui a été repris en charge par la CNAMTS depuis 3 ans et qui doit être prochainement relancé à vaste échelle, après plusieurs nouvelles expérimentations régionales, apparaît comme une **base de données indispensable** à la mutualisation des informations entre professionnels de santé de ville et hospitaliers. Avec un tel outil, le suivi du parcours patient est facilité et les redondances d'examens ou les pertes d'informations sont évitées. En parallèle de cette problématique et dans un second temps, **la multitude de messageries cryptées et sécurisées sur le marché de l'e-santé ne facilite pas la communication digitale entre professionnels**. Il serait donc nécessaire d'harmoniser le type de messagerie utilisé. D'autant qu'il n'y a pas toujours d'interconnexion possible entre elles, ce qui complique la communication. Un message par exemple posté sur une messagerie MS Santé doit nécessairement être envoyé par le même type de messagerie, au risque de ne pas aboutir. Toutefois, nous pouvons imaginer que la gratuité de certaines messageries, contrairement à d'autres, régulera rapidement le problème.

³⁹ Jean-Yves Robin « *L'urgence numérique. Faire de la France un leader de l'e-santé* », Ed. L'Harmattan, 207 pages, 2014

Néanmoins, le paramétrage des contacts et autres options sur ces outils étant parfois fastidieux, certains professionnels préféreront garder leur messagerie actuelle, bien que payante...

Un autre frein réside dans le fait que trop souvent, **l'hôpital et la ville sont perçus comme en opposition et en défaut de complémentarité** par certains professionnels. Les libéraux voient une crainte « d'hégémonie » de l'hôpital en matière de lien Ville-Hôpital. Il s'agit donc pour les directeurs d'hôpital, mais également pour les médecins et autres professionnels hospitaliers de rassurer les praticiens de ville afin de mettre en place confiance et respect dans les échanges. **Nous devons co-construire au profit du parcours de l'utilisateur.** Il n'est pas question de concurrence car chaque acteur a son rôle à jouer dans ce parcours. Il s'agit de mettre en adéquation le bon et juste soin, au bon endroit et réalisé par le bon professionnel, hospitalier ou de ville et au bon moment. Le dialogue et les rencontres régulières entre les professionnels peuvent permettre de changer les mentalités.

En parallèle de ces freins, certaines limites rendent potentiellement utopique ce développement majeur du lien Ville-Hôpital.

2.3.2 Des limites à cette coordination existent malgré tout...

Plusieurs limites apparaissent également dans cette volonté de rapprocher les acteurs. Tout d'abord, **la forme actuelle des GHT ne facilite pas le travail en commun** avec les libéraux. Au contraire avec cette mise en place des GHT, il y a eu un sentiment de repli du monde hospitalier, voire de fermeture. En Effet, rares sont les groupements où le privé est associé au sein des filières de soins. Certes, il était probablement nécessaire d'optimiser les moyens en les mutualisant entre établissements hospitaliers mais une possibilité d'ouverture plus importante accordée aux autres professionnels aurait, sans doute permis une meilleure compréhension de la réforme. Les autres modes de coopération avec le privé ou les libéraux existent cependant encore, tels que les GIE, GCS... mais avec la mise en place de ces GHT, les nouvelles coopérations mises en place se sont surtout concentrées entre hospitaliers. Les libéraux ont, malgré tout pour certains, mis en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), prévues par la Loi du 26 Janvier 2016 mais essentiellement constituées de professionnels de ville.

Ensuite, les **modalités de financement actuelles ne se prêtent pas à une vision partagée de la prise en charge de l'utilisateur.** La mise en place de l'ONDAM a scindé le

financement des soins de ville, hospitaliers, et médicosociaux ne facilitant pas une approche interdisciplinaire en matière de santé. La T2A a incité les établissements de santé à développer fortement leur activité. Elle ne pousse pas à la coopération avec les professionnels de ville. Les modalités de financements des soins de villes et des hôpitaux apparaissent par conséquent en relative opposition. Le rapport Véran⁴⁰ sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé précise clairement les critiques faites aux modèles actuels, ainsi que différentes propositions d'orientations futures. **Un financement au parcours et à la qualité⁴¹ permettrait de rémunérer chaque étape de la prise en charge tout en ayant une approche holistique, et collégiale de la personne.**

⁴⁰ Dr Olivier Véran « L'évolution des modes de financement des établissements de santé – une nouvelle échelle de valeur », Assemblée Nationale, 18 Octobre 2017

⁴¹ Bénédicte Gourieux, Thomas Duvernoy, Frédérique Tissier, Paul Garassus, « Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions », Journal de Gestion et d'Economie Médicales Vol 35 N°6 - 2017

3. Des résultats et des perspectives encourageants pour le lien et la coopération Ville-Hôpital

3.1. Des résultats qui vont dans le bon sens... pour la coordination Ville-Hôpital

3.1.1 Les partenariats se renforcent en matière de coordination Ville-Hôpital

Les actions anciennes et récentes en faveur du lien Ville-Hôpital menées par les professionnels du CH de Fécamp ont permis l'instauration d'un **vrai partenariat entre les libéraux, l'hôpital mais également avec les différents partenaires associatifs, médico-sociaux...** Une belle dynamique de communication existe et permet désormais la tenue de réunions fréquentes entre les différents acteurs. Globalement, les professionnels de ville comme hospitaliers, semblent satisfaits de la collaboration mise en place. Le **comité interdisciplinaire d'admission en EHPAD**, évoqué précédemment, a trouvé un bon rythme de fonctionnement. Il se réunit tous les quinze jours environ et rassemble professionnels de ville, associations de soins à domicile, généralistes, et professionnels hospitaliers. Ce comité est chargé d'analyser les différentes demandes d'entrée en EHPAD et de les prioriser aux regards des problématiques de santé de la personne. Le présentisme des différents membres traduit une réelle volonté des acteurs de travailler ensemble. De la même manière, et toujours sur la filière gérontologie, le **guichet unique** mis en place en partenariat avec l'ACOMAD au travers de la **MAIA**, le département, la CARSAT... et l'hôpital fonctionne efficacement. Des réunions pluridisciplinaires ont lieu toutes les semaines pour analyser les situations les plus complexes des personnes âgées.

En ce qui concerne le **réseau RESPECT** de soins palliatifs, les dernières évaluations témoignent d'un fonctionnement efficace et d'une excellente coopération Ville-Hôpital. Un des médecins du CH de Fécamp est d'ailleurs totalement intégré au réseau et peut ainsi solliciter les équipes lors de certaines sorties de patients. Le **service d'HAD** de l'hôpital travaille d'ailleurs également avec le réseau pour tous les patients admis en soins palliatifs. La coopération entre les libéraux et le personnel de l'HAD s'est également renforcée depuis les dernières rencontres, notamment depuis la soirée Ville-Hôpital de Juin 2018 où cette thématique a été spécifiquement abordée. Désormais, le médecin coordonnateur de l'HAD, et la cadre de santé, n'hésitent plus à solliciter la participation des infirmiers libéraux pour certaines prises en charge. Par exemple, il n'est pas pertinent

de renvoyer une équipe de l'HAD hospitalière réaliser une simple injection d'insuline ou d'anticoagulant alors que les IDEL sont parfois beaucoup plus près du domicile de la personne prise en charge. En outre, les médecins généralistes, prescripteurs des admissions en HAD semblent également, depuis les différentes rencontres qui ont eu lieu, avoir davantage confiance en cette modalité d'hospitalisation. De la même façon, les médecins de la clinique sollicitent aussi plus régulièrement l'HAD lors des sorties de leurs patients.

L'ACOMAD, porteur de la MAIA sur le territoire de Fécamp, a récemment sollicité l'hôpital pour réfléchir ensemble à l'appel à projet récent de l'ARS sur la mise en place d'une **Plateforme Territoriale d'Appui** (PTA). En effet, la Loi de Modernisation de Notre Système de Santé du 26 janvier 2016 avait impulsé le recentrage du système de santé sur les soins de proximité et à partir du généraliste. Elle a en outre prévu la mise en place de fonctions d'appui pour la coordination des parcours complexes, visant à apporter des réponses et une aide aux professionnels et en particulier les médecins traitants. Cette plateforme est un peu un élargissement de la gestion de cas complexes déjà mis en place par les MAIA. Il est intéressant de travailler ensemble sur cet appel à projet afin d'avoir un regard croisé, collégial et pluri professionnel de cette plateforme. En effet, les objectifs fixés pour cette plateforme par le ministère⁴² témoignent des liens indispensables et des interconnexions nécessaires que doivent entretenir l'ensemble des partenaires, de ville et hospitaliers : Trois types de services peuvent en effet être proposés:

- ▶ Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...

- ▶ Appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements : la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient. L'appui aux professionnels de 1er recours et aux équipes hospitalières pour les admissions et des sorties des établissements est particulièrement nécessaire dans les 30 à 90 jours après la sortie, période la plus à risque pour les ré hospitalisations.

⁴² solidarites-sante.gouv.fr

► Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

En outre, le CH de Fécamp développe actuellement, en partenariat avec la ville, la mise en place de parcours spécifiques corrélés à une pathologie chronique. L'Education Thérapeutique est utilisée comme un moyen pour faciliter ce parcours. L'utilisateur bénéficie ainsi d'une approche holistique et personnalisée de son problème de santé. Il peut également être plus facilement acteur de ce parcours. Pour l'insuffisance cardiaque par exemple, un suivi mixte du patient est mis en place. Les praticiens de ville, généralistes et cardiologues qui suivent le patient, rencontrent à intervalle régulier les praticiens hospitaliers afin de coordonner leurs interventions. Il s'agit d'organiser de manière collégiale ce qui sera proposé au patient : examens, ateliers d'éducation thérapeutique, hospitalisations... Cela permet de définir des objectifs partagés et répondre ainsi ensemble aux besoins de l'utilisateur. En parallèle, les praticiens travaillent sur des moyens de mieux informer leurs collègues, les paramédicaux et les usagers sur cette pathologie. La coopération entre professionnels de santé peut également faire progresser la mise en place d'un vrai parcours coordonné autour de l'insuffisance cardiaque.

Le dynamisme local de ce lien Ville-Hôpital peut également s'évaluer au regard des nouvelles consultations spécialisées mises en place récemment au sein de l'établissement.

3.1.2 De nouvelles consultations spécialisées de médecins libéraux au sein de l'hôpital

Ce travail constant pour nouer des liens et des partenariats a permis la mise en place de nouvelles consultations à l'hôpital de Fécamp. Ce sont en effet trois nouveaux médecins libéraux qui nous ont proposé récemment de réaliser des consultations au sein de l'établissement. Le premier médecin est **spécialisé en hypnose** et propose des consultations d'arrêt du tabac. Il intervient également en maternité et au bloc opératoire. Le second médecin est **Oto-Rhino-Laryngologiste**. Ayant prévu de prendre sa retraite, il a proposé sa candidature car il souhaite garder une activité professionnelle à hauteur de deux jours par semaine. Il est assez connu sur le territoire et nous pouvons par conséquent penser que sa clientèle le suivra sur l'hôpital. Le dernier médecin est **ophtalmologiste, chirurgien** de la clinique de Fécamp, et d'une clinique rouennaise. Lors d'une rencontre récente, il nous a proposé de réaliser des consultations spécialisées

en matière de traitement de la Dégénérescence Maculaire liée à L'Age (DMLA). Ce type de consultations requiert du matériel spécifique à un coût assez élevé et la clinique ne pouvait lui offrir actuellement. Après une étude médico-économique, ce projet nous est apparu intéressant. Il permet également aux usagers de bénéficier plus rapidement de consultations alors que la pénurie d'ophtalmologiste est très importante en Normandie.

Ces partenariats ont été effectués sous différentes formes : cumul emploi retraite, vacations, et statut de praticien attaché. Ce dernier statut, déjà utilisé au sein de l'hôpital, est intéressant pour l'établissement comme pour le médecin. En effet, selon le Code de Santé Publique⁴³, les praticiens attachés peuvent exercer concomitamment leurs fonctions dans une ou plusieurs structures du même établissement ou dans des établissements différents. Ces trois formes de partenariat donnent une grande souplesse à l'établissement tout en maintenant un lien fort avec la ville.

Tout cela a pu se mettre en place grâce aux rencontres régulières entre les professionnels hospitaliers et de ville. La stratégie volontariste de rapprochement Ville-Hôpital, impulsée au fil des années par les différents acteurs, permet désormais au quotidien de réfléchir à toutes les initiatives intéressantes en la matière.

3.1.3 La participation des généralistes à la permanence des soins aux urgences

Une autre initiative récente, qui va d'ailleurs dans le sens du Rapport de Thomas Mesnier⁴⁴, a été de mettre en place une coopération aux urgences avec certains généralistes du territoire de Fécamp. L'établissement, comme beaucoup d'autres en France, a été confronté il y a quelques mois à des problèmes de fonctionnement de son service d'urgences. Cette période de tension nous a amené à négocier avec l'ARS pour finaliser nos tableaux de garde. Afin de **ne pas systématiquement recourir à l'intérim médical et toujours dans l'optique de promouvoir le lien Ville-Hôpital**, nous avons sollicité l'autorisation de proposer des vacations à certains généralistes avec une rémunération revalorisée par rapport à ce que peut proposer le statut de praticien attaché. Nous avons ainsi pu favoriser la venue de praticiens libéraux sur certaines plages de gardes. Un projet de plus grande ampleur est actuellement en réflexion afin de mettre en place une filière spécifique pour les soins non programmés semi urgents afin de ne pas emboliser les urgences traditionnelles. Les urgentistes se sont investis dès le début dans

⁴³ Article R 6152-604 du Code de Santé Publique Modifié par le Décret n°2017-326 du 14 mars 2017 - art. 13

⁴⁴ Rapport Tomas Mesnier, Député de Charente : « Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires », 2018

ces réflexions, particulièrement intéressés par la coopération avec la ville afin de fluidifier les urgences.

D'autres perspectives de développement du lien et de la coordination Ville-Hôpital se profilent pour l'établissement.

3.2. Des perspectives encourageantes à l'échelle locale

3.2.1 Le projet de Groupement de Coopération Sanitaire

Comme nous l'avons évoqué, le nombre de conventions avec la clinique de l'Abbaye est très important. Plus de trente conventions lient les deux établissements. Or la sécurité juridique n'est pas complète. Par exemple, en matière de restauration, ou même de blanchisserie, nous pourrions être accusés de concurrence déloyale par les sociétés spécialisées. Le **groupement de coopération sanitaire (GCS)⁴⁵, est l'outil privilégié des coopérations public/privé mais également entre la ville et l'hôpital**. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. Il a été refondu dans le cadre de la loi HPST afin de clarifier le GCS de moyens et de faire émerger un nouvel acteur : le GCS-Etablissement de santé. Le dernier rapport de la Chambre Régionale des Comptes (CRC) invite l'établissement à recourir à cette forme juridique pour sécuriser les différentes coopérations. Nous avons donc lancé une étude concernant la création d'un GCS de moyens afin de vérifier toutes les conséquences de cette modalité juridique. La loi HPST a en effet apporté de nouvelles mesures en simplifiant et en clarifiant la formule du GCS de moyens :

- ▶ Les objets possibles de coopérations sont précisés : mise en commun de moyens de toute nature, humains, mobiliers, immobiliers, financiers, matériels ou immatériels ;
- ▶ Sa gouvernance est assouplie par la possibilité de mettre en place un comité restreint auquel l'assemblée générale du GCS peut déléguer une partie de ses compétences ;
- ▶ Le GCS en charge de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) peut percevoir directement des financements.

⁴⁵ solidarites-sante.gouv.fr

3.2.2 Le nouveau projet d'établissement de l'hôpital de Fécamp

La fin d'année 2018 et le début de l'année 2019 doivent consacrer le bilan du précédent projet d'établissement pour le CH de Fécamp. Malgré de nombreuses idées mises en œuvre lors de cette période, tant en matière d'activités que de développement du lien Ville-Hôpital, nous souhaitons aller encore plus loin. En effet, une partie importante du projet d'établissement 2020-2024 sera axé sur le **développement de la communication interne et externe avec une orientation très forte en matière de développement du lien avec la ville**. Il va s'agir de poursuivre le travail amorcé début 2018, consacré à la création d'un service de communication dont une des missions est le développement de ce lien. Le CH de Fécamp bénéficie déjà d'une autorisation d'activité pour un réseau local de santé, implanté en ville. Nous avons prévu de modifier un peu les missions de la coordinatrice du réseau afin qu'elle puisse porter également le développement de ce lien Ville-Hôpital pour l'ensemble de l'établissement. Il nous semble en effet **indispensable qu'il y ait un vrai interlocuteur hospitalier pour répondre aux sollicitations de nos différents partenaires extérieurs dont les praticiens libéraux de ville**. Il s'agira pour la coordinatrice d'impulser de nouveaux projets autour de la coordination avec la ville afin de rendre les parcours de santé des usagers encore plus fluides. La communication systématique des lettres de liaison doit être également améliorée. Nous devons également ouvrir encore davantage l'hôpital vers l'extérieur. Nous allons ainsi solliciter différentes associations de patients afin que des interventions régulières puissent avoir lieu également dans nos locaux. De la même façon, nous allons renforcer notre collaboration avec la ville de Fécamp, qui a des difficultés à faire correctement fonctionner son centre de santé municipal compte tenu de la pénurie de médecins, en proposant des vacations ponctuelles. Nous allons également poursuivre l'initiative d'un **accueil commun Ville-Hôpital des internes à chaque semestre**. Cela a été en effet très bien perçu par les intéressés en Mai dernier. La présentation des atouts de la ville, en parallèle de ceux de l'hôpital renforce la perception positive que les étudiants en médecine peuvent avoir du territoire. Il s'agit de les fidéliser pour d'éventuelles installations futures.

3.2.3 Les coopérations au sein du GHT doivent s'ouvrir à la ville

Le **Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP)** du GHT de l'Estuaire de la Seine a défini de nombreuses filières de soins au niveau du territoire mais sans réellement ouvrir les portes aux partenaires de ville. En tant que Directeurs, nous devons donc **impulser cette dynamique afin que ce projet soit réellement au cœur du parcours de santé de l'usager**. Parfois, certains médecins n'ont pas nécessairement le réflexe d'inclure les professionnels de ville dans les discussions, pensant que les établissements de santé

peuvent correctement gérer les choses. Or, il est essentiel de **faire du lien** pour que lors des sorties de patients ou même au moment des entrées, il puisse y avoir du dialogue entre les professionnels pour bien tout préparer. Il ne pourrait en être autrement, ce serait sinon reculer sur le développement de cette coordination Ville-Hôpital. Nous pouvons d'ailleurs imaginer que la réglementation en vigueur autour des GHT évolue sur le plan juridique en accordant davantage de place aux partenariats public / privé, avec le médico-social et avec la ville. En outre, la **convergence des systèmes d'information** au sein d'un même GHT, prévue dans la loi de modernisation de notre système de santé pour une application vers 2021, facilitera les échanges avec les professionnels de ville. La mise en place d'un comité stratégique Ville-Hôpital, à l'image de celui mis en place avec les établissements parties, pourrait contribuer à une meilleure organisation du lien et de sa coordination.

3.3. Des propositions nationales porteuses pour développer le lien Ville-Hôpital

3.3.1 La stratégie nationale de santé 2018-2022 et de transformation du système de santé

La **stratégie nationale de santé 2018-2022**⁴⁶ a été définie par le ministère des Solidarités et de la Santé autour de **quatre grands axes** dont l'axe 2 consacré à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Le **développement du lien Ville-Hôpital et sa coordination** apparaissent de manière explicite dans ce chapitre. En effet, garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire devra nécessairement passer par un maillage efficace et un partenariat resserré entre la ville et l'hôpital. Il s'agit également de compenser la diminution probable du nombre de médecins généralistes en exercice jusqu'en 2025 ainsi que les prochains départs à la retraite de nombreux praticiens. Des propositions sont faites pour favoriser la diversification de l'exercice des professionnels entre libéral et salarié, entre les activités de soins, de prévention et de recherche mais également entre ville, médico-social et hôpital, tout en augmentant les possibilités d'exercice multi sites. Les carrières des professionnels seront probablement beaucoup plus diversifiées qu'aujourd'hui. La **coopération entre professionnels de santé** et la pratique avancée, désormais autorisée, pourront également accélérer ce processus. Un décret récent⁴⁷ confère en effet la possibilité pour les infirmiers d'obtenir un master en pratiques avancées.

⁴⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier complet « Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 »

⁴⁷ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Selon l'Art. D. 636-74, « la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée vise à l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires à l'exercice infirmier en pratique avancée défini aux articles R. 4301-1 à D. 4301-8 du code de la santé publique ainsi qu'à la maîtrise des attendus pédagogiques correspondant au grade universitaire délivré ». Le référentiel des activités et des compétences orientera le cadre de cet exercice. Cette évolution de la législation peut permettre de favoriser un nouveau partage des tâches au sein des équipes tout au long du parcours de santé de l'utilisateur. Le médecin pourra ainsi se recentrer sur le colloque singulier avec son patient.

En Février dernier, le gouvernement a souhaité accélérer le processus de transformation de notre système de santé en définissant une vraie stratégie d'actions. Différents axes d'amélioration ont été posés⁴⁸ :

- Investir davantage dans la prévention. Notre système de santé était jusqu'à maintenant encore trop centré sur le curatif malgré différentes mesures incitatives
- Permettre un égal accès aux soins sur l'ensemble des territoires
- Décloisonner et simplifier notre système de santé afin de mieux coordonner le parcours de l'utilisateur et les professionnels

Ces axes de travail ne peuvent être envisagés que dans une approche globale incluant la ville, l'hôpital, et le médico-social et en plaçant le patient au cœur de l'action.

Par ailleurs, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018⁴⁹ promeut l'innovation en santé. Il ouvre la possibilité à des financements innovants, dérogatoires aux règles actuelles de tarification pour des « expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé » (coordination du parcours de santé, pertinence et qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale). Nous pourrions imaginer de nouveaux modèles de partenariats entre les différents acteurs.

Pour aller plus loin, la FHF s'est également saisi de l'importance du lien Ville-Hôpital pour le système de santé et a rédigé un rapport présentant différentes propositions pour le renforcer⁵⁰.

⁴⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse « Stratégie de transformation du système de santé », 2018

⁴⁹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

⁵⁰ Fédération Hospitalière de France. Dossier complet Rapport 2018 « Renforcer le lien Ville-Hôpital », 2018

3.3.2 Les propositions de la FHF en faveur du renforcement du lien Ville-Hôpital

La Fédération hospitalière de France (FHF) a en effet présenté le vendredi 9 mars 2018 **ses propositions pour renforcer le lien ville-hôpital**. La rédaction de ces différentes propositions a été confiée au Dr Jean-Pierre Jardry⁵¹, médecin généraliste libéral et administrateur de la FHF. Le rapport présente 17 préconisations articulées autour de 4 grands axes : faciliter les liens entre la ville et l'hôpital ; investir pour la ville ; territorialiser les enjeux de santé ; organiser la gouvernance ville-hôpital. Pour Jean- Pierre Jardry, « Il n'y a rien de nouveau, nous n'avons fait qu'écouter et rassembler ».

Les auteurs estiment que le cloisonnement actuel entre la ville et l'hôpital est incompatible avec la définition même de parcours de santé cohérents. La FHF souligne sa volonté d'agir sur cette thématique en complémentarité des acteurs de santé au niveau des territoires. Ils définissent sept clefs pour la construction du lien Ville-Hôpital⁵² et le déverrouillage des blocages encore présents:

- **Liberté** : Les acteurs hospitaliers et de ville ont la liberté d'adapter leurs actions aux besoins spécifiques de leur territoire. Un modèle unique d'actions semble utopique.
- **Faire du patient le dénominateur commun des actions** : Le patient doit être au centre de l'ensemble des actions des différents acteurs. Une culture commune doit être progressivement adoptée.
- **Dialoguer** : Les rencontres et les échanges sont indispensables à la structuration du lien Ville-Hôpital. Le dialogue doit être constant, voire quotidien afin que professionnels de ville et hospitaliers se connaissent parfaitement.
- **Confiance et respect** : ce sont les bases d'un dialogue apaisé entre les acteurs afin qu'ils acceptent de partager leurs visions respectives mais également leurs contraintes. Ils doivent être partenaires et non concurrents.
- **Co-construire** : La ville et l'hôpital doivent être mis sur le même plan et travailler ensemble sans hégémonie de l'un ou de l'autre. La concertation permettra d'être plus efficace au service de l'utilisateur.
- **Coordonner** : Il s'agit du défi à relever pour les acteurs. Il faut construire ensemble cette coordination afin de structurer les différentes actions et mettre en place des parcours de santé fiables et cohérents

⁵¹ En partenariat avec Rémi Fauquembergue, Directeur de projet et Lisa Cann, étudiante Master

⁵² Fédération Hospitalière de France. Dossier complet Rapport 2018 « Renforcer le lien Ville-Hôpital », op cit note 48

- **Valoriser les actions communes** : Le travail de chacun doit être mis en lumière mais il est essentiel de valoriser les actions collectives et qui au final, profitent à chacun.

En parallèle de ces sept clefs, le rapport de la FHF fait 17 propositions pour faciliter les liens entre la ville et l'hôpital :

- **1- Rendre obligatoire la communication des résultats médicaux aux médecins généralistes, et réciproquement, la transmission des éléments aux centres hospitaliers avant une hospitalisation** : En effet, bien qu'un décret⁵³ est officialisé l'obligation de transmission d'une lettre de liaison entre professionnels de ville et hospitaliers en amont et en aval d'une hospitalisation, force est de constater que cette transmission d'information n'est pas encore systématique.
- **2- Organiser un accueil des soins non programmés à l'hôpital** : Il s'agit de créer un espace dédié à la médecine de ville permettant de prendre en charge les usagers 24h/24h et tous les jours de la semaine, contrairement aux cabinets libéraux et maison de santé, souvent fermés le week-end. Cette différenciation de flux nous paraît intéressante pour ne pas emboliser les services d'urgences par des problématiques de santé secondaires.
- **3- Simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec une personne identifiée comme leur interlocuteur institutionnel** : Cela peut faciliter la communication entre les différents acteurs et fluidifier les échanges. En plus d'être l'interlocuteur privilégié des professionnels de ville, cet agent pourra coordonner les flux d'informations. Il pourra en outre faciliter les admissions directes, évitant les passages aux urgences inutiles.
- **4- Favoriser la recherche clinique en soins primaires** : cela peut permettre de faire progresser les projets communs et rendre attractifs les territoires pour les jeunes praticiens
- **5- Adopter des protocoles communs entre professionnels hospitaliers et de ville** : Ces protocoles peuvent permettre de fiabiliser les actions communes et faciliter la coordination des parcours.
- **6- Investir pour un système d'information commun** : cette proposition de la FHF va encore plus loin que la Loi du 26 Janvier 2016 où seuls les établissements au sein d'un même GHT devaient mettre en place une convergence de leur système d'information. Mettre en place un système d'information commun avec la ville pourrait en effet hautement faciliter la communication.

⁵³ Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

- **7- Mettre à profit le foncier hospitalier pour les maisons de santé pluridisciplinaire et les centres de santé** : c'est un axe fort de rapprochement entre la ville et l'hôpital. Néanmoins, il conviendra de définir le meilleur modèle économique pour chaque acteur.
- **8- Investir collectivement dans la coordination par des contrats d'objectifs avec l'assurance maladie** : une meilleure coordination des parcours permettrait des économies importantes qui pourraient être réinvesties au profit de projets de santé locaux
- **9- Expérimenter des modèles de financement à la population** : Changer les modèles actuels de financement en les adaptant à la notion de parcours de santé peut être un axe d'amélioration intéressant. La FHF préconise de mettre en place des expérimentations territoriales.
- **10- Favoriser l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital** : compte tenu de la démographie médicale de certains territoires, cette proposition peut faciliter les organisations hospitalières et de ville. En outre, cela facilitera nécessairement la communication entre les acteurs.
- **11- Créer des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale** : cela pourrait permettre une meilleure connaissance du territoire pour les jeunes praticiens et faciliter l'ancrage territorial. L'accès à des stages en ambulatoire doit être facilité.
- **12- Favoriser la place des acteurs de la ville dans le cadre des réflexions issues des GHT** : La FHF préconise de faire davantage travailler les GHT et les CPTS ensemble pour faciliter les projets communs
- **13- Accompagner, en partenariat, les besoins de consultations avancées de spécialité sur les territoires en tension** : Certaines consultations de spécialistes pourraient être mises en place tant en ville qu'à l'hôpital.
- **14- Renforcer le lien entre acteurs locaux par la constitution de commissions territoriales de santé (Elus-Ville-Hôpital-usagers)** : Cela permettrait de créer un vrai espace de dialogue autour des problématiques de santé du territoire
- **15- Favoriser les projets et accords communs entre médecine de ville et Hôpital auprès des pouvoirs publics** : L'objectif de décloisonnement doit être porté à tous les niveaux pour se mettre en place.
- **16- Favoriser l'élargissement de la gouvernance des GHT à la médecine de ville** : Impliquer les professionnels de ville au sein des GHT peut permettre de poser un vrai diagnostic des besoins populationnels en matière de santé et d'adapter les réponses de manière gradée.

- **17- Créer des espaces de concertation entre acteurs institutionnels nationaux et régionaux** : Les leviers d'amélioration du lien Ville-hôpital doivent également être discutés au niveau régional et national

Comme nous l'avons précédemment argumenté, les professionnels du CH de Fécamp ont déjà mis en place certaines de ces propositions. Sur plusieurs autres axes, le travail est en cours, qu'il conviendra de faire progresser en maintenant un dialogue constant avec nos collègues de ville. La clef de la réussite réside dans notre capacité à maintenir cette communication régulière et partagée et à être innovant pour structurer les parcours des usagers.

Conclusion

Ce travail ne peut constituer que le début d'une **prise de conscience collégiale de la nécessité de mieux travailler ensemble**, quel que soit le domaine mais encore davantage lorsqu'il s'agit de santé. Les enjeux sont conséquents. La coordination des parcours ne pourra être efficace que si nous parvenons à **nous rassembler autour de l'usager**. La place de ce dernier doit en effet désormais être au cœur du système de santé et chaque acteur, hospitalier et de ville doit contribuer à son efficacité. **Le Directeur d'Hôpital a une place toute particulière dans l'impulsion de ce lien Ville-Hôpital et de son renforcement**. Il peut en effet mettre une partie des moyens de l'établissement de santé au profit de cette coordination et faciliter la rencontre des acteurs.

Nous avons pu constater que malgré une évolution importante de la législation en faveur de ce lien Ville-Hôpital, **les freins et certaines limites ralentissent son processus de développement et sa mise en place effective**. Toutefois, les initiatives actuelles se développent de manière importante, malgré un retard certain de la France en la matière. **Les perspectives apparaissent en outre favorables pour l'avenir**. Le centre hospitalier de Fécamp a initié très tôt les projets permettant de mieux organiser les parcours de santé et leur coordination. Néanmoins, un travail important reste à réaliser, qu'il conviendra de mener en concertation étroite avec nos collègues de ville. La réussite de ces travaux passera nécessairement par une **implication complète de tous les acteurs**, médecins, soignants, directeurs, IDEL, partenaires, associations... mais également de l'usager lui-même qui pourra, dès que nécessaire mettre en lumière un éventuel dysfonctionnement.

Aujourd'hui, les établissements de santé n'ont plus le choix. Les prises en charge d'usagers se feront nécessairement avec la notion de parcours en filigrane et passeront par conséquent par un rapprochement obligatoire avec la ville. Une évolution majeure est en cours. Au travers de ce qui a été mis en œuvre au CH de Fécamp, différents enseignements peuvent être repris par d'autres hôpitaux. Tout d'abord, il s'agit de **construire collégalement ce lien Ville-Hôpital** et de manière progressive. Les acteurs de part et d'autre ont besoin de cheminer dans cette démarche. Ensuite, il convient de **négoier les étapes de cette construction avec souplesse et discernement** mais sans précipitation. Enfin, il faut savoir apprendre de ses erreurs pour mieux rebondir et construire ensemble, en ayant toujours à l'esprit l'objectif pour l'usager. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2018 **ouvre le champ des possibles** sur de nouvelles initiatives intéressantes.

Le ministère envoie en message fort « Expérimenter et innover pour mieux soigner ! ». Les différents acteurs devront donc réfléchir à de nouvelles organisations en santé contribuant à améliorer les parcours, l'efficacité du système, la pertinence des prises en charge et de manière générale l'accès aux soins. Cela représente une véritable opportunité qu'il faudra saisir ensemble.

En effet, nous sommes encore davantage persuadés aujourd'hui, comme le soulignait M.Crozier que « *Toute organisation moderne repose de plus en plus sur la bonne volonté de ses membres, sur leur capacité d'adaptation et d'innovation et sur leur aptitude à coopérer entre eux* »⁵⁴. Il est essentiel d'aller dans ce sens pour faire progresser la coordination des parcours de santé au profit de l'utilisateur.

⁵⁴M.Crozier « La société bloquée » - Editions le seuil, collection Points essais – Paris 1995

Bibliographie

Réglementation :

Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Arrêté du 20 décembre 2004 fixant le modèle du formulaire « déclaration de choix du médecin traitant »

Décret n°2004-1327 du 2 décembre 2004 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement des missions régionales de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat)

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Article R 6152-604 du Code de Santé Publique Modifié par le Décret n°2017-326 du 14 mars 2017 - art. 13

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

Rapports :

HAS, Rapport d'évaluation « Le recours à l'hôpital en Europe » Mars 2009

Les inadéquations hospitalières en France. Etude lancée par la DGOS en 2009 avec l'appui méthodologique de la DEES et réalisée par la société SANESCO

Panorama des établissements de santé, DREES, 2011, p 40

A. Fouquet, P. Sitruk, J.-J. Trégoat, « *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge* », Rapport IGAS, mai 2011

Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » - Septembre 2014

IRDES synthèse documentaire « Les réformes hospitalières en France », Septembre 2017

Rapport de stage extérieur - Gilles Lavenu - Ville du Havre - Octobre 2017

Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse « Renforcer l'accès territorial aux soins », 13 Octobre 2017

Rapport Tomas Mesnier, Député de Charente : « Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires », 2018

Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier complet « Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 », 2018

Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse « Stratégie de transformation du système de santé », 2018

Fédération Hospitalière de France. Dossier complet Rapport 2018 « Renforcer le lien Ville-Hôpital », 2018

HCAAM, « Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé », Avis du 24 Mai 2018

Articles :

O.Alao, F.Anceaux, R.Beuscart, M-C Beuscart-Zéphir, J-M Brunetaud et J.M Renard, « La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins », Les cahiers du numérique Edition Lavoisier, 2001/2

M.Daigne, M.Bonnin, F.Farsi, F.Grémy, « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique. Santé Publique Vol 16 Edition S.F.S.P, 2004/1

Sylvie Palmier, Evelyne Ribal, « Réseaux ville-hôpital, transmettre pour mieux soigner », Soins n° 702, Janvier/Février 2006

McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

I.G « Des liens à consolider », L'infirmière magazine n°266, 1^{er} Novembre 2010

Dr Sylvie LEGAC « Comment optimiser les liens ville-hôpital ? », le Quotidien du médecin, 2011

Pierre Koskas, Aurélie Misme, Claude Preles, Olivier Drunat, « Mise en place d'une structure ville-hôpital de prise en charge des patients et de leurs familles », Soins Gériatrie, n°86, Janvier/ Février 2011

Aldric Evain, Catherine Raynaud, « La prise en charge du cancer », Gestions hospitalières n°531, Décembre 2013

Gely Florence, « Impact pronostic d'une consultation précoce du médecin traitant dans les suites d'une hospitalisation pour une poussée d'insuffisance cardiaque : analyse de l'influence des facteurs médicaux, sociaux et culturels », Thèse de Doctorat en médecine, 2014

Jacques Cittée, Bruno Sauteron, Sophie Brossier, Emilie Ferrat, Claude Attali, Christos Chouaïd, Bruno Housset, « Trajectoires de soins des patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive : points de vue des acteurs hospitalier », Santé Publique HS, 2015

Hiance-Delahaye, A., Teillet, L., Lechowsky, L., Aquino, J. P., & Harboun, M. Iatrogénie médicamenteuse, sujet âgé et lien ville-hôpital: enquête sur la transmission médicale hospitalière à la médecine générale. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(85), 3-11. 2015

Frédéric Despiau, Marie Bombail, Gérard Le Duff, Nadia Peoc'h, Raymonde Labatut, Christian Ceaux, « Le parcours du patient, indispensable au projet de soins », Soins n° 795, Mai 2015

Frédéric Despiau, Marie Bombail, Céline Leches, Marion Montastruc, Laurence Gladiéff, Jean-Pierre Delord, « Suivi téléphonique infirmier à domicile durant la chimiothérapie », La revue de l'infirmière, n° 213, Août-Septembre 2015

Gaëlle De Surgy, Laëtitia Micaelli-Flender, « Construire l'hôpital de demain », Soins cadres n° 97, Février 2016

Nicolas Brun, Sylvain Fernandez-Curiel, Christian Saout, « Logique de parcours et coordination des soins », Soins, n° 806, Juin 2016

Amina Benayahia, Eliane Abraham, « La coordination territoriale d'appui, rôle et compétences infirmières », Soins, n° 806, Juin 2016

Philippe Rey, « Une plateforme de coordination infirmière en cancérologie pour le retour à domicile » Soins, n° 806, Juin 2016

Dominique Feld, « La coordination en cancérologie, les infirmiers pivots », Soins, n° 806, Juin 2016

Dominique Perrier, « Les GHT en question » Soins cadres, n°99, Septembre 2016

Carole réquillard, Dr Sophie De Chambine, Frédéric Espenel, Anne-Laure de Cesare, Dr Chloé Le Cossec, Dr Philippe Boisnault, Dr Marie-Laure Alby, « Une nouvelle relation avec les médecins de ville », Gestions hospitalières n°562, Janvier 2017

Valérie Demarez, « Le patient traceur, une méthodologie d'évaluation du parcours de soins », Soins Aides-soignantes, n°74, Janvier/ Février 2017

Jean Wils, Chaïnèse Chikh, « rôles et missions des maisons des usagers », Soins n° 812, Janvier/ Février 2017

Bénédicte Gourieux, Thomas Duvernoy, Frédérique Tissier, Paul Garassus, « Les réformes en faveur du paiement à la qualité en Europe : état des lieux, analyse et propositions », Journal de Gestion et d'Economie Médicales Vol 35 N°6 – 2017

Gianni Sermont, « Directeur des soins et fluidification des parcours de santé », Soins cadres, supplément au n° 102, Mai 2017

Fabienne Gonfrier-Saez, « Décliner les parcours dans une vision territoriale », Soins cadres, supplément au n° 102, Mai 2017

Gaëlle Savigneau, Esther Soyeux, « La coordiantion des soins de ville aux patients souffrant de douleurs chroniques », Soins n°815, Mai 2017

Stéphane Michaud, « Du directeur des soins au directeur de santé », Soins cadres n° 103, Septembre 2017

David Gruson, « Directeur d'hôpital dans un GHT, un métier en profonde mutation », Soins cadres n° 103, Septembre 2017

François-Xavier Schweyer, « Approche sociologique des fonctions de directeurs et cadres hospitaliers », Soins cadres n° 103, Septembre 2017

Sylvie Ornaghi, « Le lien Ville-Hôpital est-il perfectible ? », Initiatives santé, Hors-série Ville-Hôpital, Septembre 2017

Véronique Hunsinger, « Lien Ville-Hôpital, transformer l'essai », Initiatives santé, Hors-série Ville-Hôpital, Septembre 2017

Julie Giraud, Marie Thevenet, Ratiba Haddad, Isabelle Bruere, Stéphane Levesque, Mathieu Mion, André Rieutord, « Un outil d'amélioration de la transition Hôpital-ville chez les personnes âgées », Soins Gériatrie, n° 127, Septembre/Octobre 2017

Elise Prout, Marine Guezennec, Dominique Lussier, Croline Martinaud, Alina Morgoci, Pauline Pichereau, « Une coopération au service du parcours des personnes âgées », Soins cadres n° 104, Novembre 2017

Discours de M Edouard PHILIPPE, Premier Ministre – Stratégie de transformation du système de santé – Hôpital Simone Veil – Eaubonne – Mardi 13 février 2018 – Service de communication de Matignon – Février 2018

Anthony Mézière, « Organiser un retour à domicile de qualité », Soins Gériatrie, n°130, Mars/Avril 2018

Emmanuel Vigneron, « Des territoires pour la santé, du concept à la réalité des GHT », Soins cadres n° 106, Mai 2018

Ouvrages :

M.Crozier « La société bloquée » -Editions le seuil, collection Points essais – Paris 1995

Guy LE BOTERF, « De la compétence à la navigation professionnelle », Paris, Les éditions d'organisation, 1997, p 260

Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P), « Les tribunes de la Santé », Editions de santé, n°33 - 2011

Guy LE BOTERF, « Travailler efficacement en réseau – Une compétence collective » Paris, Collection Ressources Humaines, les éditions d'organisation, 2012

Jean-Yves Robin « *L'urgence numérique. Faire de la France un leader de l'e-santé* », Ed. L'Harmattan, 207 pages, 2014

Sites internet consultés :

<http://www.solidarites-sante.gouv.fr>

<http://www.securite-sociale.fr>

<https://www.reseaux-perinat-hn.com/>

https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9_en_Suisse

<http://www.antares-consulting.com/pdf/Lienvillehopital.pdf>

<http://www.chu-rouen.fr/page/mesh-descripteur/hopital-de-ville>

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-4.htm>

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante>

<https://www.mutualite.fr/actualites/cherche-solutions-innovantes-renforcer-lien-ville-hopital>

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2614161/fr/le-patient-traceur-en-ville

Liste des annexes

Annexe 1 : Outil 1. Fiche de synthèse à remplir pour l'analyse du parcours patient

Annexe 2 : Outil 2. Exemple de document d'information à remettre au patient et/ou à son proche

Annexe 3 : Outil 3. Conduite de l'entretien avec le patient et/ou ses proches avec exemple de guide d'entretien

Annexe 4 : Outil 4. Conduite de la réunion entre professionnels avec exemple de guide d'entretien

Annexe 5 : Affiche soirée

Annexe 6 : Carton invitation

Annexe 7 : Thématiques

METHODE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS - HAS

Outil 1. Fiche de synthèse à remplir pour l'analyse du parcours patient

Date de la réunion entre professionnels :/...../.....

Ce document ne doit comporter ni le nom du patient, ni le nom des professionnels qui ont participé à l'analyse. Il a pour objectif de synthétiser et de tracer les actions d'améliorations décidées.

1. Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : (ex. : personne âgée polypathologique, patient diabétique, autres).

Justification du choix : (ex. : problématique identifiée, rupture de parcours, hospitalisations non programmées à répétition, autres).

2. Professionnels impliqués (non nominatif, ex. : 1 infirmier, 1 médecin généraliste, autres spécialistes, professionnels hospitaliers, 1 pharmacien, 1 travailleur social, HAD, coordonnateur, gestionnaire de cas, autres, etc.)

Qualité des professionnels présents :.....

Qualité des professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli :.....

3. Synthèse générale de l'analyse du parcours (non nominatif) :

Résumé des grandes étapes du parcours et du point de vue du patient :

Référentiel(s) choisi(s) :

Points forts :

Points d'amélioration :

4. Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre :

- Actions d'améliorations décidées :
- Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place :
- Délai de mise en œuvre :

Patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient – Les outils

METHODE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS - HAS

Outil 2. Exemple de document d'information à remettre au patient et/ou à son proche

Présentation de la démarche du patient traceur au patient et/ou à son proche

Les professionnels ou équipes qui vous soignent s'interrogent régulièrement sur leurs pratiques et l'organisation pour améliorer les soins aux patients.

Pour améliorer la prise en charge des patients, nous vous proposons de répondre à quelques questions portant sur les soins et les aides dont vous avez bénéficié, leur organisation, les informations que vous avez reçues, la communication entre les professionnels qui vous soignent et vous accompagnent.

Cet entretien durera environ 30 à 45 minutes.

Pour cela, il est nécessaire d'identifier un patient pour lui poser des questions sur son expérience des soins et de leur organisation.

Nous vous proposons d'être ce patient.

Cette analyse de votre parcours de santé se fait entre professionnels qui vous soignent et vous accompagnent sur le plan médicosocial et social. Ils recueillent votre opinion. Ils discutent de votre prise en charge, à partir de votre dossier. Les informations nécessaires à l'analyse de votre parcours seront partagées. L'objectif est d'identifier des pistes d'amélioration de votre prise en charge.

Si vous en êtes d'accord, un professionnel de santé ou un représentant d'utilisateur va vous rencontrer (ou vous appeler par téléphone) pour vous écouter et vous poser quelques questions. Avec votre accord, il peut également rencontrer votre proche.

Quel type de questions peut-on vous poser ?

L'entretien ne portera pas sur votre état de santé mais sur l'organisation de votre parcours. Il vous sera demandé par exemple si vous avez été informé des examens à faire, de leurs résultats et si vous avez bien compris les informations délivrées.

Il est important de pouvoir donner librement votre opinion et de pouvoir vous exprimer

Votre opinion sur ces différents sujets est très importante. Elle vient s'ajouter à d'autres informations recueillies au travers de l'échange au sein de l'équipe, de données issues de l'observation, notamment du dossier médical. Toutes ces données seront confidentielles. Les informations recueillies feront l'objet d'échanges uniquement dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche du patient-traceur.

Pouvez-vous refuser de répondre aux questions ?

Vous avez la liberté d'accepter ou non de réaliser cet entretien ; vous pouvez refuser à tout moment d'y participer même après avoir donné votre consentement. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions.

Nous vous remercions de votre contribution à l'amélioration de la qualité des soins.

METHODE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS - HAS

Outil 3. Conduite de l'entretien avec le patient et/ou ses proches avec exemple de guide d'entretien

1- Animation, posture à adopter

Le patient a été informé préalablement des objectifs et modalités de déroulement, de la durée d'environ 30 à 45 minutes.

Il a donné son accord pour être rencontré lui-même ou son proche ou la personne de confiance qu'il a désignée.

Au moment de l'entretien, s'assurer que le patient a bien compris l'objectif de la démarche et qu'il est toujours d'accord pour l'entretien.

L'entretien n'aborde pas des questions personnelles sur la maladie du patient mais aborde le parcours tel qu'il s'est déroulé. Il diffère donc de la relation habituelle entre le patient et le professionnel. L'objectif est de recueillir son opinion et son ressenti sur sa prise en charge globale à partir d'éléments factuels sur son parcours.

L'entretien est réalisé dans le respect du secret professionnel. La synthèse de l'entretien est restituée par oral durant la réunion d'analyse du parcours.

Laisser un espace de parole, d'expression au patient pour recueillir son point de vue, le mettre en confiance avant de s'entretenir avec lui sur des éléments plus précis de son parcours.

Un guide d'entretien peut être utilisé comme point de repère pour aborder les principales dimensions de la prise en charge et de l'organisation du parcours. Il doit être adapté au patient et au contexte.

2- Guide d'entretien

1- Débuter l'échange par une ou plusieurs questions ouvertes et générales sur le parcours de santé du patient, par exemple :

- *Comment s'organisent vos soins et le suivi de votre état de santé ? l'articulation des différents professionnels vous prenant en charge, les aides à la vie quotidienne ?*
- *Globalement, êtes-vous satisfait de l'organisation des soins et/ou des aides proposées ? des délais pour obtenir des rendez-vous ?*

2- En fonction des réponses données et des problématiques soulevées, l'entretien s'oriente sur des points plus précis :

Les exemples ci-dessous sont proposés à **titre indicatif** et sont à adapter au contexte. Ils peuvent être reformulés de manière à être compris par le patient ou son entourage.

DÉROULEMENT DE VOTRE PARCOURS

Concernant les informations qui vous ont été données :

- *Avez-vous le plus souvent toutes les informations dont vous aviez besoin pour comprendre vos soins, traitements, examens ou ceux prodigués à votre enfant ou à un proche, etc. ?*
- *Les explications obtenues étaient-elles suffisamment claires ? Ces informations étaient-elles cohérentes d'un professionnel à l'autre ? Etiez-vous satisfaits de la communication entre ces différents professionnels ?*
- *Comment a-t-on recueilli vos souhaits ? Vos attentes ? Vos besoins ont-ils été pris en compte par la suite ?*
- *En cas de difficultés ou d'imprévus, saviez-vous à qui poser vos questions ou vers qui vous tourner ?*

Concernant l'orientation au sein du parcours (santé, social, médico-social, aide à la personne) :

- *Vous a-t-on expliqué comment chercher de l'aide auprès des soignants, des associations de patients, un travailleur social ?*
- *Avez-vous rencontré des difficultés pour avoir des réponses à vos demandes d'aides et de soins (plusieurs contacts avant la bonne orientation) ?*
- *Vous a-t-on informé sur les aides possibles pour les gestes et actes de la vie quotidienne (tierce personne en dehors de l'entourage) ?*
- *Vous a-t-on informé des délais de réponses à vos demandes d'aides et de soins, et ce qui pouvait être mis en place dans l'attente de réponses ?*

Concernant les liens entre les professionnels qui interviennent :

- *Avez-vous été satisfait de la manière dont les informations vous concernant ont été transmises entre les professionnels ? des délais d'obtention de courriers, de synthèses ?*
- *Y a-t-il eu des moments où vous avez perçu un dysfonctionnement ? Pouvez-vous préciser à quelle occasion ? Comment cela a-t-il été résolu ?*

VOS SOINS ET VOS AIDES

Concernant les examens : prises de sang, radiographie, etc. :

● *Comment les résultats vous sont-ils parvenus et sont-ils parvenus au médecin qui vous suit ? Avez-vous eu des difficultés :*

- *À obtenir un rendez-vous ?*

- *À obtenir les résultats ?*

- *Pour que vous soient expliqués les résultats ?*

- *Pour savoir ce que vous deviez-faire ?*

Concernant les médicaments :

● *Pensez-vous avoir été bien informé sur les médicaments qui vous ont été prescrits ?*

● *En cas de difficultés saviez-vous vers quel interlocuteur vous tourner ? le pharmacien d'officine ou autre professionnel de santé de proximité ?*

Concernant les changements à apporter à votre mode de vie :

● *Quels conseils vous ont été donnés (selon la situation) ? pensez-vous avoir été bien informé ?*

● *Avez-vous rencontré des difficultés pour mettre en œuvre au quotidien ces changements ?*

● *Comment vous a-t-on aidé ?*

Concernant les soins, les séances de rééducation, les aides à la vie quotidienne :

● *Avez-vous rencontré des difficultés pour bénéficier de soins de rééducation ou d'aide au quotidien ?*

● *Comment avez-vous été aidé ? Cela était-il adapté à vos besoins ? à vos souhaits ?*

Concernant l'accompagnement social :

● *Vous a-t-on proposé une prise en charge sociale, si besoin (assistante sociale pour répondre aux difficultés générées par la maladie ou pour vous apporter des aides vous permettant de rester en bonne santé) ?*

● *Les solutions apportées ont-elles répondu à vos besoins ou à vos attentes ? sur le plan financier ? matériel ? soutien moral ? sur du court ou long terme ?*

● *Avez-vous été associé, vous ou vos proches, aux choix des solutions (vos préférences) ?*

● *Avez-vous eu des solutions dans un délai raisonnable en fonction de vos besoins ?*

Concernant une éducation thérapeutique :

● *Avez-vous eu des moments d'échanges (séances collectives ou individuelles) pour :*

- *mieux comprendre la maladie et les raisons de suivre un traitement régulièrement ?*
- *reconnaître et faire face aux symptômes qui peuvent vous gêner dans la vie de tous les jours (gêne respiratoire, douleur, malaise, difficulté à marcher longtemps, etc.) ?*
- *utiliser du matériel de mesure de la glycémie, du souffle, un carnet de surveillance, etc.*
- *être aidé à changer les habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique) ?*

● *Pensez-vous que ces séances vous ont été utiles pour comprendre votre maladie, vous y adapter, participer à vos soins ou aux surveillances dans la vie de tous les jours ?*

Recueil des propositions du patient

Quelles solutions pourriez-vous proposer pour améliorer votre parcours, vos soins, votre situation ?

METHODE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS - HAS

Outil 4. Conduite de la réunion entre professionnels avec exemple de guide d'entretien

1. Animation, posture à adopter

Un coordonnateur ou un binôme (dont un professionnel de santé) anime la discussion avec les professionnels impliqués dans le parcours du patient.

La posture à adopter par l'animateur doit être pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et sans recherche de responsabilité des professionnels ou des structures de soins. Le point de vue des patients n'est pas formalisé mais il est restitué oralement auprès des professionnels. Le patient est considéré comme un acteur de la prise en charge.

L'essentiel est de permettre à l'équipe de s'exprimer en toute confiance sans qu'aucune donnée nominative ne soit retranscrite. Les échanges doivent rester confidentiels.

Ne sont abordées ni les compétences des professionnels et des structures ni les notions de pertinence des actes ou examens qui relèvent d'une méthode spécifique.

Si besoin, une trame ou un guide d'entretien peut être utilisé(e) comme point de repère pour aborder les principales dimensions de la prise en charge et de l'organisation du parcours. Cette trame permet d'orienter la discussion à condition qu'elle soit adaptée à la problématique.

2. Guide d'entretien

CONDUITE DE LA REUNION

1- Représenter le contexte et la (ou les) problématique(s) émergente(s)

Cette rencontre entre professionnels s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité spécifique aux parcours de santé.

Son objet est rappelé. Il s'agit d'analyser en commun les étapes du parcours de santé, son organisation, sa continuité. L'analyse est rétrospective.

Cette démarche permet de prendre du recul à un moment donné en s'interrogeant sur ses propres pratiques et les pratiques collectives. Il convient de rappeler la problématique de départ.

2- Résumer le parcours du patient et déterminer la durée d'analyse du parcours (date du début et date de fin)

Analyser une période précise, par exemple, les six derniers mois, ou analyser le parcours à partir d'un épisode particulier d'évolution de la maladie ou alors sur un thème particulier, comme une éducation thérapeutique du patient, ou bien sur un segment de prise en charge.

Débuter l'échange par des questions ouvertes sur le déroulement du parcours

Exemple de questions : sur cette prise en charge complexe, que peut-on constater ? Y a-t-il eu des ruptures de prises en charge ?

3- Croisement du point de vue du patient avec celui des professionnels (points forts et points à améliorer)

4- Analyser globalement la prise en charge et le cas échéant un segment de prise en charge :

Les sources d'informations appartenant à chaque professionnel peuvent venir à l'appui des discussions ; elles sont « anonymisées » et ne sont en aucun cas distribuées aux professionnels présents. Seules les informations utiles à la qualité et la continuité des soins sont évoquées au regard du respect du secret professionnel et des règles de confidentialité.

DOMAINES DE QUESTIONNEMENT

Ils sont proposés à titre indicatif. Ils retracent les éléments d'une prise en charge coordonnée. Ils ne sont pas à traiter dans l'ensemble mais peuvent être ciblés pour explorer plus finement un point particulier soulevé par les professionnels et/ou le patient.

DOMAINES DE QUESTIONNEMENTS

- ▶ Identification des maladies et évaluation des problèmes de santé
- ▶ Repérage de la complexité de la situation
- ▶ En cas de situation identifiée comme complexe, évaluation des besoins de la personne
- ▶ Sur le plan médical, physique, psychologique, social, environnemental, économique
- ▶ Définition des objectifs de la prise en charge et des interventions, hiérarchisation des objectifs et optimisation thérapeutique
- ▶ Vérification du besoin d'une prise en charge sociale
- ▶ Information du patient et de son entourage
- ▶ Recherche des priorités de la personne à confronter à celles des professionnels
- ▶ Planification des interventions sanitaires et des aides nécessaires

- ▶ Concertation entre professionnels et partage des informations entre professionnels
- ▶ Si besoin, désignation d'un référent pour suivre leur effectivité
- ▶ Coordination clinique et continuité des soins
- ▶ Thérapeutiques médicamenteuses
- ▶ Thérapeutiques non médicamenteuses dont une éducation thérapeutique du patient (ETP)
- ▶ Examens complémentaires ou de routine
- ▶ Suivi de l'état de santé et de l'évolution de la situation du patient : réévaluation de la situation et sa complexité le cas échéant à la date prévue ou en cas d'alerte
- ▶ Gestion des événements indésirables

● **Identification des maladies et évaluation des problèmes de santé**

Y a-t-il eu une évaluation globale de la situation de la personne sur le plan médical, physique, psychologique, social, environnemental, économique ?

● **Repérage de la complexité de la situation**

Selon vous, cette évaluation a-t-elle permis de repérer les éléments d'une situation complexe (présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux ou économiques susceptibles de perturber le parcours du patient ou d'aggraver son état de santé et qui nécessite l'intervention régulière et coordonnée de plusieurs professionnels) ?

● **En cas de situation identifiée comme complexe, l'évaluation des besoins de la personne a-t-elle été faite dans toutes les dimensions :**

Dimensions médicale, de soins, psychologique, sociale, d'aide à la vie quotidienne, environnementale, économique.

● **Définition des objectifs de la prise en charge et des interventions**

L'élaboration d'un plan de soins et d'aide (ex : plan personnalisé de soins) a-t-elle permis de répondre aux besoins de la personne et de définir des objectifs de prise en charge (partage d'informations entre professionnels, concertation, orientation, etc.) ?

Comment ont été définies et organisées les interventions – soins ou séances –, avec les différents professionnels de soins (soins infirmiers, kinésithérapie, diététique, orthophonie, ergothérapie, pédicure-podologie, chirurgie dentaire, etc.) et autres professionnels de l'aide à domicile, par exemple pour atteindre les objectifs ?

Les objectifs thérapeutiques ont-ils été discutés avec le patient en regard des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses (activité physique, diététique,

éducation thérapeutique, etc.) ? Des objectifs visant l'amélioration de la qualité de vie ?
La prévention de l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle ?

Y a-t-il eu concertation des professionnels de santé sur ces objectifs et interventions de soins et d'aides à la vie quotidienne ?

Si besoin, un référent a-t-il été identifié pour suivre ces objectifs ?

● **Vérification du besoin d'une prise en charge sociale**

- Avez-vous pensé au besoin d'une prise en charge sociale de ce patient pour organiser le parcours de la personne dans ses aspects sociaux, économiques et familiaux ?

- Si le patient en a besoin, savez-vous qui contacter pour organiser cette aide sociale ?

- Si un diagnostic a été porté par un travailleur social, des réponses ont-elles pu être apportées au patient ?

- Quels types d'actions ont été mis en oeuvre dans le cadre du travail social pour concourir à soutenir la santé du patient (recouvrement des droits, restauration du lien social, soutien à l'organisation des liens familiaux et sociaux, processus de réinsertion, orientation) ?

- L'accompagnement social du patient a-t-il nécessité des échanges d'informations avec d'autres professionnels du champ social ? avec les professionnels du secteur sanitaire ? Cela a-t-il abouti à une co-construction du projet individuel du patient, une orientation, la recherche de solutions ?

- Le travailleur social en charge de la situation s'est-il manifesté auprès des soignants ? afin de les informer des actions mises en oeuvre pour le patient ?

- Autres questions.

● **Information du patient et de son entourage**

- Comment vous assurez vous de la compréhension des informations par le patient ou son entourage ?

- Concernant les informations délivrées au patient, que faites-vous figurer dans le dossier du patient ?

● **Recherche des priorités de la personne à confronter à celles des professionnels**

Y a-t-il eu une hiérarchisation des objectifs fixés (recherche d'un juste équilibre entre les priorités de la personne, celles des intervenants et le maintien de la qualité de vie, balance bénéfice-risque) ?

● **Concertation entre professionnels et partage des informations entre professionnels**

- Comment s'organise le partage des informations entre les différents professionnels des secteurs sanitaire, social et médicosocial (évaluation, bilan, suivi, etc.) ?
- Avez-vous accès à un annuaire partagé des ressources de votre territoire et à un référentiel des missions des professionnels des autres secteurs ?
- Y a-t-il une organisation mise en place (alerte, recours) en cas de changement de l'état de santé ou de problèmes ou de difficultés pour le patient ? Laquelle ?
- En cas d'hospitalisation programmée, le médecin traitant transmet-il une synthèse à l'établissement (lettre d'adressage) ?
- En cas d'hospitalisation non programmée, le médecin traitant et l'équipe ont-ils été contactés par l'hôpital ?
- Le jour de la sortie d'hospitalisation : o un document de sortie est remis au patient ou les informations sont-elles transmises aux professionnels de ville ?
o un suivi renforcé en ville est-il mis en place ?

● **Coordination clinique et continuité des soins**

- Pouvez-vous décrire la manière dont a circulé l'information concernant le patient dont nous étudions le parcours ? pensez-vous qu'il faille améliorer cet aspect ?
- Quelles sources d'information ont été mises à disposition des différents intervenants (lettre de liaison, messagerie sécurisée, carnet de santé, autres) ?
- Y a-t-il eu des circonstances ou des moments dans la prise en charge du patient où l'information nécessaire à la continuité des soins vous a manqué pour agir ?
- Pouvez-vous décrire ce qui vous a permis, ou non, de poursuivre la prise en charge lors de la sortie du patient de l'hôpital (document de sortie, contact direct, etc.) ?
- Qu'est-ce qui a été transmis aux équipes de soins en cas d'orientation vers le service des urgences ou vers un service de soins en établissement de santé ?
- Comment était assurée la permanence des soins pour ce patient (par exemple, le patient sait qui contacter quand un nouveau problème de santé survient ou un résultat d'examen non conforme à ce qui est attendu ? Un professionnel est-il désigné comme référent pour le patient ?
- Comment s'articulent les soins et les interventions sociales ou médicosociales pour ce patient ?

● **Thérapeutiques médicamenteuses**

- Quelle démarche avez-vous utilisé le cas échéant pour optimiser les thérapeutiques médicamenteuses ?
- Quelles informations ont été échangées entre le prescripteur et le pharmacien d'officine ou l'infirmier à domicile ?

- ▶ recensement des traitements et analyse des interactions médicamenteuses ;
- ▶ substitution par une thérapeutique non médicamenteuse ;
- ▶ modalités de surveillance et de prévention des effets secondaires ;
- ▶ apprentissage de la gestion du traitement par le patient ou l'entourage ;
- ▶ autres questions.

● **Thérapeutiques non médicamenteuses dont une éducation thérapeutique du patient (ETP)**

- En cas de prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses comme la diététique, l'activité physique, les traitements psychologiques, pouvez-vous en préciser les différentes modalités ?

- Quelle démarche a été suivie pour proposer une ETP au patient, la mettre en œuvre, l'évaluer et assurer le suivi éducatif : identifier ses besoins éducatifs, définir les compétences à acquérir par le patient, élaborer un programme personnalisé et mettre en œuvre une ou des séances éducatives individuelles ou de groupe, évaluer les acquisitions du patient et la mise en œuvre des compétences dans la vie quotidienne ?

- Le patient a-t-il dû être orienté vers un professionnel ou une équipe pour bénéficier d'une ou plusieurs de ces thérapeutiques non médicamenteuses ?

- Comment s'est organisé le lien avec ce professionnel ou cette équipe ?

- Le patient a-t-il été orienté vers un travailleur social au vu des répercussions de sa pathologie sur sa vie quotidienne ?

- Autres questions.

● **Examens complémentaires ou de routine**

- Une information claire a été donnée au patient lors de la prescription d'examens complémentaires ou de routine ?

- Quelle démarche avez-vous mise en place pour la gestion des résultats des examens prescrits ou dont vous avez reçu les résultats et pour la décision qui s'en suit ? A qui sont envoyés les résultats (prescripteurs, patients) ? Quelle est la démarche à suivre à la réception des résultats ?

- Est-ce que vous aviez toutes les informations nécessaires à la réalisation ou l'interprétation des résultats des examens ?

● **Suivi de l'état de santé et de l'évolution de la situation du patient**

- Y a-t-il eu une recherche de solutions en cas de besoins non satisfaits, de besoins d'aides à la vie quotidienne, de besoins d'accompagnement social, en cas de situation de vulnérabilités ?

- Comment s'est-elle faite ?

► Y a-t-il eu une organisation mise en place pour assurer :

- le suivi de l'état de santé et de la situation du patient sur le plan physique, psychologique, social, environnemental (par exemple : identification d'un référent, mise en place d'une surveillance clinique à domicile par une infirmière) ?

- le suivi médical de la maladie (par ex : rendez-vous de suivi programmé à l'avance) à quel rythme ?

- les effets des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses comme une activité physique, des conseils diététiques, une éducation thérapeutique ?

- les effets de l'aide aux activités de la vie quotidienne ?

- les effets de l'accompagnement social ?

- Pouvez-vous décrire l'organisation mise en place pour soutenir le patient et son entourage dans le maintien des comportements favorables à sa santé : traitements médicamenteux, changements à apporter au mode de vie, mise en oeuvre des compétences d'auto-soins dans la vie quotidienne, adaptation à la maladie ? insertion ou réinsertion sociale ?

- Autres questions.

● **Gestion des événements indésirables**

- Si un événement indésirable est survenu, comment vous êtes-vous interrogé sur ce qui s'est passé ? Qu'avez-vous fait ?

- Comment le patient a-t-il été informé ?

- Autres questions.

Patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient – Les outils

LE CHI FÉCAMP VOUS INVITE À SA SOIRÉE



«LIEN VILLE-HÔPITAL»

Centre de Gériatrie Yvon Lamour (Bâtiment en face de l'hôpital)
Rue du Professeur Yvon Lamour 76400 Fécamp
Salle Agora - Rez de chaussée en rentrant



THÉMATIQUES

Mercredi
20 Juin
2018 **19H**

Présentation du déploiement du dossier médical partagé

Rôles et missions de l'équipe mobile de gériatrie dans le réseau Ville-Hôpital

Approche du parcours patient via l'offre HAD ou via l'offre libérale

Traitement des DMLA par injections intravitréennes

Echanges sur l'ensemble des thématiques et sur le lien Ville-Hôpital en général

Présence à confirmer par mail: gilles.lavenu@ch-fecamp.fr ou au 02.35.10.91.12

Annexe 6

MR RICHARD LEFEVRE
Directeur Général
CH Fécamp



DR JACQUES ALBISETTI
Président de la Commission
Médicale d'Établissement
CH Fécamp

Vous invitent à la soirée ayant pour thématique
«Le lien Ville-Hôpital»
pour une meilleure attractivité en santé du territoire
le **Mercredi 20 Juin 2018 à 19h00**

Centre de Gériatrie Yvon Lamour (Bâtiment en face de l'hôpital)
Rue du Professeur Yvon Lamour 76400 Fécamp
Salle Agora - Rez-de-chaussée en rentrant

INVITATION

Service Communication - 02.35.10.91.12 / gilles.laveru@ch-fecamp.fr



Thématiques et intervenants pour la soirée
«Ville-Hôpital» du
Mercredi 20 Juin 2018 à 19h00

Présentation du déploiement du dossier médical partagé
Mme Durand - Responsable du secteur, CPAM Le Havre

Rôles et missions de l'équipe mobile de gériatrie dans le réseau Ville - Hôpital
Mme le Dr Villers - Gériatre, Chef du pôle Gériatrie, CH Fécamp

Approche du parcours patient via l'offre HAD ou via l'offre libérale
Mme le Dr Guérard - Médecin, Coordonnateur HAD, CH Fécamp
Mr Casadeï - Infirmier Libéral, Président URPS Normandie

Traitement des DMLA par injections intravitréennes
Mr le Dr Aiouididi - Ophtalmologue, Clinique de l'Abbaye Fécamp

Présentations ponctuées d'échanges sur les thématiques présentées et sur le lien Ville - Hôpital

LAVENU	Gilles	Décembre 2018
Directeur d'Hôpital Promotion 2017-2018		
L'optimisation du lien Ville-Hôpital et la coordination des parcours de santé. L'exemple du CH de Fécamp		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Mines, Paris.		
<p>Résumé :</p> <p>Malgré une évolution législative assez abondante pour faire progresser la coordination Ville-Hôpital, force est de constater que les freins et les limites ralentissent ce processus. Les craintes des différents professionnels sont assez diversifiées.</p> <p>Ce mémoire a pour objectif d'analyser les changements juridiques ayant fait évoluer le lien Ville-Hôpital au fil des années tout en soulignant les initiatives mises en place, et en particulier par le centre hospitalier de Fécamp en la matière. Malgré un certain retard, la France déploie aujourd'hui des projets innovants pour mieux travailler ensemble autour des parcours des usagers. Les professionnels hospitaliers et de ville doivent faire converger leurs idées vers le même objectif : un suivi efficace du patient tout au long de sa prise en charge et éviter ainsi des dichotomies décisionnelles délétères à la personne. Le directeur d'hôpital a un rôle important dans le renforcement de ce lien Ville-Hôpital qu'il doit alimenter régulièrement pour améliorer la coordination, bien que n'étant pas seul à agir dans ce domaine, le médecin traitant ayant un rôle majeur.</p> <p>Le renforcement des coopérations territoriales, l'évolution des GHT, la mise en place de nouveaux modes de financements... sont autant de sujets qui permettront d'accélérer les rapprochements entre la ville et l'hôpital et de modifier notre système de santé en profondeur. Les perspectives sont encourageantes. Il convient aujourd'hui de les faire vivre pour mieux travailler ensemble au profit du parcours de l'usager.</p>		
<p>Mots clés :</p> Coordination – Lien Ville-Hôpital – Parcours – Professionnels libéraux et hospitaliers – Permanence des soins – Financement du système de santé – Coopération		
<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>		