



Directeur d'hôpital

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **octobre 2024**

**Le renforcement des liens avec le médico-
système du territoire de proximité : quel
rôle pour un établissement public de santé
de recours ?**

Étude à partir des actions menées au Groupement Hospitalier Nord des
Hospices Civils de Lyon

Yann Pape

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier ma tutrice de stage, Nathalie SEIGNEURIN, Directrice qualité, relation avec les usagers et référente du pôle Gynécologie-Obstétrique-Néonatalogie au Groupement Hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL). Son accompagnement dans le choix et la délimitation du sujet a été d'un grand soutien.

Je souhaite également remercier Dominique SOUPART, Directrice du GHN, pour sa finesse d'analyse du système de santé, dont j'ai pu bénéficier lors de mon stage et dans le cadre de ce travail.

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance envers l'ensemble de l'équipe de direction du GHN pour leur bienveillance durant le stage qui a facilité la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont ensuite à l'ensemble des personnes qui ont accepté mes sollicitations. Nos échanges ont enrichi significativement mes analyses.

Tout d'abord, Monsieur François WELFERT, médecin porteur du projet de maison de santé pluriprofessionnelle et universitaire (MSP-U), pour sa disponibilité et sa vision aiguisée de l'avenir de la médecine de ville.

Un merci tout particulier aux professionnels de santé hospitaliers et libéraux qui m'ont accordé de précieux entretiens.

Enfin, je remercie mes collègues et amis de la promotion Axel Kahn pour les échanges que nous avons eu tout au long de cette rédaction.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie employée et ses limites	3
1 Tisser des liens avec les acteurs de soins du territoire pour améliorer la communication autour du parcours patient de proximité : une mission que peut endosser un établissement de recours tel que le GHN des HCL	5
1.1 Quel rôle de proximité pour les hôpitaux à vocation régionale dans la réponse aux enjeux de coordination des acteurs de santé ?	5
1.1.1 Le rôle des hôpitaux à vocation régionale dans les territoires et dans l'organisation de la gradation des soins.....	5
1.1.2 La difficulté à caractériser l'offre de soins d'un CHU	7
1.1.3 Une activité de proximité qui peut conduire ces établissements à tisser des liens avec les acteurs de soins à l'échelle du territoire d'action	8
1.2 Les intérêts à améliorer la communication autour du patient de proximité : l'exemple du GHN des HCL	9
1.2.1 Un enjeu de juste utilisation de la ressource médicale et soignante	9
1.2.2 Un enjeu de fluidification des parcours et de réduction des tensions sur le capacitaire.....	10
1.2.3 L'enjeu primordial d'assurer une meilleure santé aux patients.....	11
2 La communication autour du parcours patient entre le médecin généraliste de ville et le médecin hospitalier : résultats d'une étude conduite au GHN des HCL et sur son territoire de proximité.....	15
2.1 Méthodologie : présentation du périmètre de l'étude et des moyens de collecte des données.....	15
2.2 Médecin traitant et médecin hospitalier : un besoin mutuel d'information et de communication au service du patient	17
2.2.1 Les besoins du médecin traitant vis-à-vis du médecin hospitalier : des informations précises, synthétiques et transmises rapidement	17
2.2.2 Les besoins du médecin hospitalier vis-à-vis du médecin généraliste de ville : disponibilité pour échanger et accès aux antécédents du patient	18
2.3 Des résultats qui témoignent de difficultés importantes dans la communication	19

2.3.1	Un audit des secrétariats révélateur de marges d'amélioration importantes sur la transmission des documents au médecin traitant.....	19
2.3.2	L'indicateur de la HAS relatif à la qualité de la lettre de liaison soulignant les dysfonctionnements relatifs aux moyens de communication.....	21
2.3.3	Une communication du quotidien insatisfaisante.....	23
3	Quelques leviers d'action à la main du Directeur d'hôpital pour renforcer la communication autour du parcours patient de proximité.....	29
3.1	Faciliter la structuration des soins primaires en proximité pour mieux se coordonner : l'exemple du projet de création d'une MSP-U à l'entrée du site de la Croix Rousse.....	29
3.1.1	Une future structure au fonctionnement innovant pour répondre aux enjeux rencontrés par la médecine de ville.....	30
3.1.2	Un fonctionnement qui répond aux difficultés de communication entre le médecin de ville et le médecin hospitalier.....	33
3.1.3	Un projet qui incarne une vision moderne d'un CHU.....	35
3.2	La plus-value du Directeur d'hôpital et de ses compétences pour impulser dans son établissement le renforcement des liens avec le médico-système du territoire de proximité.....	36
3.2.1	Faire preuve d'abnégation et d'engagement pour concrétiser des idées innovantes.....	37
3.2.2	Mobiliser les forces de l'hôpital pour accompagner le changement.....	38
	Conclusion.....	41
	Bibliographie.....	43
	Liste des annexes.....	I
	Annexe I : Liste des personnes interrogées.....	II
	Annexe II : Grille d'entretien utilisée pour les rencontres avec les médecins hospitaliers..	III
	Annexe III – Support issue de la session d'intelligence collective conduite avec les membres du CODIR du GHN.....	V
	Annexe IV : Le Carré de WHITE.....	VII

Liste des sigles utilisés

ALD = Affection longue durée
ARS = Agence Régionale de Santé
CH = Centre hospitalier
CHU = Centre hospitalier universitaire
CPTS = Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DH = Directeur d'hôpital
DMS = Durée moyenne de séjour
DPI = Dossier patient informatisé
DREES = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
FHF = Fédération Hospitalière de France
GCS = Groupement de coopération sanitaire
GHN = Groupement Hospitalier Nord
HAS : Haute Autorité de Santé
HCL = Hospices Civils de Lyon
IPA = Infirmier de pratique avancée
LMNSS = Loi de modernisation de notre système de santé
MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles
MSP-U = Maison de santé pluri professionnelle universitaire
MSSanté = Messagerie sécurisée de santé
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
SAMU = Service d'aide médicale urgente
SAS = Service d'accès aux soins
SAU = Service d'accueil des urgences
SI = Systèmes d'information
SISA = Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
ZAC = Zone d'action complémentaire
ZEPPA = Zéro Échanges Papier en Rhône-Alpes

Introduction

Le modèle des CHU est souvent évoqué comme étant à bout de souffle. Ces établissements ont clôturé l'exercice 2023 avec un déficit de 900 millions d'euros après les aides du Gouvernement (Hospimédia, 2024). A une échelle plus systémique, les maux de notre système de santé sont nombreux. Parmi eux, ceux relatifs à l'accès aux soins sur tout le territoire national et les insuffisances de coordination et de suivi sont patents. Les lacunes du lien ville-hôpital permettant de faire évoluer la prise en charge des patients vers une approche coordonnée et globale demeure une des principales faiblesses de notre système de santé. En réponse à ces enjeux, les CHU, au même titre que l'ensemble des acteurs de santé, ont un rôle important à jouer. Sur un territoire, fédérer autour d'objectifs communs est crucial notamment pour garantir une meilleure articulation des interventions des différents offreurs de soins. L'un des postulats de départ qui guide les Hospices Civils de Lyon (HCL) dans la construction de son projet d'établissement, est d'ailleurs que l'apport du CHU est d'autant plus fort qu'il est lié aux autres. Le rayonnement des CHU est avant tout régional voir national ou international. De ce fait, les questionnements autour des missions de ces établissements en proximité ne sont pas ceux qui nous viennent à l'esprit en premier lieu. A l'occasion des Assises hospitalo-universitaires de décembre 2023, les trois Conférences de CHU ont prôné un triple besoin : restaurer l'attractivité hospitalo-universitaire pour continuer d'attirer les meilleurs professionnels à l'hôpital public, amplifier la participation des CHU et des UFR santé dans l'universitarisation des territoires, et clarifier la politique nationale et de site en matière de recherche et d'innovation.

Pour autant, ce mémoire s'intéresse aux alliances que peuvent créer les établissements de santé de la taille d'un CHU, avec les acteurs de santé qui l'entourent à l'échelle ultra locale. Prêter attention aux parcours patients de proximité est en effet un enjeu stratégique pour un CHU car ce sont les soins de proximité qui représentent la part prépondérante de leur l'activité (Cour des comptes, 2018). En prenant l'exemple du Groupement Hospitalier Nord (GHN) des HCL, cette étude défend plus particulièrement le renforcement des liens entre les établissements de santé publics de ce type et le « médico-système » du territoire de proximité. Nous définirons l'expression « médico-système » comme l'ensemble de la ressource médicale disponible sur un territoire. La dimension systémique du terme sous-entend l'attention particulière portée aux échanges entre ces professionnels qui, malgré leurs spécialités et modes d'exercice différents, ont la responsabilité collective de répondre à la demande de soins de la population. Le GHN des HCL regroupe l'hôpital de la Croix-Rousse et les hôpitaux gériatriques Pierre Garraud et Frédéric Dugoujon. C'est principalement l'hôpital de la Croix Rousse et son territoire d'implantation qui retiendront notre attention. Il se situe en zone urbaine, entre le 4ème

arrondissement de Lyon et la commune de Caluire-et-Cuire. L'hôpital assure une offre de soins complète et ultra spécialisée. On peut donc le qualifier d'hôpital de recours à vocation régionale au sens où il assure des activités médicales de pointe, réalisées par peu d'établissements dans la région. Sa zone de recrutement est géographiquement assez large, mais ce sont ses interactions avec le « médico-système » de son territoire de proximité immédiate qui vont nous intéresser. L'échelle de réflexion est donc celle de la commune, du bassin de vie.

C'est en s'intéressant spécifiquement aux échanges entre médecins spécialistes hospitaliers et médecins généralistes de ville, que nous montrerons la pertinence pour un établissement de santé d'agir pour faciliter la communication autour du parcours patient de proximité. Les raisons des difficultés d'accès aux soins et de coordination des prises en charge peuvent être analysées de différentes manières ; *« pour certains, il s'agit d'un problème d'action publique, tandis que d'autres renvoient davantage à la responsabilité individuelle »* (FORZY et al, 2021). Ici, nous considérons que les acteurs de santé sont responsables collectivement de la bonne transmission des informations dans l'intérêt du patient. En effet, de par leurs trajectoires de vie et leurs ressources sociales, financières, culturelles ou simplement du fait de leur état de santé, les patients ne disposent pas tous de la capacité de conduire efficacement leur parcours de soins. Le choix a été fait de s'intéresser spécifiquement aux liens entre médecins, mais il ne faut pas oublier que durant leur parcours, les patients sont pris en charge par de nombreux autres professionnels et que ce sont les interactions entre les membres de ce collectif qui garantissent en partie la qualité de la prise en charge.

A l'issue de cette introduction, plusieurs éléments saillants apparaissent : le rôle particulier que peut avoir un CHU à l'échelle locale, l'importance d'améliorer le parcours du patient de proximité ou encore l'enjeu de la bonne communication entre médecins d'un territoire. Dans cette étude il s'agira donc de comprendre **pourquoi et comment un établissement de santé de recours s'associe avec le « médico-système » de son territoire de proximité pour répondre aux difficultés de communication autour du parcours patient.**

Ce mémoire s'intéressera dans un premier temps aux différents intérêts d'un établissement public de santé de recours à tisser des liens avec les acteurs de soins de son territoire pour améliorer la communication autour du parcours patient de proximité (1). En s'appuyant sur une étude de cas menée au GHN des HCL sur la communication entre médecin hospitalier et médecin de ville, il s'agira dans un second temps de montrer que les difficultés autour de cet enjeu sont multiples (2). Enfin, cette étude permettra d'identifier certains leviers d'actions à la main du Directeur d'hôpital pour créer du lien avec le « médico-système » de proximité (3).

Méthodologie employée et ses limites

Plusieurs aspects expliquent le choix d'un sujet centré sur la coordination et les liens que peuvent avoir un établissement de santé avec les autres acteurs sanitaires à l'échelle locale. Tout d'abord, les caractéristiques du terrain de stage : le GHN des HCL, situé au cœur d'une grande métropole, porte une attention croissante à ces enjeux de proximité notamment par l'engagement de sa Directrice Générale (DG). Aussi, une mission de stage portant sur la réalité du dialogue entre médecins hospitaliers et médecins de ville m'a été confiée pendant mon stage de direction. Le choix a été fait de partir des résultats de cette étude pour élargir la réflexion.

De plus, si la thématique vaste du lien ville-hôpital a déjà été largement traitée dans la littérature, et ce depuis de nombreuses années, les questionnements autour des missions de proximité d'établissements de grande taille comme les CHU me semblaient peu explorés. En effet, l'actualité relative à ces établissements porte plus souvent sur leurs conditions de financement, l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires, les politiques menées en matière d'enseignement supérieur et de recherche, ou encore la structuration des réseaux de CHU. Cette intuition s'est poursuivie au travers d'échanges avec certains collègues directeurs aux HCL et de recherches complémentaires réalisées sur le sujet.

Ensuite, la question qui s'est rapidement posée concernait le prisme d'étude et le périmètre à choisir. Le lien ville-hôpital s'étudie à plusieurs échelles, celle régionale, celle du GHT ou encore celle d'un établissement et de ses partenaires de proximité. La Direction des Coopérations et de la Stratégie territoriale des HCL déploie de nombreux projets visant à renforcer les liens avec la ville. Mais le choix a été fait de centrer la réflexion sur le GHN des HCL et les professionnels libéraux du territoire sur lequel il est implanté. Ainsi, cette étude n'aborde pas les liens qu'un établissement peut cultiver avec les structures de soins publiques ou privées, ou certains acteurs sociaux ou médicaux-sociaux. Aussi, ce sont surtout les intérêts d'établissements de recours implantés en contexte urbain comme celui de la Croix Rousse qui sont traités, et ce, sous l'angle du parcours patient. Ce point de vue fait sens pour le Directeur d'hôpital (DH) et il semblait important de positionner l'usager et son expérience au sein du système de santé et des hôpitaux au cœur de la réflexion.

Dès lors, la réalisation de cette étude a demandé plusieurs axes de travail en amont de la rédaction afin d'obtenir les éléments nécessaires à l'analyse.

De nombreux entretiens ont été menés afin de mieux comprendre la réalité du dialogue entre les équipes hospitalières du GHN et les professionnels de ville installés en proximité.

J'ai pu rencontrer plusieurs médecins de l'hôpital en prenant contact avec leurs chefs de service. Une grille d'entretien préalablement établie a permis de cadrer l'échange tout en laissant place à des digressions naturellement fréquentes sur cette thématique large du lien ville-hôpital. Une immersion dans le secrétariat d'un service de soins m'a également amené à comprendre très concrètement comment se déroulait l'envoi des courriers aux correspondants extérieurs et les imperfections de ce processus. Aussi, la présence sur les sites du GHN des locaux des deux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) de la zone a été l'opportunité de rencontrer facilement les coordonnateurs. Pour autant, des difficultés ont été rencontrées par la suite pour solliciter un nombre suffisant de professionnels de santé adhérents à ces associations sur notre thématique. Des entretiens ont tout de même été réalisés avec cinq d'entre eux, quatre médecins généralistes et une infirmière libérale, permettant ainsi de croiser leurs points de vue avec ceux des professionnels hospitaliers préalablement recueillis. Au total, ce sont quinze médecins et trois infirmières aussi bien hospitaliers que libéraux qui ont pu être rencontrés, avec des temps d'échange d'en moyenne une demi-heure. Par ailleurs, j'ai été en capacité d'aller plus loin dans le traitement du sujet en accompagnant à plusieurs reprises la Directrice du GHN aux réunions conduites à l'extérieur de l'hôpital avec différents acteurs sanitaires et sociaux du territoire. J'ai ainsi pu mieux appréhender la dynamique de coopération en place dans la zone et le rôle que peut jouer un dirigeant hospitalier. Enfin, des temps d'échange avec le conseiller qualité du GHN, la directrice adjointe du GSC Sara qui déploie des outils numériques sécurisés aux acteurs de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), une séance d'intelligence collective sur la thématique du mémoire avec l'équipe de direction du GHN, et bien sûr des recherches bibliographiques complémentaires ont élargi mon spectre de réflexion.

Ainsi, l'objectif du cadre méthodologique choisi était d'alimenter une approche "terrain" d'une réflexion thématique plus large sur les intérêts d'un établissement de santé de recours à tisser des liens avec le médico-système de son territoire d'action.

Deux principales limites peuvent être formulées à propos de cette étude. D'abord, elle traite les relations entre l'hôpital et les acteurs libéraux sous un prisme très médical. Il serait pertinent d'élargir le périmètre en investiguant davantage les problématiques rencontrées par les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, ou certaines structures médico-sociales dans leurs relations avec les établissements de santé, aussi bien publics que privés. De plus, il aurait été intéressant de conduire une étude comparative pour analyser si la dynamique de rapprochement avec les acteurs de ville répond aux mêmes logiques dans les hôpitaux localisés en zone semi-urbaine et rurale.

1 Tisser des liens avec les acteurs de soins du territoire pour améliorer la communication autour du parcours patient de proximité : une mission que peut endosser un établissement de recours tel que le GHN des HCL

Les difficultés d'accès à des soins de proximité sur certains territoires et l'insuffisance de coordination entre les acteurs de santé sont constatées depuis de nombreuses années. Dans cette partie, il ne s'agira pas d'analyser les causes de ces phénomènes, celles-ci étant déjà largement étudiées dans la littérature. Il sera plutôt question d'évoquer le rôle que peut jouer un établissement de santé de grande taille, offreur de soins de troisième recours dans la réponse de proximité à apporter à ces problématiques (1.1). Les intérêts à s'engager dans l'amélioration de la communication autour du patient de proximité sont en effet nombreux (1.2).

1.1 Quel rôle de proximité pour les hôpitaux à vocation régionale dans la réponse aux enjeux de coordination des acteurs de santé ?

Après avoir discuté du positionnement des hôpitaux à vocation régionale dans l'organisation de la gradation des soins aux différentes échelles du territoire (1.1.1), il s'agira d'évoquer la difficulté à caractériser l'activité d'offre de soins d'un CHU (1.1.2). L'importance de l'activité de proximité de ces établissements justifie de s'investir pour tisser des liens solides avec les acteurs de soins à l'échelle du territoire d'action (1.1.3).

1.1.1 Le rôle des hôpitaux à vocation régionale dans les territoires et dans l'organisation de la gradation des soins

En France, il existe une distinction entre les soins de premier, deuxième et troisième recours. Les soins de premier recours représentent le premier niveau de contact des individus avec le système de santé. Ils ont vocation à satisfaire une large majorité des besoins de santé et jouent un rôle crucial dans la coordination et la continuité des soins. Il convient ici de souligner que les notions de soins primaires et de premier recours ne se superposent pas totalement : « *les établissements de santé n'appartiennent pas aux soins primaires, mais ont un rôle dans le premier recours, par exemple avec leurs services d'urgence* » (FHF, 2022). Les soins de deuxième recours sont assurés par des médecins spécialistes qui exercent en ambulatoire ou en établissement de santé. Enfin, les soins de

troisième recours reposent sur les établissements qui disposent des plateaux techniques les plus complets. Depuis la mise en place du médecin traitant en 2004, jusqu'à la loi Valletoux du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, le législateur n'a cessé de réguler le recours à ces différents niveaux de soins. Du point de vue de l'utilisateur, la préoccupation première est de pouvoir disposer d'une offre de santé suffisante, en proximité géographique raisonnable du lieu de résidence. Il est également crucial que les différents offreurs de santé du territoire, que ce soit les hôpitaux, les acteurs de ville et ceux du médico-social, s'organisent et se coordonnent entre eux.

Pour répondre à ces enjeux, les hôpitaux à dimension régionale comme les CHU, ont la particularité d'offrir des soins qui relèvent des trois niveaux de recours et d'être des acteurs majeurs sur différents niveaux de territoires. En effet, il existe aujourd'hui une grande hétérogénéité des divisions territoriales qui peut générer une certaine illisibilité du système de santé. Le découpage proposé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) permet de distinguer un territoire d'action, un territoire de projet et un territoire de régulation (FHF 2024). Le territoire d'action est celui du bassin de vie, celui sur lequel les acteurs de ville et les hôpitaux apportent une réponse locale et de proximité immédiate pour la population. Le territoire de projet correspond au territoire de démocratie sanitaire. Les enjeux sont ceux de l'implication des représentants des usagers, d'acteurs libéraux et publics dans la construction de filières à l'échelle départementale. Enfin, le territoire de régulation ou de recours correspond à l'échelle régionale. La planification de l'offre de santé et de la réflexion stratégique pilotée par l'ARS se joue à ce niveau.

La définition du périmètre géographique de ces territoires est très différente selon si les territoires sont situés en zone urbaine, rurale ou semi-rurale. C'est particulièrement le cas pour le territoire d'action sur lesquels se créent les liens de proximité entre les différents acteurs de santé. Conceptuellement, il revient notamment aux hôpitaux de proximité, qui assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en lien avec les CPTS, d'animer ce dialogue territorial. Par ailleurs, les grands offreurs de soins comme les CHU ont naturellement un rôle majeur, avec les ARS, au niveau du territoire de régulation dans la planification régionale de l'offre de soins. Du point de vue de la prise en charge, il est évident que les patients les plus complexes ont vocation à être pris en charge dans ces établissements de recours sur spécialisés. Pour autant, ces établissements apportent aussi une réponse de proximité immédiate aux habitants du territoire sur lequel ils sont implantés. En zone urbaine, l'établissement public de santé devient bien souvent un acteur capital dans la quête d'une meilleure coordination, et ce à l'échelle du territoire d'action.

1.1.2 La difficulté à caractériser l'offre de soins d'un CHU

Les CHU sont investis d'une triple mission : de soins, de formation et de recherche. Un rapport de la Cour des comptes consacré à la mission d'offre de soins des CHU, publié en 2018, souligne que « *si les missions de formation et de recherche constituent une caractéristique propre aux CHU, leur activité d'offre de soins apparaît nettement moins distinctive* ». Pour caractériser l'offre de soins des établissements de santé, trois niveaux sont généralement utilisés. Les activités de proximité correspondent aux soins les plus courants. Ils sont pratiqués dans la plus grande partie des établissements et sont donc géographiquement les plus accessibles pour les patients. Les activités d'expertise portent sur les soins plus complexes. Les activités de recours sont réservées à certains établissements de pointe.

Le CHU de Lyon fait partie de la dizaine de CHU qui effectue la plus grande partie des activités de recours et de référence. Il a une activité qui se distingue en ce sens de celle des autres établissements de santé. Le GHN des HCL dispose d'une offre de soins de troisième recours importante. Par exemple, l'hôpital de la Croix Rousse est centre de référence dans de nombreuses spécialités. L'établissement accueille en son sein une maternité de niveau 3 et des services de réanimation néonatale et de néonatalogie. L'hôpital de la Croix Rousse et son service de maladies infectieuses et tropicales est également référent régional pour les risques infectieux émergents ou ré-émergents. Aussi, 113 transplantations hépatiques ont été réalisées en 2023, faisant du site le troisième centre de transplantation en France. Symbole de l'excellence de sa filière foie, c'est sur le site de la Croix Rousse que sera prochainement construit un nouveau bâtiment consacré à l'Institut Hospitalo-Universitaire (IHU). L'Institut d'hépatologie lyonnais a été labellisé IHU par l'Etat. Les IHU sont des lieux d'excellence scientifique et médicale pour inventer la médecine de demain, les futurs traitements et les nouvelles pratiques. Ces activités, auxquelles on pourrait ajouter celles de cardiologie ou encore d'orthopédie, confèrent à l'établissement un rayonnement régional, national, voire international.

Toutefois, les activités de recours représentent moins de 3% de l'activité totale dans certains CHU. Cette proportion est un peu plus importante aux HCL, mais ce sont les soins de proximité qui représentent la part prépondérante de l'activité (Cour des comptes, 2018). De plus, l'activité de proximité est nécessaire pour plusieurs raisons. L'une d'elle touche à l'implantation de ces établissements sur le territoire. L'hôpital de la Croix Rousse est par exemple situé au cœur du 4ème arrondissement de Lyon, qui est une zone densément peuplée. Malgré son hyper spécialisation, l'établissement offre également aux habitants de la zone de nombreux soins courants. Une autre raison est liée à l'importance des soins du

quotidien pour la formation des futurs professionnels médicaux et soignants : un CHU ne peut pas remplir sa mission de formation en ne réalisant que de l'activité de pointe. Enfin, pour assurer la pérennité, notamment financière, d'une filière d'excellence dans une spécialité médicale, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur une activité de proximité robuste dans cette spécialité.

S'il est difficile de caractériser l'activité des CHU, il ne fait aucun doute que l'activité de proximité est au cœur de ses missions.

1.1.3 Une activité de proximité qui peut conduire ces établissements à tisser des liens avec les acteurs de soins à l'échelle du territoire d'action

Du fait du poids que représentent les soins de proximité dans l'activité, s'investir pour tisser des liens avec les acteurs de santé de proximité semble stratégiquement très pragmatique pour les CHU. Nous allons voir que cela permet aussi de s'inscrire dans une logique de responsabilité populationnelle.

La notion de responsabilité populationnelle est fondée sur un quadruple objectif : une meilleure santé pour la population ciblée, une meilleure prise en charge pour chaque patient, une meilleure utilisation des ressources du territoire, et une meilleure attractivité pour les professionnels (FHF, 2024). La démarche repose sur une méthodologie robuste qui passe notamment par le développement de parcours de santé adaptés aux besoins et des actions d'allers-vers. Plusieurs territoires pionniers se sont lancés dans l'expérimentation de ce modèle qui a vocation à s'étendre dans les années à venir.

De plus, cette démarche rend compte d'une bascule vers un travail commun de tous les acteurs de santé sur un territoire (FHF, 2024). Ainsi, l'article 20 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dispose que « *l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire sont responsables de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ». Cette logique est souvent associée à la coordination prévue entre les professionnels de ville regroupés au sein des CPTS et les hôpitaux de proximité dans les territoires ruraux ou semi-ruraux. Or, en tant qu'acteur de santé majeur sur le territoire urbain du 4^{ème} arrondissement de Lyon, l'hôpital de la Croix Rousse est également central dans la démarche de construction de liens entre les acteurs de santé du territoire. Dans sa préoccupation à faire travailler ensemble tous les acteurs d'un bassin de vie, ce modèle s'adapte à l'environnement urbain et à celui d'un établissement comme le GHN des HCL.

D'après les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des HCL, les patients pris en charge au GHN sont pour les trois quarts issus du département et 44 % de la toute proximité. Par toute proximité, on entend les différents arrondissements de Lyon et les communes limitrophes.

Le rôle d'un établissement de recours dans la création de liens avec les acteurs de ville à l'échelle locale s'explique par la part importante que représente l'activité de proximité et la nouvelle responsabilité que doivent assumer les acteurs de santé sur leur territoire. Il s'agira ensuite de montrer, en s'appuyant sur l'exemple de l'hôpital de la Croix Rousse et du GHN, que les établissements de ce type ont de nombreux autres intérêts à investir ces questions. Nous nous focaliserons sur les intérêts à tisser du lien pour améliorer l'un des aspects de la coordination, celui de la communication entre professionnels autour du parcours patient de proximité.

1.2 Les intérêts à améliorer la communication autour du patient de proximité : l'exemple du GHN des HCL

Pour un établissement comme le GHN, les intérêts à agir pour l'amélioration de la communication autour du patient de proximité sont multiples. Tout d'abord, il existe un enjeu de juste utilisation de la ressource médicale et soignante (1.2.1). Ensuite évoluer sur cette question peut permettre de fluidifier les parcours et de réduire les tensions sur le capacitaire (1.2.2). Enfin, un autre enjeu, surement le plus important, est d'assurer une meilleure santé aux patients (1.2.3).

1.2.1 Un enjeu de juste utilisation de la ressource médicale et soignante

Réfléchir à l'amélioration de la communication avec la ville s'avère pertinent notamment en raison de l'aspect chronophage de la collecte d'informations du patient. En effet, une bonne prise en charge du patient par les équipes médicales et paramédicales de l'hôpital n'est possible que par une bonne collecte et une bonne transmission de celles-ci. Ce temps est largement majoré par les difficultés à connaître les antécédents du patient lorsque celui-ci n'est pas connu de l'établissement, et à joindre par exemple les cabinets médicaux ou infirmiers. Les équipes médicales et soignantes de l'hôpital constatent également une augmentation des sollicitations venant de l'extérieur pour obtenir des informations ou des avis.

Un meilleur déploiement des outils numériques et des progrès dans la transmission d'informations, via la lettre de liaison notamment, permettrait sûrement aux professionnels de réduire le temps consacré à ces missions et de se concentrer sur l'activité de soins. En effet, à l'heure des difficultés croissantes de recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux, le sujet de la juste utilisation de la ressource humaine est capital. En outre, le temps perdu dans la recherche d'information augmente les durées moyennes de séjour et a donc un impact financier important pour l'établissement.

La question est également celle du sens du soin pour les professionnels de santé qui donnent de l'importance au *continuum* prévention, soins primaires, soins de recours. Avoir l'impression de ne pas offrir la meilleure prise en charge possible au patient du fait de ces défauts de coordination ou de communication avec la ville génère une perte de sens au travail importante.

1.2.2 Un enjeu de fluidification des parcours et de réduction des tensions sur le capacitaire

A l'hôpital de la Croix Rousse, la phase de transition avec les acteurs de ville qui prennent le relais à la sortie de l'hôpital est cruciale. Comme nous l'avons vu, la proportion des patients qui viennent de la toute proximité est grande. De plus, le développement de l'ambulatoire (+34% de visites d'équipe mobile extra hospitalière et +22% de séjours en hôpital de jour en 2023 par rapport à 2022) suggère de faire alliance avec la médecine de ville. Connaître la façon de travailler des professionnels de ville et échanger au quotidien avec eux semble alors essentiel.

L'intérêt de l'hôpital à communiquer autour du patient de proximité est aussi lié à la nécessité de fluidifier les parcours pour réduire les périodes de tensions sur le capacitaire. Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) de la Croix Rousse fait face à une activité qui se densifie régulièrement. Sur la période hivernale 2023-2024, une croissance d'activité sensible a pu être observée. Le nombre moyen de passages et la durée moyenne de séjour aux urgences ont augmenté respectivement de 5.5% et de 23% au mois de décembre 2023, par rapport à la moyenne de l'année.

Au-delà de l'augmentation du nombre de passages, c'est la hausse du besoin d'hospitalisation dans le contexte du capacitaire empêché qui a mis très fortement en tension l'hôpital. En janvier 2024, 190 lits étaient fermés sur les établissements du GHN du fait notamment du manque de personnel soignant. Sur le pôle de gériatrie, les lits fermés

représentaient 23% du capacitaire théorique. Ces difficultés internes sont également à mettre en relation avec la régulation instable de l'offre de soins sur le territoire. Celle-ci se matérialise par des fermetures aléatoires des urgences des cliniques alentour, ainsi qu'une offre de lits publics et privés de médecine et de soins médicaux de réadaptation en diminution.

Par ailleurs, une hausse du nombre de séjours dits « complexes » est observée au GN. Ce vocable s'applique à la situation de patients hospitalisés alors qu'ils ne nécessitent plus la prise en charge du service de court séjour et sont en impasse de solution de sortie. En 2022, 32 situations ont été analysées par l'expertise multidisciplinaire de la commission des séjours complexes du GHN (médecins, cadres, assistants sociaux, la Direction du GHN). En 2023, ce nombre est monté à 42.

Ce contexte de tension, le capacitaire empêché et la hausse des séjours longs et complexes sont préjudiciables à différents niveaux. En premier lieu, les patients ne reçoivent pas toujours une prise en charge adaptée. Pour les équipes médico-soignantes ensuite, ces situations génèrent un épuisement dû aux efforts engagés pour faire face, et les éloignent parfois de leur cœur de métier. Enfin, pour l'institution, les fermetures de lits et le manque de fluidité des parcours patients représentent des pertes financières majeures.

Mieux communiquer avec les professionnels de ville exerçant en proximité fait partie des réponses à apporter face à ces enjeux. En effet, il est important, pour que l'établissement et ses professionnels puissent remplir pleinement leurs missions, que les patients pris en charge le soient dans de bonnes conditions. Enfin, l'intérêt premier à agir sur ces questions est celui du patient et de sa santé.

1.2.3 L'enjeu primordial d'assurer une meilleure santé aux patients

Sans nier la responsabilité que doit avoir chacun dans la construction de son parcours de soins et sur sa santé en général, la vulnérabilité de certains patients rend nécessaire que cette responsabilité soit partagée. Les difficultés d'accès aux informations pertinentes par les praticiens de différents niveaux de soins font peser une responsabilité excessive sur le patient et peuvent avoir sur lui de multiples conséquences négatives.

Tout d'abord, la confiance des patients et la satisfaction globale vis-à-vis du système de santé peut être entachée par des expériences de communication et de coordination

déficiantes entre professionnels. Ce phénomène peut ainsi accentuer celui déjà bien présent du renoncement aux soins. En effet, au-delà des logiques spatiales du recours aux soins des patients, d'autres facteurs sont facilitateurs, ou à l'inverse apparaissent comme des freins dans l'accès aux soins (FORZY et al, 2021). Chez les personnes issues de milieux plus populaires, il est plus sécurisant de laisser à la main du médecin traitant la coordination de leur parcours de soins. Cette population prend également moins d'initiatives que les personnes issues des milieux plus favorisés en dehors de ce que leur conseille le médecin généraliste (FORZY et al, 2021). Ainsi, il en va de la responsabilité collective des professionnels de santé et des établissements de donner au médecin traitant la possibilité de remplir correctement sa fonction de coordination.

Plus concrètement, à la sortie d'hospitalisation, le défaut ou l'absence totale de communication entre le médecin de l'hôpital et le médecin traitant peut avoir des conséquences graves pour le patient. En effet, les patients exposés à une prise en charge inadéquate à leur sortie peuvent recevoir des diagnostics erronés ou tardifs, causant ainsi une perte de chance significative. Dans ces situations, le risque de réhospitalisation ou de passages aux urgences pour les plus vulnérables, notamment les malades chroniques et les personnes âgées, est majoré (MAXWELL al, 2020). Selon la Haute autorité de santé (HAS), le coût annuel des réadmissions évitables en France est estimé à environ 2 milliards d'euros. Une grande partie de ces réadmissions pourrait être évitée par une meilleure coordination et une meilleure communication des soins post-hospitaliers.

De plus, lorsque le médecin hospitalier n'a pas ou difficilement accès aux éléments relatifs aux étapes du parcours de soins du patient précédant l'entrée dans l'établissement, le risque de perte d'information clinique est majeur et la prise en charge moins qualitative. La connaissance par les médecins hospitaliers des antécédents et des résultats des examens réalisés auparavant est importante car elle vient compléter l'anamnèse du patient. Les informations récoltées en amont des questions qui pourront lui être directement posées permettent au médecin de prendre des décisions plus éclairées et d'éviter les erreurs potentielles (GRAETZ et al, 2020). En effet, en comparant les nouvelles données avec les anciennes, les médecins peuvent détecter des changements pouvant par exemple indiquer une progression de la maladie (JOHNSON et al, 2009). Cet accès préalable à l'information est d'autant plus crucial lorsque le patient et son entourage sont dans l'incapacité de s'exprimer ou de fournir des informations précises.

Aussi, l'accès aux résultats d'examens antérieurs permet d'éviter la duplication potentiellement inutile des tests diagnostiques. Or, aujourd'hui, le médecin hospitalier qui prend en charge un patient qui n'a pas de dossier patient, parce qu'il n'a jamais été suivi

dans un des hôpitaux des HCL, n'aura accès à aucune information ou résultat d'examen réalisé antérieurement. L'accès direct par les médecins des HCL au Dossier Médical Partagé (DMP) depuis le logiciel métier n'étant pas possible, et le DMP n'étant de toute façon encore que peu alimenté, le praticien part de zéro dans sa recherche de diagnostic. En outre, la surconsommation de soins a des répercussions sur la morbidité. Par exemple, un patient peut être irradié à nouveau pour une imagerie parce que l'hôpital n'a pas pu avoir accès à un cliché récent. La duplication des tests et procédures diagnostiques due à la non-transmission des résultats antérieurs utilise à mauvais escient des ressources humaines et financières précieuses.

En somme, la coordination entre les acteurs de santé d'un territoire est essentielle pour assurer une meilleure santé grâce à une prise en charge optimale et au meilleur coût, comme le soutient la responsabilité populationnelle. Nous avons montré qu'il y a plusieurs raisons légitimes qui incitent un hôpital comme la Croix Rousse à se mobiliser pour tisser des liens avec son environnement de proximité. L'enjeu de la communication autour du parcours patient de proximité touche directement celui de la communication entre médecin de ville et médecin hospitalier. C'est sur ce point précis que nous allons nous focaliser à travers les résultats d'une étude terrain menée au GHN des HCL. L'objectif après avoir posé ces constats, sera d'identifier des pistes d'action à disposition des directions d'hôpitaux pour résoudre ces dysfonctionnements.

2 La communication autour du parcours patient entre le médecin généraliste de ville et le médecin hospitalier : résultats d'une étude conduite au GHN des HCL et sur son territoire de proximité

Après avoir décrit le périmètre de l'étude et les moyens de collecte des données (2.1), nous montrerons qu'il existe au préalable un besoin mutuel d'information et de communication entre le médecin traitant et le médecin hospitalier au service du patient (2.2). Ensuite, nous présenterons les résultats de ce travail, qui témoignent d'importantes difficultés rencontrées dans la communication du quotidien (2.3).

2.1 Méthodologie : présentation du périmètre de l'étude et des moyens de collecte des données

Ces dernières années, la Direction du GHN des HCL a constaté plusieurs dysfonctionnements dans la gestion de la continuité des soins en post-hospitalisation. Parmi eux, des interruptions dans le suivi de certains patients à leur sortie de l'établissement, des échanges d'informations via des outils de communication non sécurisés, et des difficultés rencontrées par les professionnels libéraux pour établir un lien efficace avec l'hôpital. Sur cette base, un état des lieux du dialogue entre médecins hospitaliers et médecins généralistes de ville m'a été commandé par la Directrice Générale. Par souci de simplification nous étudierons une relation fictive entre un médecin hospitalier, un patient, et son médecin traitant. Le terme "médecin hospitalier" désigne l'équipe médicale d'un service de soins. En effet, il convient de préciser que s'il y a toujours un médecin sénior responsable de la prise en charge du patient, celle-ci repose sur un travail collectif impliquant notamment des étudiants et des internes en médecine. C'est la connexion avec le "médecin traitant", considéré ici comme exerçant en libéral, qui sera analysée.

L'objectif principal de cette étude était de comprendre les besoins et les difficultés rencontrées actuellement dans les échanges quotidiens entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux. L'étude visait également à identifier des pistes pour faciliter ces échanges, dans l'intérêt du patient.

Pour mener à bien cette étude, un périmètre interne au GHN couvrant cinq services de soins a été défini afin de représenter une diversité de parcours de soins, aussi bien en hospitalisation qu'en ambulatoire : SAU, Service de médecine post urgences (MPU), Service de gériatrie, Service des maladies infectieuses et tropicales (MIT) et Service de médecine interne. En extra-hospitalier, il a été décidé de s'intéresser au territoire couvert par les CPTS de Croix Rousse Presqu'île et de Caluire. La CPTS Croix-Rousse Presqu'île couvre une population de 97 000 habitants, répartie sur trois arrondissements : le 1er arrondissement, le 2ème arrondissement et le 4ème arrondissement de Lyon. La CPTS de Caluire couvre quant à elle les 43 000 habitants de la commune de Caluire-et-Cuire, limitrophe de la ville de Lyon.

Cette étude a comporté deux parties qui se sont déroulées en parallèle. Une première partie visait à mieux comprendre les pratiques des secrétariats concernant l'envoi de documents aux correspondants externes. Pour ce faire, deux actions principales ont été mises en place. Tout d'abord, un temps d'immersion dans un des secrétariats a permis d'observer les pratiques en vigueur. Ensuite, les secrétariats des services concernés ont été mobilisés pour remplir un tableau de recueil d'indicateurs et mettre à jour certaines informations lorsque cela était nécessaire. Une cadre administrative a été sollicitée pour la mise en place de cet audit sur une durée d'un mois. Pour chaque dossier patient audité, les secrétaires avaient pour mission d'indiquer si les coordonnées du médecin traitant étaient référencées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) ou non, et le cas échéant de mettre à jour le contact. Il s'agissait ensuite de vérifier si le compte ZEPRA (Zéro Échanges Papier en Rhône-Alpes) du praticien était connu du DPI. Ce système permet l'envoi dématérialisé de documents de manière automatique et sécurisée aux praticiens. Dans le cas contraire, il était demandé aux secrétaires de chercher l'identifiant ZEPRA du professionnel de ville et de l'enregistrer sur le logiciel métier des HCL. Enfin, les secrétaires ont été missionnées de vérifier et de mettre à jour les coordonnées (adresse, mail, téléphone, personne à prévenir) des patients dont le dossier a été audité.

La deuxième partie de l'étude avait pour objectif l'analyse de la réalité de la nature et de la fréquence des échanges entre le médecin hospitalier et le médecin traitant. Pour cela, des entretiens individuels ont été conduits. Des rencontres ont eu lieu avec deux à trois médecins de chacun des services de soins du périmètre préalablement décrit. Ces entretiens, d'une durée moyenne de 30 minutes chacun, étaient basés sur une grille de questions établies à l'avance. Cinq médecins libéraux des CPTS du territoire ont également été interrogés. De plus, des entretiens ont été réalisés avec les coordonnateurs des CPTS Presqu'île Croix Rousse et Caluire, le Directeur des services numériques des HCL, et la Directrice adjointe du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Sara.

2.2 Médecin traitant et médecin hospitalier : un besoin mutuel d'information et de communication au service du patient

D'une part, le médecin traitant attend de son confrère hospitalier des informations précises, synthétiques et transmises rapidement (2.2.1). D'autre part, le médecin hospitalier souhaite avoir accès aux antécédents du patient pris en charge et pouvoir joindre le médecin traitant si nécessaire (2.2.2).

2.2.1 Les besoins du médecin traitant vis-à-vis du médecin hospitalier : des informations précises, synthétiques et transmises rapidement

Que ce soit à la suite d'une hospitalisation, d'une consultation dans un service de spécialité, d'un passage aux urgences ou d'un examen d'imagerie, les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soins du patient ont besoin d'informations. Plus spécifiquement, en tant que praticien en charge de la coordination du parcours, le médecin traitant doit se voir communiquer chaque résultat de prise en charge ou d'examen par les établissements de santé, les spécialistes de ville ou tout autre professionnel de santé. Par exemple, afin d'assurer un suivi médical personnalisé, le médecin traitant aura besoin de recevoir certaines informations relatives à son patient après une hospitalisation de plusieurs jours conclue par un retour à domicile. Il aura notamment besoin de connaître le motif d'admission, les résultats des examens réalisés, les diagnostics posés, ou encore les soins et traitements dispensés pendant le séjour.

L'étude réalisée au GHN a permis de mieux comprendre ces attentes. Le médecin traitant a besoin d'informations précises, synthétiques et transmises rapidement.

L'imprécision d'un document de sortie, du fait de sa rédaction trop hâtive par exemple, peut conduire le médecin traitant à devoir joindre par mail ou téléphone un professionnel du service hospitalier dont est issu le patient, avec toutes les difficultés que cela comporte. Il est aussi nécessaire que les informations transmises soient synthétiques. Le médecin traitant ayant une file active de plusieurs centaines de patients, il est important de pouvoir prendre connaissance rapidement des informations essentielles. Enfin, il y a un besoin d'immédiateté dans la réception des informations afin de pouvoir assurer la continuité du parcours. Toujours dans le cas d'une sortie d'hospitalisation avec retour à domicile, le médecin traitant, qui prend le relais de l'équipe médicale hospitalière, nécessite de connaître de l'état de santé précis du patient et du programme de soins qui aura été prescrit et ce, dès la sortie de l'hôpital. Cela passe par une réception rapide de la lettre de liaison et des résultats des examens de laboratoire ou médico-techniques effectués

pendant le séjour hospitalier. Plus généralement, le médecin traitant souhaite avoir connaissance rapidement des mouvements de ses patients : entrée à l'hôpital, sortie, mouvements internes, décès, passage aux urgences etc.

Au-delà du besoin d'information permettant d'assurer la continuité du parcours du patient, le médecin traitant a parfois besoin de l'expertise de ses confrères hospitaliers. Pour les médecins généralistes de ville, avoir un interlocuteur unique et facilement accessible au sein des services spécialisés de l'hôpital est essentiel afin d'obtenir des avis médicaux rapidement.

2.2.2 Les besoins du médecin hospitalier vis-à-vis du médecin généraliste de ville : disponibilité pour échanger et accès aux antécédents du patient

Pour assurer une prise en charge cohérente, les médecins hospitaliers ont également besoin d'une collaboration étroite avec leurs confrères de ville. Cela implique un partage d'information efficace, un accès facilité aux données essentielles concernant le parcours de soins des patients, et une communication proactive.

Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, les médecins hospitaliers cherchent à obtenir des informations sur l'historique médical du patient, ses antécédents, ainsi que des données concernant son environnement de vie. Ces éléments sont importants pour garantir une prise en charge optimale et adaptée aux besoins spécifiques de chaque patient. Ils complètent les informations recueillies grâce au patient directement et son entourage. L'accès aux résultats d'examens réalisés en ville ou dans d'autres structures de soins ainsi qu'aux prescriptions est également fondamental pour les médecins hospitaliers. Cela leur permet de mieux comprendre le parcours de soins du patient et d'éviter les redondances d'examens ou de traitements.

De plus, les hospitaliers ont parfois besoin de joindre rapidement le médecin traitant pour obtenir des informations complémentaires, échanger sur l'état de santé du patient ou discuter des plans de traitement. Bien sûr, cette collaboration ne doit pas concerner que les médecins, mais doit également inclure l'entourage du patient, qui peut fournir des informations supplémentaires et contribuer à la prise de décision médicale. Ainsi, une communication efficace et structurée entre les protagonistes du "médico-système" de proximité renforce la confiance entre les professionnels de santé et contribue à améliorer la qualité des soins dispensés.

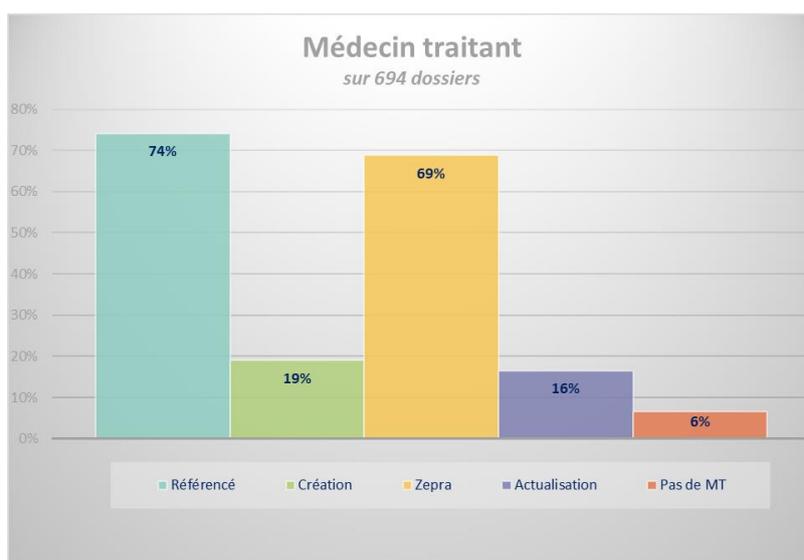
Les attentes du médecin hospitalier comme celles du médecin traitant sont légitimes. En effet, y répondre permet à ces professionnels d'exercer leur métier dans de meilleures conditions et cela bénéficie directement au patient. Cependant, nous allons voir que la réalité du dialogue entre médecins ne répond pas toujours pleinement à ces besoins.

2.3 Des résultats qui témoignent de difficultés importantes dans la communication

L'audit secrétariat conduit au GHN ainsi que l'indicateur de la HAS relatif à la qualité de la lettre de liaison révèlent respectivement des marges de progression importantes sur la transmission des documents au médecin traitant (2.3.1 et 2.3.2). En s'intéressant concrètement à la réalité du dialogue entre le médecin hospitalier et le médecin traitant, on constate que celui-ci est imparfait en raison notamment des outils de communication et de leur déploiement (2.3.3).

2.3.1 Un audit des secrétariats révélateur de marges d'amélioration importantes sur la transmission des documents au médecin traitant

Pour la première partie de l'étude sur les pratiques de secrétariats, 694 dossiers ont été audités au total dans les cinq services de soins concernés.



Le médecin traitant était renseigné dans le DPI de 74% des dossiers audités. Sur l'ensemble des dossiers, le médecin traitant était référencé d'une part et son compte

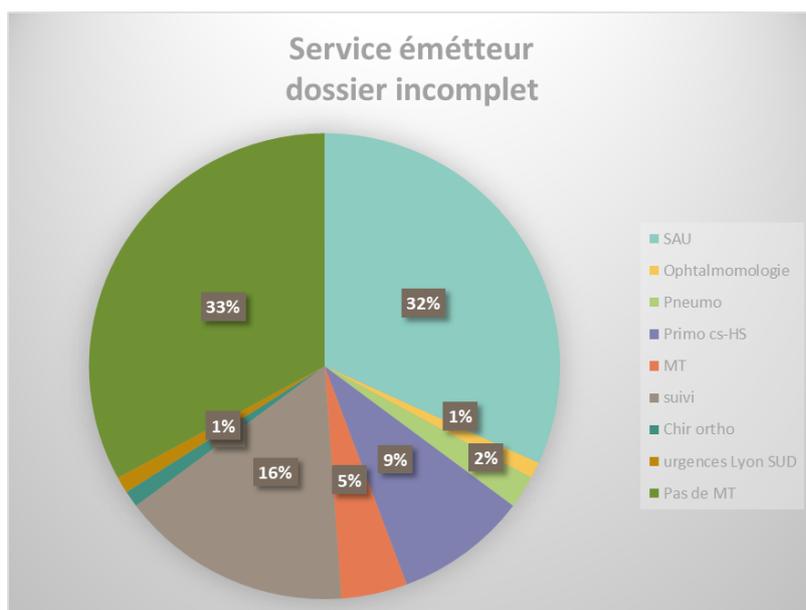
ZEPRA était enregistré d'autre part dans 69% des cas. Une mise à jour des coordonnées du médecin traitant s'est avérée nécessaire pour 16% des dossiers. Enfin, dans 19% des cas, le patient avait un médecin traitant, mais le contact de ce dernier n'était pas enregistré dans le DPI.

On explique l'absence de référencement du médecin traitant dans le dossier patient par plusieurs facteurs. L'un d'eux est que le patient n'a parfois pas de médecin traitant. C'était le cas de 6% des dossiers. Cette crise de la médecine générale est bien connue au niveau national puisqu'environ 11% des français n'ont pas de médecin traitant (ROJOUAN, 2022). Dans les autres cas, le défaut de référencement peut résulter de l'absence de collecte du contact du médecin traitant par les agents administratifs de l'hôpital au moment du passage au bureau des admissions ou au secrétariat du service. Il est aussi possible, dans certains cas, que ce soit le patient qui n'ait pas transmis les coordonnées de son médecin traitant.

Ces défauts dans le renseignement des coordonnées des professionnels extra-hospitaliers qui interviennent dans le parcours de soins peuvent être lourds de conséquences. Un médecin traitant non référencé ou dont le contact est mal renseigné n'a aucune chance de recevoir la lettre de liaison ou tout autre document nécessaire au suivi de son patient. Sa seule chance d'avoir connaissance de ces informations sera lors d'une consultation avec son patient, si celui-ci a apporté avec lui les documents qui lui auront été transmis à sa sortie de l'hôpital. De plus, lorsque le compte ZEPRA du praticien de ville n'est pas enregistré dans le dossier patient informatisé, les documents de liaison ne pourront être envoyés que par courrier papier, ce qui allonge considérablement les délais de transmission.

A l'inverse, lorsque les coordonnées du médecin traitant sont parfaitement renseignées et que le compte ZEPRA du praticien est enregistré dans le logiciel métier, l'envoi des documents est automatiquement déclenché par les secrétaires une fois que celui-ci est prêt.

Au-delà du bon référencement des correspondants dans le dossier patient, la bonne réception du document de liaison par le médecin traitant dans un délai optimal dépend de plusieurs autres facteurs. Parmi eux figure notamment le délai de transmission des informations par l'équipe médicale vers les secrétaires, ainsi que celui de traitement par le secrétariat avant d'envoyer le courrier aux destinataires, et enfin le délai de réception par le professionnel extra-hospitalier. Ce dernier est souvent de plusieurs jours lorsque le courrier est envoyé par le poste. Lorsque l'envoi est effectué de manière dématérialisée, rien ne garantit que le médecin traitant en prenne connaissance immédiatement.



Cette étude a également permis de mettre en lumière le fait que le niveau de performance du secrétariat, sur ce point précis du renseignement des dossiers patients, est très variable selon les services. Sur les 694 dossiers examinés, 88 peuvent être considérés comme incomplets. Cela signifie que les informations relatives aux correspondants externes ont dû être soit mises à jour, soit renseignées pour la première fois. Le graphique ci-dessus permet de montrer qu'une part importante des patients dont le dossier est incomplet ne sont pas des primo-consultants, et sont même pour certains suivis de manière régulière à l'hôpital. De plus, ces résultats nous permettent de cibler les services au sein desquels il existe des marges de progression importantes sur ces questions. A titre d'exemple, 33% des patients dont le dossier était incomplet sont passés par le SAU. Ce service est l'une des principales portes d'entrée de l'hôpital. Ainsi, s'assurer de la complétude des dossiers des patients qui y passent faciliterait la communication des informations aux correspondants externes pendant la suite du séjour hospitalier.

2.3.2 L'indicateur de la HAS relatif à la qualité de la lettre de liaison soulignant les dysfonctionnements relatifs aux moyens de communication

Les médecins traitants sont *"le premier relais en sortie immédiate d'hospitalisation mais ne disposent bien souvent que d'informations très partielles voire d'aucun élément lors de la première consultation suivant la sortie"* (BANSARD.M et al 2017). Pourtant, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMNSS) a introduit la lettre de liaison de sortie d'hospitalisation afin d'améliorer la coordination avec l'aval. L'article 95 de cette loi, complété par le décret d'application n°2016-995 du 20 juillet 2016

relatif aux lettres de liaison a encadré juridiquement la remise et le contenu d'un document de sortie. Ce document est désormais appelé "lettre de liaison de sortie d'hospitalisation" et remplace le compte-rendu d'hospitalisation et la lettre de sortie. La loi dispose que cette lettre de liaison doit être rédigée par le médecin hospitalier, transmise au patient le jour de la sortie ainsi qu'au médecin traitant par messagerie sécurisée. Ce document doit contenir l'ensemble des éléments prévus à l'article R.1112-1-1-2 du CSP : identification du patient, du médecin traitant, du médecin de l'établissement qui a pris en charge le patient, motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, traitements prescrits à la sortie de l'établissement, annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations, suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social

Au GHN, et probablement dans la majorité des établissements de santé, il demeure un décalage entre la réalité des pratiques des médecins et des secrétaires et les dispositions de la loi, notamment sur l'exigence de transmission du document de liaison au médecin traitant le jour de la sortie. Pour appuyer encore davantage l'idée selon laquelle il existe une importante marge de progression sur cette thématique, il convient de s'intéresser aux indicateurs qualité et sécurité des soins de la HAS.

De nombreux indicateurs sont recueillis chaque année dans les établissements de santé et l'un d'eux est relatif à la « qualité de la lettre de liaison à la sortie ». Celui-ci est calculé à partir de 12 critères qualité pour juger de l'existence et de la complétude de cette lettre ainsi que de sa bonne transmission au patient et au médecin traitant. Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisée par le nombre de critères applicables (HAS, 2023).

En 2023, le score global au niveau national était de 59/100 pour cet indicateur, en augmentation de 3,6 points par rapport à 2021, mais toujours bien en deçà de l'objectif de performance fixé à 80/100 par la HAS. Pour mesurer cet indicateur, plus de 85 000 dossiers patients datant de 2022 ont été analysés dans plus de 1 200 établissements de santé. Seulement 37 % des établissements de santé ont atteint un niveau jugé satisfaisant. Ces chiffres montrent l'ampleur du chemin qu'il reste à parcourir dans les établissements de santé sur les enjeux de transmission des informations entre la ville et l'hôpital.

Au GHN des HCL, 70 dossiers de 2022 ont été étudiés pour mesurer cet indicateur. Le score global 2023 de l'hôpital de la Croix Rousse est de 55/100, soit légèrement en dessous de la moyenne nationale. En revanche, pour les hôpitaux Frédéric Dugoujon et Pierre Garraud, ces scores sont respectivement de 77/100 et 85/100. Ces deux établissements sont spécialisés dans la prise en charge de patients âgés. Ainsi, ces données montrent que la culture de l'échange et du partage d'informations avec la ville est davantage développée dans les services de gériatrie que dans les autres services de l'établissement.

En rentrant dans le détail des critères qui permettent de calculer cet indicateur, on remarque que la démarche d'envoi au médecin traitant de la lettre de liaison est un point majeur d'amélioration. Le critère 4 de l'indicateur "qualité de la lettre de liaison à la sortie" permet d'en rendre compte. Au niveau national, le score pour ce critère 4 est de 55/100 et au GHN, il est de 34/100. Le critère est satisfait si on retrouve dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier patient, de façon lisible, le nom et l'adresse postale ou électronique du médecin traitant et si la date d'envoi de la lettre au médecin traitant est le jour de la sortie du patient. Les cas de non-conformité sont donc multiples : absence d'identification du médecin traitant sur la lettre, pas d'envoi au médecin traitant ou encore envoi du document au médecin traitant, mais non daté du jour de la sortie. La faiblesse des résultats relatifs à ce critère bien précis joue significativement sur le faible score global. En effet, le score relatif au critère 3 "remise au patient de la lettre de liaison à la sortie" est par exemple bien meilleur. Il atteint 76/100 au niveau national, 92/100 au GHN.

2.3.3 Une communication du quotidien insatisfaisante

La seconde partie de l'étude avait pour but de comprendre la teneur du dialogue quotidien entre médecins hospitaliers et médecins de ville. Elle a permis de poser plusieurs constats très factuels sur les problématiques rencontrées de part et d'autre.

Tout d'abord, il faut souligner que l'ensemble des médecins interrogés sont convaincus de l'importance de faire vivre continuellement un dialogue de qualité entre la ville et l'hôpital. Mais les retours sont également unanimes sur le fait que ce dialogue est actuellement insuffisant sur le territoire. La fréquence des échanges est en effet très inégale en fonction des services hospitaliers. La culture du dialogue est par exemple très développée entre les professionnels de ville et les services de gériatrie du GHN. C'est ce que l'indicateur "qualité de la lettre de liaison à la sortie" de la HAS laissait également transparaître. De même, l'équipe médicale du service de médecine interne a intégré dans ses pratiques des communications régulières par téléphone ou courriels avec leurs confrères libéraux. En revanche, au SAU, il est très rare de solliciter les médecins libéraux pour obtenir des informations complémentaires sur les patients. De plus, aucun compte rendu n'est envoyé aux correspondants externes à la suite d'un passage. La transmission d'informations au médecin traitant repose donc uniquement sur le patient et le document de sortie qui lui aura été remis ainsi que son entourage éventuel.

Pour recueillir des informations sur les antécédents du patient et son environnement de vie, les médecins hospitaliers s'appuient majoritairement sur le patient lui-même, ses proches, et les informations éventuellement présentes dans le dossier informatisé du fait d'un précédent passage dans l'établissement. La prise de contact par courriel ou par téléphone avec le médecin traitant est fréquente en service de gériatrie, mais finalement assez rare dans les autres services.

Quant aux médecins généralistes de ville, ils prennent connaissance des conclusions du séjour hospitalier grâce à la lettre de liaison dans un délai plus ou moins important, lorsque celle-ci leur parvient. Il leur arrive de n'avoir que les dires du patient et de son entourage pour continuer la prise en charge. Il ressort de cette étude que le système de *hotline*, qui offre une porte d'entrée téléphonique dans certains services hospitaliers aux professionnels libéraux, est bien connu de ces derniers. Ce mode de communication fonctionne bien car il répond au besoin d'immédiateté des médecins libéraux sur certaines demandes. Les médecins infectiologues de la Croix Rousse sont par exemple régulièrement appelés par leurs confrères de ville pour obtenir un avis sur l'antibiotique à prescrire au patient qu'ils ont en consultation au moment de l'appel.

Concernant les motifs des échanges, lorsque l'équipe médicale de l'hôpital qui prend contact avec le médecin traitant du patient, les échanges portent le plus souvent sur le besoin de compléter les informations relatives aux antécédents du patient, son traitement et son environnement de vie. Lorsque l'initiative de l'appel vient du médecin traitant, l'échange porte régulièrement sur un questionnement médical autour d'un patient ou une demande d'adressage. Il existe une certaine défiance de quelques médecins spécialistes de l'hôpital vis-à-vis de certains de leurs confrères de ville qui orientent leurs patients en consultation à l'hôpital sans que ce soit toujours pertinent. Ce sentiment illustre plus généralement la séparation entre le monde de la médecine hospitalière et celui de la médecine de ville, qui résulte notamment d'une méconnaissance de l'autre et du travail qu'il fournit. Les médecins hospitaliers ont par exemple des difficultés à prendre conscience que les médecins généralistes ne prennent pas en charge la même typologie de patients qu'eux. Le carré de Wight, repris par Catherine Laporte en 2023, montre que sur 1 000 patients face à un problème de santé, 232 consultent un médecin généraliste et seulement 5 seront hospitalisés dans un CHU (LAPORTE.C et al, 2023). Ce modèle nous permet de comprendre le ressenti que peuvent avoir certains médecins hospitaliers lorsqu'un confrère leur adresse un patient qui ne relevait pas de leur compétence. Or le patient envoyé de manière injustifiée à l'hôpital du fait du doute du médecin généraliste sur le diagnostic, masque souvent les dizaines d'autres qui ont été vus en consultation et pour qui une autre solution a été trouvée. De manière générale, les médecins hospitaliers participants à cette

étude ont souligné ne pas connaître les praticiens de ville avec qui il leur arrivait d'échanger, et inversement. Le peu de connexions existantes entre la ville et l'hôpital peuvent être liées aux relations interpersonnelles nées pendant les études de médecine. Mais en dehors de ces cas isolés, les deux mondes semblent très cloisonnés.

Les participants à cette étude ont également été interrogés sur les canaux de communication utilisés pour dialoguer avec leurs confrères. Sans surprise, il ressort que le mail professionnel et le téléphone sont les canaux de communication les plus communs. Les personnes interrogées n'utilisent que très rarement WhatsApp pour échanger à propos d'un patient avec un autre médecin, ce qui est plutôt rassurant. Cependant, chacun est conscient que l'utilisation du mail n'est pas satisfaisante du point de vue de la sécurisation des données patients qui transitent via ce canal. La messagerie sécurisée de santé de la région AURA, développée par le GCS Sara "MonSisra", est pourtant déployée depuis plusieurs années sur le territoire et prônée par les HCL. MonSisra permet d'échanger les données de santé de patients, rapidement et en toute sécurité, avec les professionnels et structures intervenant dans la prise en charge et disposant également d'une adresse sécurisée, conformément au cadre légal. La messagerie MonSisra est certifiée Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté), elle respecte les normes nationales définies par le Ministère de la santé.

L'utilisation insuffisante et inégale de MonSisra par les médecins des HCL est constatée de manière généralisée par les professionnels libéraux du territoire. Plusieurs éléments expliquent cette sous-utilisation de l'outil. Parmi les professionnels interrogés, la moitié ne connaissent pas l'outil, ou seulement de nom. Certains pensent même que c'est un outil de communication que seuls les professionnels libéraux peuvent utiliser. En outre, les médecins qui se sont appropriés l'outil l'ont fait de manière individuelle. Il n'existe pas forcément de dynamique d'équipe qui puisse conduire à une utilisation de la messagerie sécurisée par l'ensemble des médecins du service. Enfin, MonSisra ne fait pas l'unanimité parmi la communauté médicale. Son interface est jugée comme perfectible, certains médecins hospitaliers disent ne pas toujours recevoir de réponse de la part de leurs confrères de ville lorsqu'ils les sollicitent. Enfin, la quantité de messages et de documents reçus a parfois rebuté certains médecins à l'idée d'en faire un outil de dialogue quotidien avec la ville.

L'outil MonSisra est bien plus répandu chez les médecins libéraux du territoire, mais n'est pas non plus systématique. Selon les chiffres transmis par le GCS Sara, au mois de mai 2024, sur les 8 593 médecins utilisateurs MonSisra dans le Rhône, 9% avaient écrit dans MonSisra pendant le mois, 55% avaient consulté la plateforme mais pas écrit, et 36%

des utilisateurs n'avaient pas du tout été actifs. Ces chiffres témoignent des progrès encore importants à réaliser dans la diffusion de l'outil et son appropriation par les professionnels libéraux et hospitaliers.

Les échanges avec les médecins de ville ont permis de faire remonter certains besoins et de mettre en avant plusieurs difficultés majeures dans le dialogue entretenu avec les équipes hospitalières. Les médecins de ville ont souligné un besoin réel de plus d'immédiateté dans la transmission des comptes rendus d'hospitalisation. L'intervalle de temps entre la fin du séjour hospitalier du patient et le moment où ce dernier va consulter son médecin traitant est bien souvent plus court que l'intervalle de temps entre la sortie du patient et la réception, par la poste ou par messagerie sécurisée, de la lettre de liaison. De plus, il existe encore des cas où le médecin traitant ne reçoit aucune information orale, ni aucun document à la suite du passage aux urgences d'un de ses patients ou d'un séjour en hospitalisation. Les conclusions de la première partie de l'étude sur les pratiques des secrétariats viennent confirmer ces retours.

L'inadaptation du format standardisé de la lettre de liaison a également été remontée. Bien souvent, les médecins traitants rencontrés lisent les courriers qu'ils reçoivent entre deux consultations ou en fin de journée. Leur objectif est donc de pouvoir prendre connaissance rapidement des principales conclusions du séjour hospitalier. Ils n'ont généralement pas le temps de rentrer dans le détail. Or, le document de liaison fait plusieurs pages et les éléments qui intéressent le médecin traitant se trouvent généralement à la fin du document. De plus, pour échanger de façon sécurisée ou faire des demandes de télé-expertise à l'ensemble des professionnels de santé et structures de soins d'un territoire, les médecins de ville n'ont pas d'autre choix que d'utiliser plusieurs plateformes numériques. Cette pratique est très chronophage et nécessite d'assimiler au cas par cas le canal de communication à privilégier avec tel ou tel interlocuteur.

Côté hospitalier, les médecins interrogés soulignent la nécessité de renforcer le dialogue avec leurs confrères de ville, mais constatent que c'est une activité très chronophage. Des transmissions orales aux médecins traitants, bien que nécessaires, n'ont pas lieu par manque de temps ou du fait de difficultés à joindre directement le médecin ou son secrétariat. Aussi, le temps consacré à rassembler les informations relatives aux antécédents du patients et son environnement de vie, ainsi qu'à rechercher les résultats d'examens précédemment réalisés, est colossal. La communauté médicale ne semble pas réfractaire par principe à l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé comme MonSisra, mais souligne l'absence de plateforme adoptée par tous et fait état du temps que

représenterait l'utilisation concomitante de plusieurs plateformes d'échanges. Dans ce contexte, la boîte mail standard demeure le dénominateur commun.

En conclusion, cette étude terrain sur la réalité du dialogue entre les médecins hospitaliers du GHN et les médecins libéraux du territoire de proximité, montre la faible fréquence des échanges avant, pendant et à l'issue du séjour hospitalier. Le besoin d'information entre ces professionnels étant différent, les documents de liaison sont parfois inadaptés et envoyés tardivement ce qui nuit directement au patient et à la continuité de son parcours de soins. L'usage actuel de différents logiciels métiers et messageries sécurisées de santé, leur interopérabilité limitée et les différences de cultures professionnelles qui demeurent, compliquent l'équation.

Lors de la première partie, nous avons montré qu'il y avait plusieurs raisons légitimes pour un hôpital de s'investir dans le développement de liens avec les acteurs de santé de son environnement proche. En prenant l'exemple de l'étude réalisée au GHN, nous venons de constater d'importantes difficultés sur l'enjeu spécifique de la communication entre médecin traitant et médecin hospitalier. Ces défauts de coordination soulignent, là aussi, l'importance de faire alliance autour du parcours patient de proximité. A présent, il s'agira de comprendre comment un établissement de santé de grande taille peut se révéler moteur dans la recherche de solutions à ces difficultés. Le GHN fait figure d'exemple de par le projet de construction d'une MSP-U en entrée de site et le travail enclenché avec les CPTS du territoire. Dans la dernière partie de ce mémoire, il s'agira également de se focaliser sur la plus-value que peut avoir un Directeur d'hôpital pour conduire ces changements.

3 Quelques leviers d'action à la main du Directeur d'hôpital pour renforcer la communication autour du parcours patient de proximité

Avoir une offre de soins primaires suffisante et structurée sur un territoire d'implantation est capital pour fluidifier le parcours patient de proximité. Le projet de création d'une MSP-U à l'entrée du site de la Croix Rousse vise cet objectif dans la mesure où il promet une meilleure coordination et communication entre professionnels (3.1). Pour impulser ce type d'initiatives visant à renforcer le lien avec le "médico-système" de proximité, le Directeur d'hôpital, de par ses compétences spécifiques, peut faire la différence (3.2).

3.1 Faciliter la structuration des soins primaires en proximité pour mieux se coordonner : l'exemple du projet de création d'une MSP-U à l'entrée du site de la Croix Rousse

Le projet de création d'une MSP-U à l'entrée du site de la Croix Rousse est un objet d'étude intéressant pour trois raisons. Son fonctionnement innovant répond aux enjeux rencontrés par la médecine de ville (3.1.1). Il a le potentiel d'améliorer la communication entre le médecin de ville et le médecin hospitalier (3.1.2). Enfin, il incarne le CHU de demain (3.1.3).

Pour répondre aux faiblesses de la médecine de ville et faire face au défi du manque de coordination entre professionnels, des initiatives comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les CPTS ont vu le jour ces dernières années. Ces structures visent à regrouper divers professionnels et incarnent une volonté d'accompagner le changement dans les modes d'exercice. Associer les établissements de santé aux transformations de la médecine de ville semble aujourd'hui essentiel. L'une des propositions de la FHF dans son rapport *Renforcer le lien ville hôpital* publié en 2024, est de "mettre à profit le foncier hospitalier pour les maisons de santé pluridisciplinaire et les centres de santé". Intégrées aux hôpitaux, ces structures favorisent le travail en équipe ainsi que la communication et facilitent, par l'unité de lieu, la prise en charge des patients.

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'hôpital de la Croix Rousse est centre de référence dans de nombreuses spécialités. Ainsi, les patients et leurs accompagnants viennent parfois de loin et ne disposent pas de solutions d'hébergement

faciles à proximité de l'hôpital. C'est dans ce contexte que naît le projet de la maison d'accueil hospitalière « Maison du Petit Monde Croix Rousse » en 2020. Il prévoit la construction d'un bâtiment dans l'enceinte de l'hôpital, à l'entrée. Les travaux ont démarré au 1er septembre 2023 et l'ouverture du bâtiment est prévue à la fin du 1er semestre 2025. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'une MSP sera intégrée au premier étage de cet hôtel hospitalier. La MSP sera donc localisée sur le site de l'hôpital, mais avec une entrée sur la rue. Ce sont les HCL qui loueront l'étage à l'association Maison du petit monde, puis les locaux seront rétrocédés à une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) qui assumera le montant du loyer. Les SISA permettent aux structures d'exercice coordonnées pluriprofessionnelles comme les MSP de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique sécurisé. Le plateau fait 380 m² et pourra accueillir au minimum neuf cabinets. Au sein d'un même édifice vont donc cohabiter un hôtel hospitalier et une MSP, symbole du positionnement de l'hôpital à la fois en tant qu'offreur de soins de recours et de proximité.

Le projet de création d'une MSP-U à proximité de l'hôpital est un projet porté par la Direction du GHN. Il symbolise une forte volonté de travailler avec les professionnels libéraux et incarne la bascule vers ce travail commun entre tous les acteurs de santé sur le territoire. Comme nous l'avons montré, les intérêts à développer ce type de projets sont multiples pour un établissement. En premier lieu, pouvoir compter sur une offre de soins primaires suffisante et structurée sur le territoire d'implantation, est important pour assurer des parcours de soins efficaces et qualitatifs à la population. En parallèle de la phase de construction, l'enjeu est de penser le mode de fonctionnement futur de la structure, et les liens qu'auront les professionnels libéraux qui occuperont ces locaux avec les professionnels hospitaliers.

3.1.1 Une future structure au fonctionnement innovant pour répondre aux enjeux rencontrés par la médecine de ville

D'après le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, près de 80% des médecins généralistes libéraux jugent aujourd'hui insuffisante l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice, soit 11 points de plus qu'en 2019. En 2022, 65% des médecins ont déclaré être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. Ils étaient 53% en 2019. Ces chiffres illustrent les difficultés croissantes rencontrées par la médecine de ville pour répondre aux besoins de la population. Le territoire sur lequel est implanté l'hôpital de la Croix Rousse est classé en tant que zone d'action complémentaire (ZAC), c'est-à-dire que la densité de médecins est

insuffisante. Même sur ce territoire urbain que l'on pourrait croire bien doté, la situation est donc fragile.

C'est dans ce contexte que les grandes orientations du futur projet de santé de la MSP ont été pensées. L'un des axes forts sera de proposer une offre de soins populationnelle. Celle-ci se distingue de l'offre de soins patientèle. L'objectif n'est plus de prendre en charge un nombre de patients définis, mais de répondre à l'ensemble des besoins de santé de la population d'un territoire. Pour les soins programmés, une attention particulière sera portée sur le suivi des patients en affection longue durée (ALD), la prévention, et la démarche d'aller-vers afin de remettre dans le soin les personnes sorties du système. Il est prévu aussi de répondre à la demande de soins urgents et non programmés en lien avec le service d'accès aux soins (SAS) et le service d'aide médicale urgente (SAMU). L'offre de soins non programmés qui sera assurée par la MSP permettra également de réorienter certains patients se présentant au SAU de la Croix Rousse, mais dont l'état de santé requiert plutôt une prise en charge en ville.

Par ailleurs, le fonctionnement du cabinet prévoit d'être innovant grâce à un fonctionnement autour d'une équipe traitante. Ce fonctionnement est notamment inspiré de celui de la maison de santé de Montalieu-Vercieu en Isère. L'idée est que le plateau puisse accueillir, en plus de l'équipe médicale, un directeur de cabinet, une infirmière de pratique avancée (IPA), des assistants médicaux, des secrétaires, des infirmiers libéraux et d'autres professionnels paramédicaux. L'objectif est que tous ces professionnels travaillent ensemble pour répondre à la demande de la population.

Les secrétaires seront chargés de tout ce qui concerne la dimension administrative de la consultation (paiement, prise de rendez-vous, disponibilités des cabinets pour les médecins). Leur plus-value sera également humaine et sociale. La présence physique d'un secrétariat offrira la possibilité de prendre rendez-vous à la fois sur place, par téléphone, ou en ligne. Ce lien humain est d'autant plus important à l'heure où 17% de la population française de plus de 15 ans est concernée par l'illectronisme, dont plus d'une personne sur trois est âgée de plus de 60 ans (BENDEKKICHE.H et al, 2023).

Dans ce mode de fonctionnement, les assistants de soins jouent également un rôle majeur pour libérer du temps médical. Ils s'occupent de la pré-consultation du patient en prenant les constantes, en aidant au déshabillage, en assistant la réalisation d'actes techniques ou encore en nettoyant le bureau de consultation. Une de leur mission principale est également de la mise à jour et le suivi des dossiers des patients du cabinet pour ne pas manquer les rappels de vaccination ou la réalisation de dépistages, par exemple. Leur rôle est aussi capital, en lien avec les autres professionnels de santé du territoire, dans la

coordination du parcours de soins des patients et le regroupement des informations essentielles. En somme, leur fonction est à la fois administrative et soignante.

De plus, la présence d'une IPA en soins chroniques est importante car elle entretient un lien de proximité avec les médecins. La participation aux réunions de concertation avec l'équipe médicale lui permet de suivre des patients en ALD stabilisés et d'augmenter significativement la file active de patients suivis au cabinet. A la maison de santé de Montalieu-Vercieu, la présence de l'IPA a permis la prise en charge de 500 patients supplémentaires.

Enfin, le directeur de cabinet, en s'occupant de la gestion des différents box, de la comptabilité, du lien avec les juristes ou des ressources humaines, apporte une vraie plus-value en termes d'optimisation du fonctionnement de la structure.

En résumé, l'intérêt de ce collectif est d'apporter une offre de soin articulée autour d'une équipe traitante afin de permettre une prise en charge populationnelle inclusive et massivement tournée vers la prévention, tout en garantissant aux soignants un mode d'exercice serein et qualitatif. Cette dimension populationnelle se traduit par le nombre quotidien de patients accueillis en consultation. A la MSP de Montalieu, le collectif composé d'un médecin sénior référent, accompagné de deux internes, d'une assistante de soins et d'une IPA, permet la prise en charge d'une centaine de patients par jour. Dans un cabinet médical traditionnel, chaque médecin assure entre 20 et 30 consultations à la journée. Certes, la relation avec le patient est différente, mais ce modèle innovant a l'avantage de répondre aux principaux enjeux rencontrés par la médecine de ville actuellement. Une bonne orchestration de la délégation des tâches et la juste utilisation des compétences de chaque professionnel, permet de répondre à l'ensemble des besoins de santé de la population d'un territoire donné. Les avantages du projet sont nombreux. Il fait la promotion d'un exercice médical nouveau et adapté aux enjeux actuels du système de santé. La dimension universitaire qui sera attachée à la structure permettra une facilitation de la recherche en soins primaires. En outre, et c'est le point qui nous intéresse le plus dans le cadre de cette étude, la future MSP-U en entrée de site participera à la consolidation des liens entre les acteurs de ville et les professionnels de l'hôpital, et répondra aux difficultés de communication évoquées précédemment.

3.1.2 Un fonctionnement qui répond aux difficultés de communication entre le médecin de ville et le médecin hospitalier

Ce projet permettant l'implantation de nouveaux médecins généralistes à l'entrée d'un site hospitalier est particulièrement intéressant pour répondre aux difficultés de communication entre médecins.

La proximité géographique de la MSP avec les services de l'hôpital va permettre aux médecins libéraux et hospitaliers de se connaître plus facilement et ainsi de renforcer l'alliance ville-hôpital. La création d'un lien informel est un énorme avantage, parfois sous-estimé, et pourra bénéficier au patient. En effet, il permettra de mieux se comprendre et de mieux travailler ensemble au service du patient. La reconnaissance récente de la médecine générale en tant que spécialité explique en partie le fossé qui s'est historiquement créé entre praticiens généralistes de ville et spécialistes hospitaliers. Il y a un vrai enjeu à ce que les médecins hospitaliers prennent conscience du travail quotidien assuré par leurs confrères de ville. A l'inverse, le mastodonte que représente les HCL est parfois repoussant pour les médecins qui exercent en cabinet. C'est la création d'une culture commune qui déterminera la réussite du projet sur cet aspect communicationnel.

Ce projet offre également l'opportunité de contractualiser des parcours de soins avec les services de spécialités de l'hôpital. Le projet prévoit la tenue de réunions de concertations pluri professionnelles ville-hôpital autour des patients de la MSP qui partagent une pathologie commune. Cela permettra aux professionnels de se connaître et de monter collectivement en compétence. La proximité relationnelle et géographique permet aussi aux médecins généralistes de prendre des meilleures décisions d'orientation pour leurs patients, après avoir pris connaissance de l'avis de leur collègue hospitalier du service voisin. Ces liens sont absolument cruciaux afin de garantir pour chaque patient le recours au juste niveau de soins au regard de son état de santé. Il est fréquent que les patients soient suivis dans plusieurs services d'un même établissement. A l'hôpital, l'appartenance à un collectif rassure et permet aux médecins hospitaliers d'orienter leurs patients vers le service voisin en toute confiance. L'intégration de médecins généralistes de la MSP à cette dynamique est très prometteuse car elle rompt en un sens la séparation qui existe entre ces deux mondes. A terme, l'idée est par exemple que l'endocrinologue de l'hôpital ne soit sollicité par son collègue généraliste que dans le cas où le patient diabétique ne nécessite réellement plus des soins primaires. Les patients seront, là encore, les premiers bénéficiaires d'une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Un des objectifs de la MSP est également de devenir un terrain de stage pour les étudiants en médecine et les internes. En effet, chaque médecin de la MSP-U devra s'inscrire dans cette démarche et suivre une courte formation pour devenir maître de stage universitaire. Ces ponts entre l'hôpital et la ville permettront aux étudiants, dès la formation, de s'acculturer à ces deux modes d'exercice et leur permettra peut-être de vouloir travailler à l'avenir en temps médical partagé.

Le fonctionnement innovant de la MSP, avec notamment la présence de l'assistant de soin, répond directement à certaines difficultés identifiées côté ville dans l'étude qualitative menée sur le territoire de l'hôpital de la Croix Rousse. Très concrètement c'est l'assistant de soins qui est chargé de reporter les conclusions des lettres de liaison reçues à la suite d'un séjour hospitalier dans le dossier patient interne au cabinet. La proximité géographique et la connaissance de l'équipe médicale de certains services hospitaliers permettra alors aux médecins généralistes de la MSP d'avoir plus facilement connaissance d'un éventuel passage à l'hôpital d'un de leur patient. De même, en cas de réception trop tardive, ou de non réception de la lettre de liaison, la prise d'information auprès de l'hôpital ou la consultation du DMP par l'assistant de soins permet quand même au médecin généraliste d'assurer un bon suivi de son patient.

Le parcours de soins peut être appréhendé comme une série d'ajustements entre besoins en soins et ressources mobilisables sur un territoire donné. Dans un article publié en 2020, Isabelle AUBERT souligne que “[...] *ce processus d'ajustements ne peut se construire spontanément à partir de la seule intervention des professionnels de santé, il nécessite la mise en œuvre de compétences spécifiques de coordination, permettant d'appréhender en permanence l'évolution des besoins de la personne et celle des ressources disponibles*” (AUBERT et al., 2020). Le collectif structuré autour du médecin et le fonctionnement innovant de la MSP semblent répondre à cet impératif de coupler aux compétences des professionnels de santé, des compétences de coordination. Le suivi de la file active de patients, la création de liens étroits avec les équipes de l'hôpital voisin et l'accès privilégié à ses ressources permettent d'appréhender l'évolution des besoins de santé de la personne et d'y répondre positivement et sans rupture.

Enfin, si le fonctionnement innovant du cabinet a l'avantage de promouvoir un nouveau mode d'exercice, il est important de souligner que celui-ci ne convient pas à tout le monde. La crainte d'un lien moins direct avec chaque patient a notamment pu être évoquée par certains médecins généralistes. De même, la capacité à gérer l'interculturalité et à travailler de concert avec des professionnels de corps de métiers différents, n'est pas attrayante pour tous les médecins de ville.

Au-delà de répondre aux difficultés de communication, la dimension universitaire du projet a l'avantage de s'inscrire dans les enjeux du CHU de demain.

3.1.3 Un projet qui incarne une vision moderne d'un CHU

Selon l'article 118 de la LMNSS de 2016, les MSPU sont des structures « *ayant signé une convention tripartite avec l'ARS dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires* ». Pour obtenir cette dénomination, l'accueil d'étudiants de troisième cycle des études de médecine est obligatoire, tout comme la présence d'un enseignant titulaire universitaire de médecine générale et la conduite de projets de recherches en soins primaires.

Face aux enjeux de santé publique actuels et futurs, et pour assurer sa triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, le CHU de Lyon a un réel intérêt à promouvoir ces nouveaux modes d'exercice avec une forte orientation populationnelle. Ce projet qui vise à faciliter l'implantation de nouveaux médecins généralistes en lien avec les CPTS et les collectivités locales, incarne l'idée portée par les HCL selon laquelle l'apport du CHU est d'autant plus fort qu'il est lié aux autres.

Les CHU modernes doivent notamment pouvoir compter sur un collège de médecine générale très puissant et tout mettre en œuvre afin que la médecine générale ne soit pas une spécialité qui se construise en opposition aux autres. Pour un CHU, pouvoir collaborer avec les professionnels de la MSP-U sur des projets de recherche en soins primaires est essentiel. En effet, pour répondre aux enjeux de demain, la politique de santé au niveau national doit réinvestir les soins primaires, et les crédits de recherche sur cette thématique risquent de se multiplier. Dans les années à venir, l'un des objectifs des HCL serait d'avoir une Direction de la recherche et de l'innovation avec, en son sein, un département de soins primaires. On pourrait imaginer que l'animation de ce département puisse être confiée à un médecin généraliste membre de la MSP-U.

En outre, ce projet permet de répondre à certains enjeux relatifs à la formation. Dès 2009 une mission commandée par la Ministre de la santé préconisait « *que les maisons de santé constituent des terrains de stage privilégiés ainsi que des lieux favorables d'exercice des universitaires de médecine générale* ». Le but est que la MSP-U devienne un terrain de

stage pour les étudiants en médecine et les internes. Ces ponts entre l'hôpital et la ville permettront dès la formation de s'acculturer à ces deux mondes sans les opposer. Aussi, pour le CHU de demain, avoir un enseignement de soins infirmiers beaucoup plus porté sur les soins ambulatoires est une piste d'avenir. La MSP-U en entrée de site pourrait être l'occasion d'avoir un enseignant de soins infirmiers dont la valence clinique se fait dans cette structure.

Symbole de l'intérêt de ce projet pour le CHU, il est prévu un appui financier des HCL pour faciliter l'installation des professionnels libéraux dans ces locaux. Les contours de cette aide sont encore à définir, mais la question de l'investissement de départ, du montant du loyer, et des charges des médecins porteurs est un sujet crucial. En effet, le mode de financement de ce type de structure n'incite, aujourd'hui, pas toujours à mettre en place un tel collectif de professionnels au service du patient.

Ce projet conforte et affirme le positionnement de plus en plus important que doit avoir l'hôpital en tant qu'acteur de santé publique sur son territoire. Dans la dernière partie, nous allons nous intéresser au rôle spécifique que peut avoir le Directeur d'hôpital pour impulser une dynamique sur un territoire, embarquer la communauté médicale et soutenir des initiatives qui vont dans ce sens.

3.2 La plus-value du Directeur d'hôpital et de ses compétences pour impulser dans son établissement le renforcement des liens avec le médico-système du territoire de proximité

Comme nous l'avons vu tout au long de cette étude, l'animation de la relation avec les acteurs libéraux de proximité est essentielle dans l'objectif de fluidification des parcours patients. Toujours en s'appuyant sur des exemples pratiques tirés du GHN des HCL, il s'agira de mettre en lumière le rôle que peut avoir un DH pour porter cette dynamique ainsi que les grands principes d'actions sur lesquels il peut s'appuyer. Faire preuve d'abnégation et d'engagement pour concrétiser des idées innovantes semble essentiel (3.2.1). Nous verrons aussi que s'appuyer sur les forces intrinsèques de la structure hospitalière est important pour conduire le changement (3.2.2).

3.2.1 Faire preuve d'abnégation et d'engagement pour concrétiser des idées innovantes

En tant que Directeur d'établissement, pour impulser une dynamique sur un territoire et tisser des liens avec les partenaires de proximité il faut pouvoir faire preuve de patience et d'abnégation dans la conduite des projets. En effet, la création d'une culture commune entre les acteurs de santé d'un territoire peut prendre plusieurs années et le simple fait d'avoir une idée n'est parfois pas suffisant pour la concrétiser. Le projet d'implantation d'une MSP-U en entrée de site hospitalier a pour vertu son caractère innovant. Pourtant, sa conduite n'est pas sans obstacle.

Après avoir eu l'idée de ce projet, un premier combat pour la Directrice du GHN a été de négocier avec l'association de la Maison du petit monde. Ce projet d'hôtel hospitalier s'est dessiné dans un contexte financier très contraignant. Ainsi, faire valider la construction d'un plateau complet destiné à héberger des professionnels libéraux n'a pas été facile. Pendant cette phase, rien ne garantissait à la Directrice du GHN qu'elle trouverait un porteur médical pour occuper les lieux et construire le projet. Un simple constat du manque de médecins généralistes sur le territoire et des visites inspirantes de structures de ce type avaient été réalisées. En effet, un projet de maison de santé universitaire était en construction à l'Hôpital Saint André à Bordeaux et la maison de santé de Montalieu-Vercieu avait été repérée pour son fonctionnement innovant autour d'une équipe traitante. Cette situation illustre l'importance de la prise de risque initiale dans le métier de Directeur d'hôpital, sans quoi aucun projet innovant ne pourrait voir le jour.

Le deuxième défi majeur à relever était donc de trouver un médecin porteur de projet. Historiquement à Lyon, les représentants du monde libéral ont toujours été réticents à l'idée de s'installer dans l'enceinte des hôpitaux. De plus, les liens entre le département de médecine générale de la faculté et le CHU n'étaient pas suffisamment structurés pour permettre de travailler ensemble à la recherche d'un médecin assistant universitaire de médecine générale. C'est finalement au gré de discussions informelles avec certains médecins de l'hôpital de la Croix Rousse que ce porteur a pu être identifié.

Ensuite, l'enjeu est de rendre opérationnel un projet qui est pour l'instant théorique et de convaincre différentes parties prenantes. Tout au long de l'année 2023, la Directrice du GHN a accompagné le médecin porteur du projet pour le présenter et essayer de convaincre la Direction Générale des HCL et son pôle de santé publique, les tutelles (ARS, Assurance maladie, Conseil de l'Ordre), la faculté et le département de médecine générale, les CPTS ou encore les services hospitaliers de la Croix Rousse. Si l'adhésion à l'idée de

la MSP-U est assez unanime, le plus difficile est de définir les contours de la collaboration future, chacun ayant des intérêts divergents. Beaucoup reste à faire pour que la MSP-U puisse ouvrir ses portes aux patients en septembre 2025. La conduite de ce projet illustre la plus-value du DH et de sa palette de compétences pour faire se concrétiser des idées qui bénéficient aux patients et qui répondent aux défis rencontrés par son établissement.

Nous allons voir qu'au-delà de l'abnégation et de l'engagement, la maîtrise des pratiques de management, adaptées à la conduite du changement dans un contexte budgétaire et réglementaire de plus en plus contraint, est peut-être ce qui caractérise le mieux le métier. C'est une compétence essentielle lorsqu'on a l'objectif de renforcer la communication avec les acteurs de santé du territoire de proximité.

3.2.2 Mobiliser les forces de l'hôpital pour accompagner le changement

Après avoir identifié les interlocuteurs de son territoire, le DH dispose de deux leviers majeurs sur lesquels s'appuyer en interne pour tisser progressivement ces liens.

Premièrement le DH peut s'appuyer sur une structure administrative et des équipes robustes qui disposent de solides compétences en gestion de projet. Là où les acteurs de ville, via les CPTS, doivent fournir un important travail pour s'associer afin de construire une structure administrative capable de porter des projets, l'hôpital a d'ores et déjà cette force. Deuxièmement, l'hôpital dispose d'un foncier et d'une structure logistique et technique très aidante pour soutenir les acteurs de ville et collaborer avec eux. Par exemple, afin d'amorcer le lien avec les CPTS de Croix Rousse Presqu'île et de Caluire, des locaux ont été mis à leur disposition à titre gracieux à proximité de la Direction pour les aider dans leur implantation. De même, un représentant de la Direction du GHN a systématiquement participé, aux côtés de nombreux professionnels libéraux, aux réunions de structuration de ces CPTS pour contribuer à la définition de leur projet de santé. Cela permet à ces deux mondes de se côtoyer, d'apprendre à se connaître et d'identifier les thématiques partagées sur lesquelles un travail commun est possible.

Suite aux constats posés grâce à l'étude terrain sur la réalité du dialogue entre médecins de ville et médecins hospitaliers, un plan d'action s'appuyant sur les compétences de gestion de projet du DH et de ses équipes a pu être construit. Pour que l'impact de l'établissement soit direct et permette d'améliorer rapidement la communication autour du patient, un triple objectif a été fixé : agir pour que les courriers partent, partent aux bonnes personnes, et partent plus vite. Plusieurs actions ont découlé de ce plan. La

première est d'intensifier et de créer des formations communes à destination des secrétaires et agents d'accueil sur les pratiques et le besoin de vérification des coordonnées, afin d'améliorer la qualité du recueil d'information patient. L'idée de former une communauté d'ambassadeurs experts composée de secrétaires et d'agents administratifs, pour accompagner les changements de pratiques, et s'assurer de leur application, a également émergé. Il a aussi été question de mettre en place un séminaire annuel des secrétaires médicales et de sensibiliser à cette occasion sur l'importance du lien ville-hôpital. Enfin, le dispositif d'envoi automatique des courriers de liaison au patient et au médecin traitant va être déployé aux urgences, répondant ainsi à une des difficultés majeures identifiées. Ces différentes actions sont synonymes de changement pour certains professionnels. C'est par la finesse managériale des directeurs et des cadres administratifs de pôle que ces changements pourront réellement faire effet.

Toujours dans cette idée de s'appuyer sur les ressources internes de l'hôpital pour concrétiser le renforcement des liens avec le médico-système de proximité, un "Viens voir mon job" entre hôpital et le monde libéral est en cours de construction. Ce dispositif, déjà en place en interne, permet à des professionnels « ambassadeurs » volontaires de faire découvrir leur métier pendant une demi-journée à un professionnel « explorateur ». L'opération est ouverte à tous les professionnels et la participation est comptabilisée dans le temps de travail. Ces initiatives créent des ponts entre ces deux mondes et facilitent grandement la création d'une culture commune de travail au service du patient et de son parcours. Par ailleurs, des rencontres ont eu lieu avec les coordonnateurs des CPTS pour les aider à structurer la formation des professionnels adhérents. Les CPTS disposent de budgets pour mettre en place des formations et l'hôpital est une ressource pour connaître les prestataires correspondants et réfléchir aux thématiques de formation pertinentes.

Enfin, en tant que Directeur d'établissement, la création et l'entretien d'un lien informel avec les directeurs des structures aux alentours est également d'une grande aide. Ce lien est peut-être plus spontané dans les territoires ruraux ou semi-ruraux, mais il est également crucial en zone urbaine. C'est en comprenant le positionnement de son établissement sur le territoire que le Directeur pourra ensuite impulser une dynamique de rapprochement avec les partenaires voisins et exploiter pleinement les forces de la structure hospitalière.

Conclusion

Le renforcement des liens entre un établissement public de santé de recours tel que le GHN des HCL et les acteurs du « médico-système » du territoire de proximité constitue un enjeu stratégique majeur. Le GHN, en tant qu'hôpital à vocation régionale, joue un rôle clé dans la fourniture de soins spécialisés, mais aussi dans l'organisation des soins sur son territoire de proximité immédiate. De par le poids que représente aujourd'hui l'activité de proximité, s'impliquer activement dans l'amélioration de la communication et de la coordination avec les professionnels de santé de ville est pertinent et nécessaire. En effet, pour un établissement comme le GHN, s'engager dans cette voie est une façon de fluidifier le parcours patient de proximité et de répondre aux tensions sur le capacitaire. Faire alliance avec les acteurs de santé des alentours permet également de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients pendant le séjour hospitalier et à l'issue de celui-ci. Les enjeux sont d'autant plus cruciaux que les patients, souvent vulnérables, ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour naviguer efficacement dans un parcours de soins complexe.

L'étude de cas conduite au GHN a souligné que la bonne coordination entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes est une des clés pour améliorer les parcours patients. Dans un contexte où l'accès aux soins et la continuité des soins sont des défis constants, le médecin traitant attend de son confrère hospitalier des informations précises, synthétiques et transmises rapidement. De son côté, le médecin hospitalier souhaite avoir accès aux antécédents du patient pris en charge et pouvoir joindre le médecin traitant si nécessaire. En s'intéressant concrètement à la réalité du dialogue entre médecins, nous avons constaté que ces attentes n'étaient que partiellement remplies en raison du caractère non optimal des outils de communication et de leur déploiement.

Des failles subsistent, particulièrement dans le partage d'informations entre l'hôpital et les praticiens libéraux. Pour autant, de nombreuses solutions innovantes méritent d'être explorées pour répondre à ces enjeux. Afin de répondre aux besoins croissants des patients et aux exigences d'une médecine de proximité de qualité, les établissements publics de santé, notamment via leurs équipes de direction, peuvent jouer un rôle proactif dans l'animation et la coordination du réseau de soins. Le Directeur d'hôpital, en mobilisant les ressources internes à son établissement, peut contribuer activement à la création de synergies. En facilitant la communication et en soutenant les initiatives communes, il peut aider à créer un environnement propice à l'amélioration continue de la qualité des soins, tout en répondant aux besoins spécifiques de la population locale. Comme nous l'avons vu, il est souvent nécessaire que le Directeur fasse preuve d'engagement et d'abnégation, tout

en acceptant de prendre des risques, pour concrétiser des idées qui, bien que porteuses de valeur ajoutée, ne garantissent pas toujours un succès immédiat.

Enfin, le renforcement du dialogue entre les différents acteurs de santé n'est pas seulement une nécessité opérationnelle, c'est une opportunité pour redéfinir le rôle de l'hôpital en tant qu'acteur de santé publique. En réponse à la hausse des inégalités en santé, de la prévalence de certaines maladies chroniques ou au vieillissement de la population, le modèle du CHU est amené à évoluer. Il est très probable que ces établissements soient conduits à investir le terrain des soins primaires pour continuer de remplir leurs missions de soins, de recherche et d'enseignement.

Bibliographie

Références juridiques :

- Article R.1112-1-1-2 du Code de la Santé Publique
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (Article 95)
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (Article 20)

Articles scientifiques :

- AUBERT I., KLETZ.F, SARDAS J-C., 2020, « Comprendre la dynamique et les enjeux de coordination des parcours de santé : proposition d'un cadre d'analyse à partir des phénomènes de rupture », *Management & Avenir - Santé*, 2020/2 (N° 7), p. 17-35.
- BANDARD M.et al., 2017, "Proposition d'un contenu standardisé et raisonné pour les lettres de liaison et les comptes-rendus d'hospitalisation à destination du médecin traitant", *Santé Publique*, Vol. 29, p 57-70.
- BAYLOCQ.G., DUPONT M., 2016, "Loi santé. La lettre de liaison : qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation ?", *Gestions hospitalières*, n°560, pp 522-523.
- DE LA ROQUE C., GRAVE C., SEBBANE N., DUHAMEL A., DEVOS P., BEUSCART R., 2003 "Évaluation de l'activité de recours du CHRU de Lille à partir des données PMSI". XVIème congrès national Journées EMOIS.
- GRAETZ, I., GORDON, N., FUNG, V., HAMITY, C., & REED, M. E., 2020. "The impact of electronic health records and team-based care on cost and quality of care in a large integrated health system: A longitudinal study." *Health Services Research*, 55(3), 460-470.
- JOHNSON, J. K., ARORA, V. M., & BARACH, P. (2009). "Improving communication and reliability of patient handovers in pediatric hospitalist care." *BMJ Quality & Safety*, 18(4), 280-285.
- LAPORTE.C., FORTIN.F, DUPOUY.J., DARMON.D., PEREIRA.B., AUTHIER.N, DELORME.J., CHENAF.C., MAISONNEUVE.H., SCHUERS.M., 2023, The French ecology of medical care. A nationwide population-based cross sectional study. *Fam Pract.*

- MAXWELL.J., BOURGOUIN.A., CRANDALL.J., 2020, “Potentially preventable readmissions: conceptual framework to rethink the role of primary care”, Agency for Healthcare Research and Quality.

Rapports administratifs ou de recherche :

- BENDEKKICHE.H., VIARD-GUILLOT.L., 15% de la population est en situation d'illectronisme en 2021, Insee Premiers n° 85, juin 2023
- BERGEAT.M, VERGIER.N., 2023, Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant, DREES, Études et Résultats, n° 1267. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1267.pdf>
- CHAMBAUD.L et Schaetzel SCHAETZEL.F, 2009, Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Disponible à l'adresse : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf
- Fédération hospitalière de France, 2022, Territoires de santé, une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population. Disponible à l'adresse : https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Territoires_Sante-VF.pdf
- Fédération hospitalière de France, 2024, Tous responsables de notre santé ! Bilan et perspectives pour une Responsabilité populationnelle. Disponible à l'adresse : <https://www.calameo.com/fhf/read/003795702d69226072bd3?page=1>
- FORZY. L., TITLI.L., CARPEZAT.M., VERDIER.C., 2021, Accès aux soins et pratiques de recours, Etude sur le vécu des patients, Les dossiers de la DREES, n°77. Disponible à l'adresse : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD77_0.pdf
- Haute autorité de santé, 2023, Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins “Qualité de la lettre de liaison à la sortie” en MCO [en ligne]. [Consulté le 24 juillet 2024]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/iqss_2023_dpa_mco_fiche_descriptive_qls_2023.pdf
- ROUJOUAN. B., 2022, Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard, Rapport d'information du Sénat n°589. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>

Articles de presse :

- HEMERY. P., 2024, “Les CHU terminent l’exercice 2023 avec un déficit de 900 millions d’euros”, Hospimédia
- VIAUD A. et al., 2018 “ Collaboration corps médical/informatique”, Gestions hospitalières, pp 410-411

Travaux d’étudiants :

- LAVENU.G, 2018, L’optimisation du lien ville hôpital et la coordination des parcours de santé : L’exemple du CH de Fécamp, Rennes, Directeur d’hôpital (DH), EHESP, 84p
- VEYRIÉ, A, 2018, Les documents de liaison ville-hôpital en sortie d’hospitalisation : du compte rendu à la lettre de liaison, Rennes, Directeur d’hôpital (DH), EHESP, 66p

Liste des annexes

Annexe I : Liste des personnes interrogées

**Annexe II : Support issue de la session d'intelligence collective
conduite avec les membres du CODIR du GHN**

**Annexe III : Grille d'entretien utilisée pour les rencontres avec les
médecins hospitaliers**

Annexe IV : Le Carré de WHITE

Annexe I : Liste des personnes interrogées

- Dr. AL-HAKIM : Médecin urgentiste
- Dr. LOISEAU : Médecin urgentiste
- Dr. FATTOUM : Chef de service – Médecine Post-Urgence
- Dr. EL-JAMMAL : Médecin interniste
- Dr. BIENVENU : Médecin interniste
- Dr. WEBER : Chef de service adjoint – Médecine interne
- Dr. GAUJARD : Chef de service - Médecine gériatrique
- Dr. LESCURE : Médecin gériatre
- Dr. ROUX : Médecin infectiologue
- Dr. BOISSY : Médecin généraliste – Membre du Conseil d'administration de la CPTS Caluire
- Dr. ROUGIER : Médecin généraliste
- Dr. FLUCHAIRE : Médecin généraliste
- Dr. WELFERT : Médecin généraliste
- M. FRONTÉAU : Infirmière libérale
- E. PRUDHOMME : Infirmière en pratique avancée - SAU
- D. SOUPART : Directrice du Groupement Hospitalier Nord
- E. CHAPUIS : Directrice référente de la filière gériatrique Nord
- J.C BERNADAC : Directeur des services numériques HCL
- C. POSSOT : Directrice adjointe du GCS Sara

Annexe II : Grille d'entretien utilisée pour les rencontres avec les médecins hospitaliers

MIEUX COMPRENDRE LA NATURE ET LA FREQUENCE DES ECHANGES

- **Coopérations/échanges structurés ou non** entre l'équipe médicale du service et certains de vos confrères de ville ? Si oui de quelle nature (échange ponctuel par téléphone, téléexpertise bien formalisé, avis médical, prise de rendez-vous en accès privilégié, modalités de sortie d'un patient etc.) ?
- Est-ce que **vous connaissez** (déjà-vu, déjà discuter avec certains, connaît « de nom ») certains des médecins de ville ?
- Vos **liens sont uniquement avec les médecins ou aussi échanges avec d'autres professionnels** libéraux (kiné, IDE...)
- Est-ce que vous **avez des liens avec des structures** pluri professionnelles ? CPTS , MSP, Maison médicale de garde, Centre de santé...

1. Echanges de vive voix ou par écrit

- Cb d'entrées par an dans le service ? Pour quelle **proportion de vos patients** est ce que vous échangez directement avec le médecin traitant ?
- A quel **moment du parcours** échangez-vous avec les médecins de ville ?
 - Au début de l'hospitalisation, prévenir le médecin traitant
 - Pendant l'hospitalisation, échanges réguliers sur le diagnostic, la prise en charge
 - A la sortie, discuter du plan de sortie, information.
- Est-ce que **vous utilisez la messagerie sécurisée MonSisra** ? Que pensez-vous de l'outil, est ce que vous avez le temps de répondre aux sollicitations ? Est-ce que vous savez l'utiliser ? Est-ce que vous avez délégué votre compte à votre secrétaire ? Est-ce que c'est le bon endroit pour que les pro de ville fassent leurs demandes de téléexpertise/consult ? (ou bien eux ce qu'ils veulent c'est de l'immédiateté).
- Par quel autres **moyens** échangez-vous ?
 - Téléphone pro ou perso / Boit mail HCL
 - WhatsApp ou équivalent
 - Visio conférence, télésanté
- **Motifs de communication / sur quoi porte les échanges** avec les médecins de ville ?
 - Avis médical
 - Relater le séjour à l'hôpital d'un patient commun, examens réalisés, cadre de vie du patient, plan de sortie.

2. Echanges via l'envoi des documents

- Quels **documents** sont transmis au médecin traitant / aux autres médecins spécialistes du patient ?
 - Lettre de sortie
 - Ordonnances de sortie
 - Clichés imagerie / Bilan biologique
- Comment vous décidez des destinataires ? Est-ce que le **circuit de transmission fonctionne bien** (envoi systématique, réception et lecture par les destinataires etc.).

LES DIFFICULTES RENCONTREES

- Le patient n'a **pas de médecin traitant**/nous ne savons pas qui c'est.
- Manque de **temps**. Déjà bcp de temps à remplir les dossiers patients, pas le temps de répondre à des sollicitations « hors hôpital ».
- Accès à des **outils de communication communs**, trop de canaux de communication, interopérabilité des logiciels, compatibilité des outils.
- **Non formation** aux outils de communication (MonSisra)
- **Manque de réactivité des médecins libéraux** lorsqu'ils sont sollicités sur un patient / Difficultés à joindre les médecins libéraux.

AXES D'AMELIORATION

- **Qu'est ce qui serait souhaitable pour améliorer ces communications/faire en sorte qu'elles existent ?**
- Sachant dans les faits le lien ville-hôpital se fait surtout de vive voix par le patient/la famille/les aidants ou par le fait de venir avec ses documents aux rdv en ville, est ce que le **sujet outils numériques/harmonisation des communications il est si essentiel que ça ?** Où est ce que c'est trop compliqué et il vaut **mieux faire simple et local ?**
- Est-ce que si on vous proposait des **temps de formation** aux outils vous seriez intéressé ?
- Améliorer la communication avec professionnels de ville = **temps « administratif »** en plus, est-ce une priorité pour vous actuellement ?

Annexe III – Support issue de la session d'intelligence collective conduite avec les membres du CODIR du GHN

POUR LES PATIENTS		POUR LES PATIENTS	
<p>Processus de soins : accès, continuité, qualité, sécurité</p> <p>Regarder depuis un autre regard (PUDO) & RAS</p> <p>Enjeu de prévention : la bonne orientation au moment de la prise de soin & la prise en compte de la sécurité, de la qualité & de l'erreur médicale qui conduit à l'aggravation des cas</p> <p>Manque de pertinence des soins : éviter les redondances et/ou les soins, si on fait en ville et report à l'hôpital</p> <p>HAS se penche sur les indicateurs (IASS) (évaluation médico-économique)</p> <p>↳ comment mesurer le coût de la santé ?</p>	<p>Erreurs diagnostiques / rupture soins / coût</p> <p>Perte de confiance - Surconsommation</p> <p>Etat de santé de la population = indicateurs de qualité</p> <p>↳ Réviser AM</p> <p>↳ quel est votre problème ?</p> <p>↳ comment mesurer le coût ?</p>		
POUR L'INSTITUTION		POUR L'INSTITUTION	
<p>Fluidité des processus complexes, temps perdu dans la recherche</p> <p>Impact DRG</p> <p>Engagement des managers et difficultés de négociation depuis les SAs</p>	<p>defaut de recrutement / d'image / impact financier</p> <p>R de performance des temps professionnels utilisés</p> <p>(Mauvaise efficacité de l'usage du temps)</p> <p>Hôpital = acteur de la cité</p> <p>Ses du travail pour les professionnels de santé : gain personnel, carrière, formation - soins privés - étude de marché</p> <p>↳ quel est votre problème ?</p> <p>↳ comment mesurer le coût ?</p>		

Quelles sont les **conséquences** du défaut de communication/dialogue/coordination entre les équipes hospitalières et les professionnels libéraux (médecins, infirmières, kiné...)

- Pour les patients (besoin de votre **vision de citoyen, de patient, de proche, d'aidant**). En quoi le malade est la première « victime » des difficultés de coordination, du manque de partage d'informations entre professionnels etc.
- Pour un établissement/ pour l'institution (besoin de votre **vision stratégique**). Qu'est ce qui justifie l'intérêt à agir du GHN/d'un CHU ? Pourquoi il y a un intérêt à fluidifier les parcours à travailler avec le monde libéral ?

Le rôle des dirigeants hospitaliers (s'intéresser au "comment" plutôt qu'au "quoi")

- Pour accompagner les changements de pratiques en interne, renforcer la culture du dialogue avec la ville
- Pour animer un dialogue territorial avec les autres acteurs de santé
- Pour penser le CHU de demain en tant qu'acteur de santé publique et contribuer à sa construction

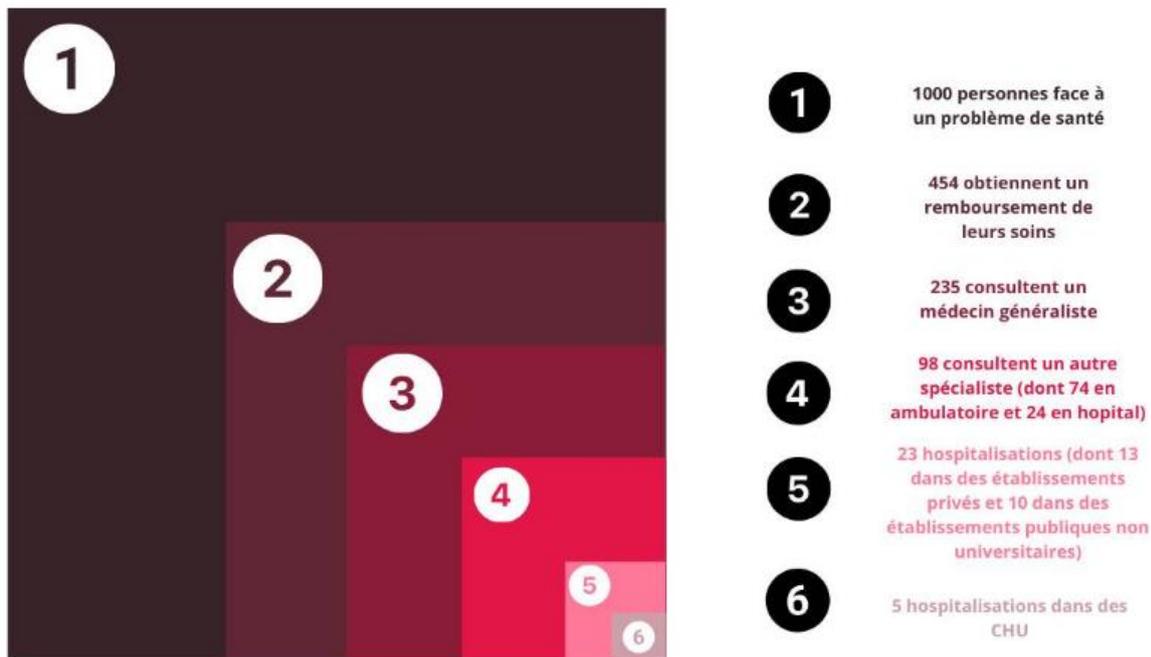
<p>Faire du partenariat à l'environnement un axe stratégique de la politique de l'hôpital</p>	<p>- identifier les missions dans le jeu de rôle + à titre de guide - vérifier en fonction des pôles</p>
<p>Structurer des compétences internes pour entretenir dialogue aux prof ext</p>	<p>→ cf CPMT, NRS et développement de Dossiers Régionaux Stratégiques</p>
<p>S'intégrer sur les bons outils de communication (SI)</p>	<p>→ pour aller vers "par-quivers" / autres, mettre à l'équité pour les 15 en regard pour impact collectif & géo. des prof ext. les prof ext. -</p>
<p>Faciliter les lieux de rencontre (lieux partagés)</p>	<p>→ organiser des "partages" avec des lieux, etc de la CPIS (Désignation + Hospitalité) vers l'organisation de "vie ma vie" -</p>
<p>Garder de la hauteur par rapport au regard du monde de financement = Phare : intérêt du patient</p>	<p>→ développer des valeurs pédagogiques partagées (à l'ENSP) (à l'ENSP) -</p>
<p>Formation partagée</p>	<p>→ mettre les dirigeants au premier à l'ENSP à fin de stage dans des laboratoires Albiouze -</p>
	<p>→ Structurer de l'histoire d'acte, apporte aux soins au cours d'opérations pour les missions stratégiques (la HODP - Médecine Urgence Foris)</p>
	<p>→ Coordonner le regard de missions médicales et garder à l'horizon de l'opérateur (à l'ENSP) → aller vers à l'ENSP de la diffusion pour éviter la fragmentation et les crises de conscience</p>

Annexe IV : Le Carré de WHITE

LE CARRE DE WHITE

Données issues de Laporte et al. Family practice 2023

Prévalence mensuelle estimée de recours aux soins en France



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE



PAPE	Yann	Octobre 2024
Directeur d'hôpital Promotion 2023-2024		
Le renforcement des liens avec le médico-système du territoire de proximité : quel rôle pour un établissement public de santé de recours ?		
<p>Résumé :</p> <p>Le lien ville-hôpital permet de faire évoluer la prise en charge des patients vers une approche coordonnée et globale et demeure un défi majeur de notre système de santé. Le rayonnement d'un CHU est avant tout régional voir national ou international. Pourtant, ce mémoire s'intéresse aux alliances que peuvent créer les établissements de santé de la taille d'un CHU, avec les acteurs de santé qui l'entourent à l'échelle ultra locale.</p> <p>En prenant l'exemple du Groupement Hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL), cette étude défend le renforcement des liens entre les établissements publics de santé et les acteurs médicaux de leur territoire. En s'intéressant spécifiquement aux échanges entre médecins spécialistes hospitaliers et médecins généralistes de ville, nous constatons d'importantes difficultés dans le partage d'informations, en lien avec les outils de communication et leur déploiement.</p> <p>Cette étude présente également des solutions innovantes qui répondent à ces enjeux. Le Directeur d'hôpital, en mobilisant les ressources internes à son établissement, peut contribuer activement à l'animation et la coordination d'un réseau entre les acteurs de santé de proximité. En facilitant la communication et en soutenant les initiatives communes, il peut aider à créer un environnement propice à l'amélioration continue de la qualité des soins dans son établissement, tout en répondant aux besoins spécifiques de la population locale.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>communication – ville-hôpital – parcours patients – médecine de ville – coordination – médecins hospitaliers - intérêt patient - proximité – territoire – recours – coopération – conduite du changement – portage de projet</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		